

*Comprometidos
Contigo*



Libro de Comunicaciones Científicas

Valencia, del 10 al 13 de Noviembre de 2015

sefh

**JUNTA DE GOBIERNO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
PRESIDENTE**

D. JOSE LUIS POVEDA ANDRES

VICEPRESIDENTE

D. MIGUEL ANGEL CALLEJA HERNÁNDEZ

TESORERA

DÑA. MARIA INMACULADA TORRE LLOVERAS

SECRETARIA

DÑA. MONTSERRAT PÉREZ ENCINAS

DELEGADO AUTONÓMICO ANDALUCÍA

D. RAMÓN MORILLO VERDUGO

DELEGADO AUTONÓMICO ARAGÓN

DÑA. M. DOLORES SOLANO ARAMENDIA

DELEGADO AUTONÓMICO BALEARES

DÑA. ICIAR MARTINEZ LOPEZ

DELEGADO AUTONÓMICO CANARIAS

D. HECTOR ALONSO RAMOS

DELEGADO AUTONÓMICO CANTABRIA

DÑA. TERESA GIMÉNEZ PODERÓS

DELEGADO AUTONÓMICO CASTILLA Y LEÓN

DÑA. BLANCA DE LA NOGAL FERNANDEZ

DELEGADO AUTONÓMICO CASTILLA - LA MANCHA

DÑA. CARMEN ENCINAS BARRIOS

DELEGADO AUTONÓMICO CATALUÑA

DÑA. EDURNE FERNANDEZ DE GAMARRA MARTINEZ

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD DE MADRID

DÑA. EVA Mª NEGRO VEGA

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD DE MURCIA

DÑA. ELENA PILAR URBIETA SANZ

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD VALENCIANA

D. JAVIER GARCIA PELLICER

DELEGADO AUTONÓMICO EXTREMADURA

D. LUIS CARLOS FERNANDEZ LISON

DELEGADO AUTONÓMICO GALICIA

DÑA. GUADALUPE PIÑEIRO CORRALES

DELEGADO AUTONÓMICO LA RIOJA

DÑA. REBECA APIÑARIZ APIÑARIZ

DELEGADO AUTONÓMICO NAVARRA

DÑA. AZUCENA ALDAZ PASTOR

DELEGADO AUTONÓMICO PAÍS VASCO

DÑA. Mª DOLORES MARTINEZ GARCIA

DELEGADO AUTONÓMICO PRINCIPADO DE ASTURIAS

DÑA. ANA LOZANO BLÁZQUEZ

VOCAL DE RESIDENTES

D. JUAN ENRIQUE MARTÍNEZ DE LA PLATA

ISBN: 978-84-606-6828-2
DEPÓSITO LEGAL: M-38222-2015

Editado por VisionNet

MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL 60 CONGRESO SEFH

PRESIDENTE

JAVIER GARCÍA PELLICER
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, VALENCIA

TESORERA

EVA ROMÁ SÁNCHEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, VALENCIA

PRESIDENTA

COMITÉ CIENTÍFICO
MÓNICA CLIMENTE MARTÍ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET, VALENCIA

COMMUNITY MANAGER

VIRGINIA BOSÓ RIBELLES
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, VALENCIA

VOCALES

JUAN SELVA OTAOLAURRUCHI
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

ANDRÉS NAVARRO RUÍZ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE, ALICANTE

RAÚL FERRANDO PIQUERES
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

EVA GARCÍA CORTÉS

MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO DEL 60 CONGRESO SEFH

PRESIDENTA

MÓNICA CLIMENTE MARTÍ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET, VALENCIA

VOCALES

TERESA AZNAR SALIENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN, ALICANTE

PATRICIO MAS SERRANO
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

JUAN PABLO ORDOVÁS BAINES
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET, VALENCIA

FRANCISCO FERRIOLS LISART
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

ISABEL FONT NOGUERA
HOSPITAL UNIVERSITARIO POLITÉCNICO LA FE, VALENCIA

JUAN PERIS MARTÍ
CENTRO SOCIO SANITARIO LA CAÑADA, VALENCIA

PILAR BLASCO SEGURA
CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

ENRIQUE SOLER COMPANY
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

EMILIO IBÁÑEZ BENAGES
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

EMILIO MONTE BOQUET
HOSPITAL UNIVERSITARIO POLITÉCNICO LA FE, VALENCIA

M^a JESÚS LAMAS DÍAZ
DIRECTORA INVESTIGACIÓN SEFH

BENITO GARCÍA DÍAZ
DIRECTOR FORMACIÓN SEFH

JAVIER SÁEZ DE LA FUENTE
COORDINADOR GRUPOS DE TRABAJO SEFH

GUADALUPE PIÑEIRO CORRALES
DIRECTORA REVISTA FARMACIA HOSPITALARIA

JOSÉ M. VENTURA CERDÁ
SUBDIRECTOR DE OPTIMIZACIÓN E INTEGRACIÓN TERAPÉUTICA DGFYPS.

PRESENTACIÓN

Queridos amigos

El Congreso de la SEFH vuelve a Valencia en 2015, y lo hace coincidiendo con el final de un ciclo para la sociedad y el final de una Presidencia carismática, siendo éste y no otro, el motivo por el que la Junta de Gobierno tomó la decisión de celebrarlo en Valencia, aparte de todas las bondades con las que de por sí cuenta esta ciudad.

Si tuviéramos que buscar una palabra que defina los últimos años de la SEFH, sin lugar a dudas ésta sería COMPROMISO. El compromiso con los socios, con los profesionales sanitarios, con los pacientes, con la sociedad civil y con la sostenibilidad del sistema de salud, ha sido la inspiración de nuestra sociedad científica y el catalizador para la evolución de la Farmacia Hospitalaria.

Así pues, y bajo ésta inspiración, el lema del 60 Congreso de la SEFH es “Comprometidos contigo”, como declaración del compromiso de nuestra sociedad de satisfacer las nuevas necesidades que los socios, los profesionales sanitarios, los ciudadanos y pacientes demandan de nuestra profesión y dirigido de forma individualizada a todo aquel que lo lea.

Y este COMPROMISO va a inspirar todos y cada uno de los aspectos organizativos y científicos de éste Congreso, manifestándose en dos grandes líneas estratégicas. Por una parte, el compromiso que el propio Congreso asume con la SEFH en cuanto a su sostenibilidad económica y a su visibilidad pública, y por otra, el compromiso que el Congreso asume con los congresistas, tanto de cuidar hasta el último detalle en el aspecto organizativo como de ofrecer un contenido científico amplio, atractivo, participativo y de primer nivel.

En definitiva, os invitamos a participar de esta experiencia holística que queremos brindaros en Valencia, del 10 al 13 de noviembre de 2015, y que os aseguramos que no os dejará indiferentes.

Os esperamos.

Dr. Javier García Pellicer
Presidente del Comité Ejecutivo.

Dra. Mónica Climente
Presidenta del Comité Científico.

SUMARIO

MEJORES COMUNICACIONES ORALES

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA 45

862. ESTUDIO MULTICENTRICO PROSPECTIVO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL CON INHIBIDORES DE LA TIROSINQUINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA..... 45

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS 45

287. PROGRAMA DE EFICIENCIA TERAPÉUTICA DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS Y ULTRAHUÉRFANOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL Terciario 45

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS 46

470. SELECCIÓN DE MARCADORES Y PUNTOS DE CORTE PARA LA INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE LA TERAPIA ENZIMÁTICA SUSTITUTIVA EN PACIENTES GAUCHER TIPO I..... 46

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS 47

89. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS MONITORES CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS . 47

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS 47

1068. IMPACTO DE LA ROBOTIZACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN Y CALIDAD DE LA GESTIÓN DEL INVENTARIO.. 47

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS 48

244. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA (PALIATIVOS) AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS..... 48

414. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADAPTADO AL ESPAÑOL..... 49

647. FACTORES RELACIONADOS CON EL GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 49

254. MEDICAMENTOS Y SITUACIONES CLÍNICAS SUSCEPTIBLES DE DESPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO: CRITERIOS LESSCHRON.....50

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS 51

848. COMPARACIÓN INDIRECTA ENTRE DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE. META-ANÁLISIS BASADO EN MODELOS BAYESIANOS..... 51

COMUNICACIONES ORALES

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA 53

338. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A LA HORMONA DE CRECIMIENTO ADMINISTRADA CON EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO DE AUTOINYECCIÓN EASYPOD® 53

702. ANALISIS DE LA ADHERENCIA A LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS.....53

1113. ESTUDIO DE LA PERSISTENCIA Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO EN PRIMERA LINEA CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD VIA SC/IM EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE 54

199. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA E INTERACCIONES EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE TIROSIN KINASA..... 55

292. PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA ADHERENCIA Y LAS INTERVENCIONES PARA EVITAR OLVIDOS: ENCUESTA DEL DÍA DE LA ADHERENCIA 2014.....	55
--	----

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA..... 56

136. ADECUACIÓN DE DENOSUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS.....	56
160. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP-1 EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA	57
454. ANÁLISIS DE ERRORES DE CONCILIACIÓN SEGÚN FACTORES DE RIESGO PARA LA PRIORIZACIÓN DE LA CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA.....	57
180. ANÁLISIS DEL ROL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO COMO INTEGRADOR DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO DE LARGA ESTANCIA.....	58
61. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	59
101. IMPACTO ECONÓMICO Y SATISFACCIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN DOSIS UNITARIAS Y LA INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	59
1085. INDICADORES DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL.....	60
383. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN MAYORES: ¿USO O ABUSO?	61
682. PERCEPCIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS.....	61
815. PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.....	62

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS) 63

104. ANTIBIOTICOTERAPIA INHALADA EN EL PACIENTE CRÍTICO.....	63
938. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE AJUSTE DE DOSIFICACIÓN EN INSUFICIENCIA RENAL DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA	63
259. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RECOMENDACIONES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEROPENEM	64
378. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN Y USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN ÁREA CLÍNICA MÉDICA.....	65
425. OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: SEGUIMIENTO DE LA DURACIÓN.....	65

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS 66

563. ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.....	66
865. EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	67
117. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR GRAVE: MÁS DE 10 AÑOS.....	68
512. INCIDENCIA DE EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES CON HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCurna TRATADOS CON ECULIZUMAB EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	68
165. TIOSULFATO SÓDICO EN CALCIFILAXIS: A PROPOSITO DE UN CASO.....	69

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS 70

693. CAMBIO EN EL PERFIL DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN INVESTIGACIÓN	70
--	----

253. ENSAYOS CLÍNICOS CANCELADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: DISPONIBILIDAD DE RESULTADOS Y SESGO DE PUBLICACIÓN.....	70	298. INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMO DE NUCLEÓTIDO ÚNICO DE LOS GENES DEL METABOLISMO DE ANTRACICLINAS EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN ESTÁNDAR DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.....	77
714. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	71	279. OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE CREMA EMLA® EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEDIANTE DERMATOFARMACOCINÉTICA.....	78
465. RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON FACTORES DE COAGULACIÓN.....	72	CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA 79	
625. VENTAJAS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICA PARA MEDICAMENTOS EN INVESTIGACIÓN (Y CÓMO LA TECNOLOGÍA NOS AYUDA).....	72	342. ANÁLISIS COSTE UTILIDAD DE ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN EN ESPAÑA.....	79
CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD.. 73		1047. IMPACTO ECONOMICO ANUAL DE LA OPTIMIZACION DE TERAPIAS BIOLOGICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE.....	79
80. ANÁLISIS DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES EN COLITIS ULCEROSA.....	73	311. IMPACTO ECONÓMICO DEL CAMBIO EN LA TÉCNICA DE FRACCIONADO DE JERINGAS PRECARGADAS DE RANIBIZUMAB DE ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTREA.....	80
100. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA Y BRONQUIECTASIAS EN PACIENTES TRATADOS CON MICOFENOLATO DE MOFETILO: A PROPÓSITO DE UNA ALERTA.....	74	1107. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD.....	80
581. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON INFILIXIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.....	74	CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA 81	
CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA .. 75		967. CONTROL DEL PH EN LA ELABORACIÓN DE VEHÍCULOS LÍQUIDOS ORALES: ¿REALMENTE SON IMPORTANTES LOS EXCIPIENTES?.....	81
375. DETERMINACIÓN ANALÍTICA DE LEVETIRACETAM: CROMATOGRAFIA LÍQUIDA DE ALTA EFICACIA VS ENZIMOINMUNOENSAYO (ARK*).....	75	332. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LAS PERFUSIONES ENDOVENOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. IMPACTO DE LA CENTRALIZACIÓN.....	82
377. EL POLIMORFISMO CCND1 (RS9344) COMO POSIBLE PREDICTOR DE RESPUESTA A TRASTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO.....	76	698. FORMULACIÓN DE TIOSULFATO SÓDICO TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA CALCINOSIS CUTIS.....	83
1121. ESTIMACION DE LA EFICIENCIA DE LA MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ADALIMUMAB Y ANTICUERPOS ANTI-ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTROPATIAS INFLAMATORIAS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	76	103. MEZCLAS BINARIAS DE MIDAZOLAM Y FUROSEMIDA ALMACENADAS EN SISTEMAS DE INFUSIÓN CONTINUA: COMPATIBILIDAD Y ESTABILIDAD.....	84
		436. NUEVA FORMULACIÓN DE NEOMICINA Y ESTREPTOMICINA PARA LA DESCONTAMINACION DIGESTIVA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS.....	84

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS..... 85

923. ESTIMACIÓN DEL AHORRO ECONÓMICO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO COMBINADO CON SUEROS LUER EN LA PREPARACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS...	85
978. ESTUDIO COMPARATIVO DE PREPARACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS MEDIANTE SIMULACIÓN CON FLUORESCINA CON VARIAS MODALIDADES DE SISTEMAS CERRADOS.....	85
39. EVALUACIÓN DEL CONSUMO E IMPACTO ECONÓMICO DE PRODUCTOS SANITARIOS CORTOPUNZANTES CON SISTEMA DE BIOSEGURIDAD EN 4 CENTROS HOSPITALARIOS SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LEGISLACIÓN VIGENTE.....	86
677. INCIDENTES ADVERSOS ASOCIADOS A LA ADMINISTRACION DE 5-FLUOROURACILO EN INFUSORES ELASTOMÉRICOS.....	87
577. MALLAS QUIRÚRGICAS: CLASIFICACIÓN, SELECCIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN.....	88

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD 88

1093. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA TRAS EL PRIMER AÑO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....	88
---	----

670. EFICACIA COMPARADA DE SECUKINUMAB Y OTROS TRATAMIENTOS PARA PSORIASIS REFRACTARIA..... 89

10. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	90
853. GESTION CLINICA DEL FARMACEUTICO DE HOSPITAL ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	90
379. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A CENTROS SOCIOSANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.....	91
891. REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS MEDIANTE CUESTIONARIOS ESTANDARIZADOS.....	92

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS 92

316. ADECUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSA.....	92
203. ANÁLISIS DEL GRADO DE ADECUACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS A LAS GUÍAS CLÍNICAS.....	93
636. DOSIFICACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS AJUSTADA AL PESO CORPORAL IDEAL COMO ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN.....	94
303. ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN DE FACTOR DE COAGULACIÓN CON ÁCIDO TRANEXÁMICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA.....	94
15. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS DIFERENTES VELOCIDADES DE ADMINISTRACIÓN DE LAS IMMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS (IGIV) SOBRE LA INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	95

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS..... 96

746. DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C. ¿MENOR GRADO DE IMPLICACIÓN POR PARTE DEL FARMACÉUTICO CON LOS ANTIVIRALES DIRECTOS?.....	96
1248. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TELAPREVIR Y BOCEPREVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C.....	97
151. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO COMBINADO DE SOFOSBUVIR + SIMEPREVIR DURANTE 12 SEMANAS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	97
521. FIABILIDAD DE LA ESCALA ESTAR PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C.....	98
666. UTILIDAD DE LOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES AL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C.....	98

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS 99

827. ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE DOS CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE APLICACIONES MÓVILES DESTINADAS A PACIENTES VIH.....	99
--	----

940. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DENTRO DEL PROGRAMA SAP PARA EL REGISTRO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE LA VALIDACIÓN.....	100
1181. DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA DE ALIMENTACIÓN ENTERAL.....	101
793. PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN Y SU IMPACTO EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO DE DISCAPACITADOS FÍSICOS	101
652. ¿EN QUÉ PODRÍAN AYUDAR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES?	102

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN..... 103

986. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL A LAS FÓRMULAS ESTANDARIZADAS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.....	103
169. DISFAGIA COMO FACTOR DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	104
121. EFECTOS DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL CÍCLICA EN LA PARAMETRIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN HEPÁTICA ASOCIADA A LA NUTRICIÓN PARENTERAL.....	104
45. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LOS EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LÍPIDOS EN LAS ALTERACIONES HEPÁTICAS EN NEONATOS CON NUTRICION PARENTERAL.....	105
469. POSIBLE INFLUENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN EL DESARROLLO DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ...	105

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA 106

533. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB EN ADENOCARCINOMA COLORRECTAL METASTÁSICO.	106
777. COMPARACIÓN DE FÓRMULAS Y CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA DOSIFICACIÓN DEL CARBOPLATINO	107

401. EFECTIVIDAD DE NAB-PACLITAXEL EN ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS AVANZADO.....	107
558. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS: FOLFIRINOX VS NAB.PACLITAXEL/GEMCITABINA	108
824. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PAZOPANIB EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO EN PRIMERA LÍNEA	109
474. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO.....	109
1102. EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE MEZCLAS ESTANDARIZADAS TRIPLE INTRATECALES DE METOTREXATO SÓDICO, CITARABINA E HIDROCORTISONA FOSFATO SÓDICO.	110

1225. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD RESPECTO A LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR	111
396. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL USO DE EVEROLIMUS EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO CON RECEPTOR HORMONAL POSITIVO	111
381. REVISIÓN DE LAS INTERACCIONES DE LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES CON PLANTAS MEDICINALES Y ALIMENTOS.....	112

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS..... 113

1008. ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LA CARGA ANTICOLINERGICA GLOBAL DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES.....	113
606. APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTRATIFICACIÓN DE LA SEFH EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.....	113
243. CONCILIACIÓN AL INGRESO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA (PALIATIVOS) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	114
373. DIFERENCIAS EN LOS PATRONES DE MULTIMORBILIDAD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS.....	115

522. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VITAMINA D EN POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS.....	115
459. FACTORES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN ASOCIADOS A CAÍDAS EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.....	116
246. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA SEGÚN CRITERIOS STOPP/START VERSION 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA (PALIATIVOS) AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS	117
988. PERFIL CLÍNICO Y PATRÓN DE PRESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	117
236. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN CUATRO INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	118
215. REAL WORLD DATA CON FAMPRIDINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	118
331. SATISFACCIÓN CON UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO INGRESADO EN UN HACLE.	119
1250. SEGURIDAD DE LA INTERRUPTIÓN CONTROLADA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS.....	120

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA 121

337. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA-DISPENSACIÓN INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	121
416. AVANZANDO EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOHEMATOLÓGICOS.....	121
664. GUÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN NEONATAL	122
483. IMPACTO ECONÓMICO Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA DOSIFICACIÓN DE ADALIMUMAB PEDIÁTRICO	123

640. OSMOLARIDAD DE FORMULACIONES ORALES EN NEONATOLOGÍA.....	123
---	-----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO..... 124

154. ANÁLISIS DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	124
591. CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS AL INGRESO HOSPITALARIO POR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS.....	125
579. ELABORACIÓN DE UN MODELO ESTADÍSTICO PARA PREDECIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.....	125
523. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES.....	126
488. FARMACIA HOSPITALARIA INTEGRADA EN UN HOSPITAL SIMULADO. INNOVACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	127
736. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE VALIDACIÓN ASISTIDA ALTO® EN 16 HOSPITALES ESPAÑOLES	127
1202. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA EN RESIDENCIAS DE MAYORES REDUCE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN	128
41. PREVENCIÓN DE ERRORES DE EXACTITUD EN LA PREPARACIÓN DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	129
184. RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO AL USO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.....	129
162. THE IMPACT OF A COMPUTERIZED PHYSICIAN ORDER ENTRY SYSTEM ON MEDICAL ERRORS WITH ANTINEOPLASTIC DRUGS FIVE YEARS AFTER ITS IMPLEMENTATION	130

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS 130

1104. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR AL INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO DEL MINISTERIO DE SANIDAD.....	130
--	-----

397. EFICACIA COMPARADA DE INFLIXIMAB, ADALIMUMAB Y VEDOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN	131
733. ENZALUTAMIDA Y ABIRATERONA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN PRE-QUIMIOTERAPIA: COMPARACIÓN INDIRECTA Y EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES.	132
482. METAANÁLISIS EN RED Y ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DEL USO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA ELECTIVA DE CADERA	132
695. TERAPIAS BASADAS EN SOFOSBUVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C. META-ANÁLISIS MEDIANTE MODELOS BAYESIANOS.	133

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS..... 134

284. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS POLIMEDICADOS.....	134
295. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	134
348. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DURANTE UNA ROTACIÓN EXTERNA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	135
374. PRIMEROS PASOS DEL FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. COMPROMETIDOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	135
174. RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	136

CLASIFICACIÓN: VIH 137

869. CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEBIDOS A EFECTOS ADVERSOS Y SEGUIMIENTO DE LA EFICACIA VIROLÓGICA E INMUNOLÓGICA	137
96. EFECTO DE LOS MENSAJES CORTOS DE TEXTO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS.	137

476. FACTORES PREDICTIVOS DE NO PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA COHORTE DE PACIENTES VIH+ PSITAR.	138
665. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS, COMPLEJIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INFECCIÓN POR VIH	139
1111. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ACTIVO. ESTUDIO INFAMERICA	140

COMUNICACIONES PRESENTADAS TIPO PÓSTER

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA 142

592. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	142
802. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	142
360. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS MAYORES POLIMEDICADOS	143
753. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HORMONA DE CRECIMIENTO CON DISPOSITIVO ELECTRÓNICO.....	144
1130. ANALISIS DE LA INFLUENCIA DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	144
527. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA CON ANTIPSICÓTICOS PARENTERALES DE LARGA DURACIÓN.....	145
150. DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA FACTIBLE PARA SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO.....	146
148. EFICACIA DE INTERVENCIONES DE DISTINTA NATURALEZA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA APLICABLES AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO	147

532. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CINACALCET, EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	147	674. DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCULAR EN PACIENTES POLIMEDICADOS A TRAVÉS DE NUEVOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN SALUD VISUAL; FACTORES DE PREDICCIÓN	157
504. NIVELES PLASMÁTICOS DE ÁCIDO ÚRICO COMO MARCADOR INDIRECTO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	148	1000. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA DAPAGLIFLOZINA	157
CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA..... 149			
128. ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE VISADO Y CAUSAS DE DENEGACIÓN EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA	149	85. ENCUESTA PARA MEJORAR LA INFORMACION QUE SE ENVIA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA PARA REVISAR PRESCRIPCIONES EXTRAHOSPITALARIA	158
987. ADECUACIÓN DE LOS REGISTROS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA AMBULATORIA AL TRATAMIENTO HABITUAL Y CONCILIACIÓN AL INGRESO DE LOS PACIENTES ORTOGERIÁTRICOS POLIMEDICADOS.....	150	88. ESTRATEGIAS COMPARTIDAS: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIALZHEIMER EN PACIENTES INGRESADOS Y SU CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA	159
842. ADECUACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA	151	529. ESTUDIO DE LA NEUMONIA EN PACIENTES GERIATRICOS INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO	160
225. ADMINISTRACIÓN DE FORMAS FARMACEUTICAS ORALES FRACCIONADAS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO Y ALTERNATIVAS DE MEJORA	151	566. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA DE INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	160
722. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO Y EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES	152	893. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO.	161
821. ANTIPSICÓTICOS: PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN.....	153	405. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.....	162
756. BIFOSFONATOS: CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA.....	154	747. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS AL INGRESO HOSPITALARIO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE APOYO.....	162
617. COLABORACIÓN FARMACÉUTICA CON EL EQUIPO ASISTENCIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO AL ALTA.....	154	161. EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA	163
350. CONCILIACIÓN AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA	155	933. EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE FENTANILO TRANSMUCOSO EN UN AREA DE SALUD	164
585. CONCILIACIÓN ELECTRÓNICA DE LA MEDICACIÓN INTEGRADA EN EL PROCESO DE ALTA. MÀXIMA COBERTURA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA.....	156	739. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIPSICÓTICOS EN UN ÁREA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	164
		495. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PALMITATO DE PALIPERIDONA EN UN ÁREA DE SALUD	165
		505. EXPERIENCIA EN LA DESPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	166

1078. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	167	557. VARIABILIDAD Y EFICIENCIA EN LA SELECCIÓN DE ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS	177
274. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.....	167	CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS) 178	
8. INTERVENCIÓN INTERNIVELES FARMACIA HOSPITALARIA/ ATENCIÓN PRIMARIA EN EL USO ADECUADO DE CITALOPRAM/ ESCITALOPRAM	168	947. ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA GENERAL.....	178
408. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA	169	105. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ERTAPENEM A LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN APROBADOS PARA SU USO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	178
1129. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN COORDINACIÓN CON LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PACIENTES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA.....	169	811. ANÁLISIS DE LA INFECCIÓN FÚNGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	179
399. OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS CON MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA.....	170	219. ANALISIS DE LA UTILIZACIÓN CLÍNICA DE ERTAPENEM Y ACTUACIÓN FARMACÉUTICA PARA SU OPTIMIZACIÓN	180
466. REGISTRO DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA DENTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	171	90. ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES DE PROTESIS ARTICULARES ...	180
268. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS NO CRÍTICOS	172	364. ANALISIS DE UTILIZACIÓN Y DESESCALADO DE CARBAPENÉMICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	181
960. RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN DE INTERCAMBIO DE UNAS ESTATINAS POR SUS EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS	172	158. ANTIBIOTIC CONVERSION OF INTRAVENOUS TO ORAL ROUTE.	182
229. ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA POR ATENCIÓN PRIMARIA.	173	602. COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON COLONIZACIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y BRONQUIECTASIAS NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA.....	182
766. SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO DE RIESGOS RELACIONADOS CON INTERFERÓN BETA: SÍNDROME NEFRÓTICO Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA.....	174	1223. COMPARACIÓN ENTRE EPIDEMIAS DE GRIPE A H1N1 EN 2009 Y 2014.....	183
738. SEGUIMIENTO FARMACOCINÉTICO DEL TRATAMIENTO CON DIGOXINA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	175	422. EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	184
530. USO DE DOSIS ALTAS DE IBUPROFENO Y DEXIBUPROFENO E IMPACTO SOBRE EL RIESGO DE INFARTO	175	299. EL FARMACÉUTICO EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE MANEJO DE LA SEPSIS Y OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.....	184
393. UTILIZACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN EL PERIODO 2010-2104.	176	1035. ENFERMEDAD VISCEROTRÓPICA TRAS VACUNACION DE VIRUS DE LA FIEBRE AMARILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	185
		1082. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID E INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS.....	186

1176. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VANCOMICINA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE	187	324. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO Y ANTICIPADO CON VALGANCICLOVIR DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES	196
1164. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL 2014 EN EL SERVICIO DE INFECCIOSAS DEL HCU LOZANO Blesa	187	706. UTILIZACIÓN DE DAPTOMICINA E IMPACTO ECONÓMICO DE DESESCALADO Y AJUSTE A CONDICIONES DE USO ESTABLECIDAS EN EL HOSPITAL.....	196
583. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE Y ADECUACIÓN A LAS GUÍA CLÍNICAS.....	188	171. UTILIZACIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE ANTIBIÓTICOS DE ALTO IMPACTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	197
704. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIINFECCIOSO DE PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIONES-COLONIZACIONES POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES DURANTE EL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS.....	189	CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES Raras Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS 198	
67. IMPACTO DE LA PUBLICACIÓN DE LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE LA INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL CONSUMO DE LINEZOLID EN EL AÑO 2013.....	190	1193. ANÁLISIS DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.....	198
964. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS CARBAPENÉMICOS: MÁS ALLÁ DE LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO	190	157. AZTREONAM-LISINA EN PACIENTES REALES CON FIBROSIS QUÍSTICA E INFECCIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA.....	199
132. IMPACTO EN EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.....	191	499. CISTINOSIS EN PACIENTES ADOLESCENTE Y ADULTOS: RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CISTINOSIS.....	199
1168. INTERVENCIÓN FARMACOTERAPEUTICA EN EL PACIENTE CON DIARREA ASOCIADA A LA INFECCION POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	192	567. CLINICAL EFFICACY OF ALPHA-1 ANTITRYPSIN THERAPY IN PULMONARYIN EMPHYSEMA PATIENTS	200
730. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN ANTIINFECCIOSOS MEDIANTE CRIBADO PREVIO A INTERVENCIÓN DEL GRUPO DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIINFECCIOSOS.....	193	1192. ECUZIZUMAB EN EL SINDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	200
443. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS CARBAPENÉMICOS: ANÁLISIS DE RECOMENDACIONES NO ACEPTADAS	194	1220. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	201
765. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	194	1233. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DEL BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	202
810. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL MANEJO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA	195	424. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	203
		1196. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CANAKINUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	203
		600. MANEJO TERAPEUTICO DE LAS CRISIS AGUDAS DE PORFIRIA. 204	
		593. PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	205

513. TRATAMIENTO NUTRICIONAL ADAPTADO EN LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	206	1029. ACTUALIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE USO DE FAMPRIDINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	216
935. USO COMPASIVO DE NINTEDANIB EN TRES PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	206	204. ALTERACIONES EN LOS VALORES DE LABORATORIO Y AJUSTE POSOLÓGICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB.....	216
549. USO DE 2-HIDROXIPROPIL-B-CICLODEXTRINA EN DOS PACIENTES ADULTAS AFECTADAS DE NIEMANN-PICK TIPO C. 207		719. ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA E HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.....	217
CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS	208	732. ANÁLISIS DE LA DURABILIDAD DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN PACIENTES CON PRUEBA CRONOMETRADA DE LA MARCHA DE 25 PIES POSITIVA	218
798. ACTIVIDAD DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS.....	208	699. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA MOLECULAR DIRIGIDA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	219
951. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	209	234. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LA ROTACIÓN DE UN RESIDENTE DE CUARTO AÑO EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA GENERAL, TUTORIZADA POR UN FARMACÉUTICO CLÍNICO.....	219
384. ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS	209	1237. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRACTICA CLINICA 2003-2014.....	220
740. ANALISIS DE LA COMPLEJIDAD DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL TERCARIO	210	318. ANÁLISIS DEL USO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA.....	220
629. CARACTERIZACIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS GESTIONADOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	211	1185. ATENCIÓN FARMACÉUTICA CON ANTIMICROBIANOS EN RESIDENCIAS SOCIO-SANITARIAS: INGRESOS HOSPITALARIOS EVITADOS	221
1057. EL VALOR AÑADIDO DEL FARMACÉUTICO EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS	211	1247. COMBINACIÓN DE FÁRMACOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MODERADO-SEVERO, ¿CUÁNTOS?.....	222
440. ENSAYOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. PERIODO 2010-2014.....	212	720. CONDICIONES DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA	223
418. EVALUACIÓN DEL AHORRO ECONÓMICO EN MEDICACIÓN DERIVADO DE LA PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS.....	213	595. CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES HOSPITALIZADO NO CRÍTICOS.....	223
571. EVOLUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS PROMOTORES EN LA VISITA DE INICIO DE ENSAYOS CLÍNICOS	213	763. CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DEIABÉTICA TRATADOS CON RANIBIZUMAB Y BEVACIZUMAB.....	224
487. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DEL ÁREA DE ENSAYOS CLINICOS ONCOLOGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	214	576. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	225
840. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ACTIVOS EN EL MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	215		

20. DOES BEGINNING A TREATMENT WITH PALIPERIDONA DEPOT DURING THE ADMISSION REDUCE HOSPITAL STAY AND/OR READMISSIONS?.....	225	81. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL AMIDOTRIZOATO EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	237
887. EFECTIVIDAD DE RITUXIMAB CON PAUTA A DEMANDA EN ARTRITIS REUMATOIDE.....	226	847. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR: EXPERIENCIA DE USO EN EL HOSPITAL.....	238
725. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POST-OPERATORIO MEDIANTE INFUSOR DE 50 HORAS FRENTE A ANALGESIA EN PERFUSIÓN INTERMITENTE	227	144. EFICACIA Y USO DE FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN HOSPITAL TERCARIO.....	238
428. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ABATACEPT INTRAVENOSO VERSUS SUBCUTÁNEO	228	1007. EL FARMACÉUTICO: CORRESPONSABLE EN LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE ANTIBIÓTICOS.....	239
1074. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE COLISTINA INHALADA..	228	477. ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB E INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.	240
433. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	229	286. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FINGOLIMOD EN ESCLEROSIS MULTIPLE REMITENTE RECURRENTE	240
531. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA PRÁCTICA CLÍNICA	230	874. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	241
603. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	231	2. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CERTOLIZUMAMB PEGOL : ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTES	242
537. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN LA ENFERMEDAD GLOMERULAR RENAL DE ETIOLOGÍA INMUNE	231	828. ESTUDIO DE UTILIZACION DE DEXMEDETOMIDINA EN SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO.....	243
7. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	232	851. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FILGRASTIM EN NEUTROPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS NO QUIMIOTERÁPICOS.....	243
480. EFFECTIVENESS OF MORPHINE ELASTOMERIC INFUSION PUMPS AND PATIENT CONTROLLED ANALGESIA WITH MORPHINE IN ACUTE POSTOPERATIVE PAIN IN A CASE-SERIES.	233	1125. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL IMPLANTE DE DEXAMETASONA INTRAVÍTREO EN EDEMA MACULAR	244
1067. EFICACIA DEL ECUZUMAB EN TRES PACIENTES CON HPN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	234	872. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE TICAGRELOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	245
175. EFICACIA Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO EN PATOLOGÍA NEOVASCULAR.....	234	262. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA MODERADO-SEVERO: 9 AÑOS DE EXPERIENCIA.....	245
294. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO.....	235	767. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y COSTE EN TERAPIA COMBINADA DE HIERRO CARBOXIMALTOSA Y SACAROSA VERSUS HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA.....	246
628. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FINGOLIMOD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE	236	1079. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FAMPRIDINA EN PACIENTES ADULTOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	247
975. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TICAGRELOR VERSUS CLOPIDOGREL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO	236		

1143. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL.....	247	421. IMPACTO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE	257
444. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO NEBULIZADO CON COLISTINA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA	248	838. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTROPATÍAS	258
1024. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE TOLVAPTÁN A LAS GUÍAS CLÍNICAS DE HIPONATREMIA	249	554. INCIDENCIA Y MANEJO DE LA PROTEINURIA ASOCIADA A EVEROLIMUS EN EL POSTRASPLANTE RENAL.....	259
290. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA TRAS DOS SEMANAS DE TRATAMIENTO	249	796. LANREOTIDO EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE POR ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES	260
501. EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS.....	250	167. MEJORÍA DE LOS RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA CON EL USO DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	260
548. EVOLUCIÓN DEL PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES OBESOS CON SÍNDROME METABÓLICO SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	251	233. MOTIVOS DE DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.....	261
839. EXPERIENCIA DE USO DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	252	1028. OCRIPLASMINA COMO ALTERNATIVA FARMACOLÓGICA EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR.....	262
1123. EXPERIENCIA DE USO DE INFLIXIMAB EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	252	678. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB ...	262
762. EXPERIENCIA DEL USO DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA REFRACTARIA.....	253	570. PERSISTENCIA E IMPACTO ECONÓMICO DE LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE ETANERCEPT Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN REMISIÓN CLÍNICA SOSTENIDA DE UN AÑO. EXPERIENCIA EN 2 HOSPITALES UNIVERSI.....	263
892. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA CON PIRFENIDONA	254	596. RECAÍDAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA OPTIMIZADA	264
775. FACTORES RELACIONADOS CON LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES SELECTIVOS EN ARTRITIS REUMATOIDE.....	255	852. RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN DE DIGOXINA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CRÓNICOS.....	264
390. FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y MOTIVOS DE SUSTITUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.....	255	641. REVISIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A FICHA TÉCNICA.....	265
1006. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES EXTERNOS REUMÁTICOS	256	972. REVISIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO DE LA FAMPRIDINA TRAS DOS SEMANAS DE TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ..	266
114. IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN EFICIENTE DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE	257	751. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA Y/O PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES TRATADOS CON NATALIZUMAB	266

518. ROMIPLOSTIM EN TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA: EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO.....	267	619. UTILIZACIÓN DE BEVACIZUMAB COLIRIO 1% EN NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	278
358. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES	268	778. UTILIZACIÓN DE FAMPRIDINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE	279
1201. SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA.....	269	323. UTILIZACIÓN DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS.	280
580. SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE DEXMEDETOMIDINA EN PACIENTES CRÍTICOS.....	269	36. UTILIZACIÓN DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE PROCALCITONINA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .	280
689. SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE MEZCLAS BINARIAS EN INFUSOR DE 50 HORAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR POST-OPERATORIO.....	270	550. UTILIZACIÓN DE PARCHES TRANSDÉRMICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	281
419. SUPERVIVENCIA GLOBAL DE ENZALUTAMIDA PRE-QUIMIOTERAPIA: ANÁLISIS DEL ÁREA BAJO LA CURVA.....	271	218. UTILIZACIÓN DEL ANTIBIÓTICO FIDAXOMICINA EN LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	282
502. TERAPIA SECUENCIAL DE OMEPRAZOL. ESTUDIO OBSERVACIONAL.	271	601. VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTE HOSPITALIZADO NO CRÍTICO.....	282
876. TERIFLUNOMIDA: ESTUDIO DE TOLERANCIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE RECIDIVANTE.	272	CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA 283	
858. TEST DE GAXILOSA: EXPERIENCIA DE USO EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPOLACTASIA.....	273	691. ACTUALIZACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE ÁCIDO VALPROICO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS	283
356. TOLVAPTAN EN PACIENTES CRÍTICOS CON SOBRECARGA DE VOLUMEN	273	432. ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN NEONATOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	284
823. TOXINA BOTULINICA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRONICA	274	1099. ADECUACIÓN DE LA DOSIS DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEMOFILTRACIÓN	285
213. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS CRÓNICAS CON SEVOFLURANO DE USO TÓPICO.....	274	573. ANÁLISIS DE LA EQUIVALENCIA DE CICLOSPORINA INTRAVENOSA Y ORAL EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS	285
774. USO DE METILPREDNISOLONA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS BROTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE	275	900. ESTIMACIÓN DE LA PRECISIÓN Y EXACTITUD DE DOS MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	286
1149. UTILIDAD DE UN REGISTRO SANITARIO EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE	276	551. ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS VERSIONES COMERCIALIZADAS DE UN ENZIMOINMUNOENSAYO PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ADALIMUMAB EN VARIAS PATOLOGÍAS.....	287
464. UTILIZACIÓN DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA	277	546. ESTUDIO DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	287
562. UTILIZACIÓN DE AMO BARBITAL PARA LA REALIZACION DEL TEST DE WADA	277		

1157. ESTUDIO FARMACOGENÉTICO POR ALELOS Y HAPLOTIPOS DE LA INFLUENCIA DE CINCO POLIMORFISMOS EN EL SISTEMA TRAIL/TRAILR1 EN LA VARIABILIDAD DE LA RESPUESTA A RITUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR.....	288	994. INDIVIDUALIZACIÓN DE DOSIS MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE FLUOROURACILO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	295
1211. ESTUDIO FARMACOGENÉTICO SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS RS767455 EN EL GEN TNFR Y RS2230229 EN EL GEN TRAILR1A EN LA VARIABILIDAD DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR.....	289	227. INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS EN ABCB1, ABCC2, NOS3 Y RRM1 EN LA TOXICIDAD DE DOCETAXEL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....	296
875. ETILGLUCURÓNIDO URINARIO VERSUS ETANOL PLASMÁTICO COMO MARCADOR DE ABSTINENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS ALCOHÓLICA INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO.....	289	367. INFLUENCIA DEL PARÁMETRO AREA BAJO LA CURVA/ CONCENTRACION MÍNIMA INHIBITORIA SOBRE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON VANCOMICINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS.....	297
1216. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE DIFERENTES ECUACIONES BASADAS EN CREATININA Y/O CISTATINA C SÉRICAS PARA ESTIMAR EL ACLARAMIENTO RENAL DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS.	290	650. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON METOTREXATO EN LA CONCENTRACIÓN DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS	297
833. EVALUACIÓN DE LAS DOSIS NECESARIAS DE DAPTOMICINA SEGÚN PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS / FARMACODINÁMICOS EN INFECCIONES POR ESTAFILOCOCOS.	291	1050. INTEGRACIÓN DE LA SOLICITUD DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	298
494. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES.....	291	368. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	299
1127. EVALUACION DE UN NUEVO INMUNOENSAYO PARA DETERMINAR METOTREXATE POR QUIMILUMINISCENCIA CON EL SISTEMA ARCHITECT.	292	626. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA Y TOXICIDAD CON TACROLIMUS DE LIBERACIÓN RÁPIDA VS PROLONGADA EN TRASPLANTE RENAL.....	300
1170. EVALUACIÓN DE UNA PAUTA ESTÁNDAR DE DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN ADULTOS CON FUNCIÓN RENAL NORMAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE SIMULACIÓN DE MONTECARLO ...	293	1051. NIVELES SÉRICOS ÓPTIMOS DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SEGÚN EL CRITERIO DE RESPUESTA ELEGIDO	300
1124. EVALUACIÓN TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN ESTUDIO PILOTO PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB	293	631. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PIPERACILINA-TAZOBACTAM Y MEROPENEM EN INFUSIÓN CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO.....	301
1189. EXPOSICIÓN A METOTREXATO Y RIESGO DE TOXICIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON LINFOMA NO HODGKIN	294	901. RELACIÓN ENTRE INTOXICACIÓN DE DIGOXINA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL	301
242. HER2-655 A>G POLYMORPHISM PREDICTS THE TRASTUZUMAB-INDUCED CARDIOTOXICITY.....	295	836. RESULTADOS DE ESTUDIOS FARMACOCINÉTICOS EN LA PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON HEMOFILIA A SEVERA.....	302
		655. SECUENCIACIÓN DE DPYD EN PACIENTES CON TOXICIDAD SEVERA A FLUOROPIRIMIDINAS	303

768. THE VALUE OF GENETIC POLYMORPHISMS TO PREDICT TOXICITY IN PLATINUM-BASED CHEMORADIOTRAPY FOR HEAD AND NECK SQUAMOUS CELL CARCINOMA.	304	107. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON TRASTUZUMAB.....	311
330. TOXICIDAD A CAPECITABINA ASOCIADA AL POLIMORFISMOS DEL GEN ERCC2.....	304	335. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA NUEVA TARIFA DE PAGO EN CATALUÑA PARA USTEKINUMAB	312
182. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE GUIADO POR EL GENOTIPO CYP2C19 Y ABCB1 EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ICP	305	249. EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA DE LA MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ENTORNO ASISTENCIA.....	313
179. VARIACIONES GENÉTICAS ASOCIADAS A LA RESPUESTA DE CLOPIDOGREL (EVENTOS ISQUÉMICOS, ÍNDICE TOBILLO BRAZO Y DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN) EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR PERFIFERICA SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA.....	305	1089. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ANTICOAGULANTES E IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO EN UN ÁREA DE SALUD.....	313
CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA 306		352. IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REENVASADO MEDIANTE UNA EMBLISTADORA SEMIAUTOMÁTICA	314
1042. ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN Y DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL FRACCIONAMIENTO DE ANTIANGIOGÉNICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD Y EL EDEMA MACULAR DIABÉTICO.....	306	1172. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS SUBCUTANEOS EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS AUTOINMUNES.....	315
363. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO INICIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTIPSICÓTICOS PARENTERALES DE LARGA DURACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL COMARCAL	307	403. IMPACTO SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO DEBIDO A LA INTRODUCCIÓN DE LA MOLÉCULA BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB.....	315
1062. CUATRO AÑOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS	308	389. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS INTRAVÍTREOS TRAS EL POSICIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA E IMPACTO ECONÓMICO.....	316
1066. ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES Y ANALISIS DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES.	308	391. ADAPTACIÓN DE LA UNIDAD DE ELABORACIÓN A LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	317
1165. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE LAS FORMULACIONES INTRAVENOSA Y SUBCUTÁNEA DE TRASTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA.....	309	1096. ADAPTACIÓN DE LOS PERIODOS DE VALIDEZ DE FÓRMULAS ORALES LÍQUIDAS A LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE FARMACOTECNIA	318
888. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS NO CADUCADOS EFECTUADAS POR LOS PACIENTES PARA SU ELIMINACION EN UN SERVICIO DE FARMACIA.....	310	586. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LAS PRUEBAS DE TOLERANCIA A FÁRMACOS ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN UN PERÍODO DE 1 AÑO	318
728. ESTUDIO ECONÓMICO DEL FRACASO DE LA MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN PACIENTES VIH.....	311	6. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS TRATADOS CON TACROLIMUS 0,02% POMADA OFTÁLMICA	319
		970. APLICACION DEL PRICK TEST Y LA PRUEBA INTRADERMICA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD AL RITUXIMAB.	320

302. CONTROL MICROBIOLÓGICO DE PREPARACIONES ANALGÉSICAS PARENTERALES ELABORADAS EN LOTES: PROTOCOLO DE MUESTREO.....	320	177. ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD DE MEZCLAS TERNARIAS Y CUATERNARIAS DE MORFINA, MIDAZOLAM, HALOPERIDOL Y ESCOPOLAMINA EN GLUCOSA 5% EN INFUSOR ELASTOMÉRICO....	329
516. DENSIDADES DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS INTRAVENOSOS PARA EL CONTROL GRAVIMETRICO DE MEZCLAS INTRAVENOSAS.....	321	201. ESTUDIO COMPARATIVO DE CITOTOXICIDAD IN VITRO DE DOS COLIRIOS ANTI-ACANTHAMOEBICOS SOBRE QUERATOCITOS ESTROMALES HUMANOS.....	330
1177. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A IMATINIB.....	322	758. ESTUDIO DE ANÁLISIS DE ACTIVIDAD DE UN DEPARTAMENTO DE FARMACOTÉCNIA: ¿ES LA FORMULACIÓN MAGISTRAL UN ÁREA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN DECLIVE?.....	331
1188. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A TADALAFILO.....	322	43. ESTUDIO DE ESTABILIDAD DE DAPTOMICINA EN VIALES RECONSTITUIDOS Y BOLSAS PARA PERFUSIÓN INTRAVENOSA.....	331
773. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE COLIRIO DE TACROLIMUS EN PATOLOGÍA AUTOINMUNE-INFLAMATORIA OCULAR.....	323	247. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FÍSICO-QUÍMICA DE VINFLUNINA.....	332
979. ELABORACIÓN DE ADALIMUMAB E INFLIXIMAB INTRALESIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ULCERADA REFRACTARIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN.....	324	1063. ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DE UNA SOLUCIÓN DE CITRATOS Y FÓSFORO.....	333
959. ELABORACIÓN DE UN COLIRIO DE GANCICLOVIR AL 0,2 % EN EL SINDROME DE POSMER-SCHLOSSMAN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	324	544. EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE UNA SOLUCION DE CLORURO CÁLCICO DIHIDRATADO EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.....	334
965. ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO DE UNA SOLUCIÓN ORAL DE LEVAMISOL PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICODEPENDIENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	325	313. FORMULACIÓN DE JARABE DE METOTREXATO 2MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.....	334
611. ELABORACIÓN DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE POVIDONA YODADA AL 30%: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	326	945. FORMULACIÓN DE PROPRANOLOL HCL 1% EN FORMA DE HIDROGEL PARA EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOMA SUPERFICIAL EN PEDIATRÍA.....	335
139. ELABORACION DE UNA PRUEBA PARA EL DIAGNOSTICO DE NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD A CANDIDA ALBICANS.....	327	387. IMPACTO ECONÓMICO DE LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES: CÁPSULAS DE 3,4-DIAMINOPIRIDINA Y ACETATO DE ZINC.....	336
729. EMULSIÓN DE IVERMECTINA AL 1% EN EL TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA.....	327	50. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LOS VIALES DE AFLIBERCEPT.....	336
113. ESTABILIDAD DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE CROMOGLICATO SÓDICO 20 MG/ML SOLUCIÓN ORAL.....	328	910. NUEVAS POSIBILIDADES PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS UNGUEAL: GEL DE METOTREXATO AL 1 %.....	337
916. ESTABILIDAD DEL VORICONAZOL 0,1% INTRAVÍTREO CONGELADO Y REFRIGERADO.....	329	455. OPTIMIZACIÓN FARMACOECONÓMICA TRAS EL FRACCIONAMIENTO, REENVASADO, AGRUPACIÓN DE PACIENTES Y APROVECHAMIENTO DE SOBRES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VÍA PARENTERAL.....	338

19. PLEURODESIS QUÍMICA CON MINOCICLINA EN UN RECIÉN NACIDO AFECTO DE QUILOTÓRAX CONGÉNITO	338	735. ANÁLISIS DE LAS LLAMADAS AL FARMACÉUTICO DE VALIDACIÓN/DISPENSACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	348
807. PREPARADO DE COALTAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS	339	971. ANÁLISIS DEL COSTE DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS TRAS OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS.....	349
60. SITUACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE DERIVADOS HEMÁTICOS EN HOSPITALES ESPAÑOLES.....	340	420. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CITAS DE LA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA.....	349
118. VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LOTES DE PREPARACIONES OFTÁLMICAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTEA DE BEVACIZUMAB	341	927. ANÁLISIS PUNTOS CRÍTICOS CIRCUITO UNIDOSIS	350
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS..... 341		37. APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN SIX SIGMA PARA UN SERVICIO DE FARMACIA SIN PAPELES	351
205. ASPECTOS FARMACOECONÓMICOS DEL TRATAMIENTO DEL OJO SECO CON LUBRICANTES OCULARES CLASIFICADOS COMO MEDICAMENTOS Y COMO PRODUCTOS SANITARIOS.	341	1109. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE CONTROL PREDICTIVO A LA GESTIÓN DE STOCKS EN FARMACIA HOSPITALARIA	351
84. GESTION DEL MATERIAL DE PRÓTESIS E IMPLANTES. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO LA METODOLOGÍA LEAN	342	795. APLICACIÓN DE UN INDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	352
726. USO Y ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN OSTEOARTRITIS DE RODILLA	343	59. CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA, ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS?	353
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD		97. COMPROMETIDOS CON LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: IMPLANTACIÓN DE UN GESTOR DE PACIENTES	354
127. ACTIVIDAD DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	344	996. DETERMINACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL PROCESO DE FABRICACIÓN DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES INNOVADORES TRAS SU AUTORIZACIÓN.....	354
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD		873. DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: UN RETO PARA LOS SERVICIOS DE FARMACIA	355
977. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES NO QUIRÚRGICOS.....	344	1128. EL RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA COMO DOCENTE: UNA REALIDAD DESCONOCIDA	356
928. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL COMARCAL.....	345	663. EL USO «OFF LABEL» DE FÁRMACOS EN EL HOSPITAL SEIS AÑOS DESPUÉS DEL RD	356
65. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE POSACONAZOL.....	346	250. ENCUESTA SATISFACCION DEL PACIENTE: HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL UNIDAD PACIENTES EXTERNOS.....	357
208. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE TOLVAPTAN	346		
301. ANÁLISIS DE LAS DEVOLUCIONES DE LA MEDICACIÓN EN EL SISTEMA DE DISPENSACIÓN UNITARIA DE MEDICAMENTOS AL SERVICIO DE FARMACIA.....	347		

974. ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ÁREA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA.....	358	1005. EXCIPIENTES DE DECLARACION OBLIGATORIA: CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE.....	367
920. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ESTATINAS EN UN AREA DE SALUD.....	359	1114. GRADO DE CONOCIMIENTO DE CAMBIOS EN EL PROCESO DE FABRICACIÓN DE LOS FÁRMACOS BIOTECNOLÓGICOS INNOVADORES.....	368
958. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE METOLAZONA	359	66. GRADO DE SATISFACCION SOBRE LA DISPENSACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LOS PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS POR PARTE DE UN SERVICIO DE FARMACIA.....	368
885. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS CON INFLIXIMAB EN REUMATOLOGÍA PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DEL FARMACO.....	360	1112. HERRAMIENTAS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO A NIVEL AUTONÓMICO.....	369
1105. ESTUDIO DEL USO Y SEGUIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS FUERA DE INDICACIÓN	361	659. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS INTERACCIONES POR MEDICAMENTOS POR MÉDICOS DE UNIDADES CLÍNICAS	370
1214. EVALUACIÓN DE INCIDENCIAS RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ANTES Y DESPUÉS DE LA PRESCRIPCIÓN ELCTRÓNICA ASISTIDA	361	245. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITAS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS.....	371
1200. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DESABASTECIMIENTOS Y ALERTAS FARMACÉUTICAS EN EL STOCK Y EN EL PACIENTE.....	362	569. IMPACTO ECONOMICO EN LA OPTIMIZACIÓN DE LOS VIALES DE RANIBIZUMAB Y AFLIBERCEPT EN UN HOSPITAL COMARCAL	371
991. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS.....	363	724. IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA	372
536. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA.....	364	517. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS WEB 2.0 EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	373
1229. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN DE BOTIQUINES.....	364	861. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA MEJORA CONTINUA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	373
327. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DISPENSADOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA DE PACIENTES EXTERNOS.....	365	1136. INFORMACION SOBRE ANTINEOPLÁSICOS ORALES A PACIENTES ONCOLOGICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008.....	374
1159. EVALUACIÓN DEL GRADO DE UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE PRESCRIPCIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.....	366	882. INTEGRACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE FARMACIA AL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD	375
1001. EVALUACIÓN POR EL PERSONAL TÉCNICO DISPENSADOR DE LA OPTIMIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS.....	366	999. INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN CENTRO DE SALUD PENITENCIARIO: ESTRUCTURA EN TRANSFORMACIÓN (1 AÑO DE EXPERIENCIA).....	375

380. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO	376	1013. SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO	387
1198. INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE FARMACIA SOBRE OMALIZUMAB	377	1183. SEGURIDAD Y RENTABILIDAD DE LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DEVUELTOS DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN	387
553. MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA.....	378	1224. SELECCIÓN DE LAS INTERACCIONES RELEVANTES EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	388
76. MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL COSTE POR PROCESO AL AMPLIAR LA ESTABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA DE BORTEZOMIB	378	759. SISTEMA CENTRALIZADO DE GESTIÓN DE ANTÍDOTOS.....	389
672. MEJORA DE LA PREPARACIÓN DE LOS CARROS DE UNIDOSIS APLICANDO LEAN MANAGEMENT	379	1022. TRAMITACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES COMO ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL	390
752. MEJORANDO LA EFICIENCIA: PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE MEDICAMENTOS	380	261. USO CONTROLADO DE SUGAMMADEX EN UN HOSPITAL COMARCAL	390
25. METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA PARA LA MEJORA DEL CIRCUITO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE MATERIALES EN LAS SALAS BLANCAS DE UN HOSPITAL GENERAL TERCARIO	381	1077. UTILIZACIÓN DE OPIÁCEOS EN UN HOSPITAL DE APOYO	391
13. MISOPROSTOL USE IN MEDICAL EVACUATION OF SPONTANEOUS ABORTION: DRUG USE EVALUATION STUDY.....	381	1046. UTILIZACIÓN DE TICAGRELOR EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO.....	391
1186. PAPEL DEL FARMACEUTICO ANTE LOS DESABASTECIMIENTOS TEMPORALES DE MEDICAMENTOS.....	382	1213. ¿NOVEDAD TERAPÉUTICA EN LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS COMO USO EN SITUACIONES ESPECIALES?.....	392
980. PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ACTUALIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO DEL ÁREA DE FARMACIA	383	1153. ¿POR QUÉ NOS DEVUELVEN MEDICACIÓN?.....	393
1094. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS OPIOIDES Y OTROS ANALGÉSICOS.....	383	CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS	394
662. PRESCRIPCIÓN HOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS EN CONDICIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA.....	384	1040. INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS: EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN	394
623. PRINCIPIO ACTIVO VERSUS NOMBRE COMERCIAL: REORIENTANDO LA GESTIÓN DE LA LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS.....	385	632. REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	394
723. PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: IMPACTO EN FARMACIA HOSPITALARIA	385	1071. USO DE INMUNOGLOBULINAS INESPECIFICAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA	395
1243. RECERTIFICACIÓN DE LA COMISION FARMACOTERAPEUTICA BASE PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA ISO 9001:2015	386	17. UTILIZACIÓN DEL COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS CON RIESGO DE HEMORRAGIA CRÍTICA	396

1256. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA LA GESTIÓN CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C..... 397

106. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD DE SOFOSBUVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRONICA 397

1069. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA VIRAL RÁPIDA Y ADHERENCIA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS DE NUEVA GENERACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C..... 398

266. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE TERAPIA INMUNOSUPRESORA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO 399

936. ANEMIA ASOCIADA A RIBAVIRINA EN REGÍMENES LIBRES DE INTERFERON PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C..... 400

1056. CONSULTA MONOGRÁFICA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA: ACTIVIDAD E INTERVENCIONES 400

489. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE DECISIÓN TERAPÉUTICA PARA LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C 401

44. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C..... 402

216. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR Y DACLATASVIR EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C. 402

854. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR EN EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL 403

656. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS FÁRMACOS PARA LA HEPATITIS C 404

844. EFECTOS ADVERSOS DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C..... 405

692. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON AGENTES ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C 405

1054. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRONICA GENOTIPO 1 406

75. EFICACIA Y TOXICIDAD DE LA TRIPLE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA 407

1217. EL VALOR AÑADIDO DEL FARMACÉUTICO EN LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C 407

949. ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO FRENTE AL VHC EN FUNCIÓN DE LA COMPATIBILIDAD CON LA TERAPIA CONCOMITANTE... 408

761. ESTUDIO DE LA ADHERENCIA, SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C..... 409

799. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NUEVOS FÁRMACOS PARA HEPATITIS C CRÓNICA EN PACIENTES COINFECTADOS 410

744. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C..... 411

257. EVALUACIÓN DE RESPUESTA/SEGURIDAD DEL SOFOSBUVIR/ LEDIPASVIR EN PACIENTES HEPATITIS C CRÓNICA (G1B) NAIVE A LAS 4 SEMANAS DE TRATAMIENTO Y EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO POR UNIDAD PACIENTES EXTERNOS 411

1103. EVALUAR EL IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO HEPATITIS C CRÓNICA CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DIRECTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL 412

1207. EXPERIENCIA TEMPRANA CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C: RESULTADOS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD 413

921. IMPACT OF DIRECT ANTIVIRALS FOR HEPATITIS C INITIATION ON ADHERENCE TO HIV MEDICATIONS 414

170. IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES Y DE LA POLIMEDICACIÓN EN LA SELECCIÓN DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA EN ESPAÑA..... 414

937. INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA: NUESTRA EXPERIENCIA 415

1141. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y A TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA.....	416	417. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD, CONTENIDO E IMPACTO DE UN BLOG PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN.....	425
615. NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA: DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	417	1251. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS APLICACIONES CON CALCULADORAS MÉDICAS PARA DISPOSITIVOS MÓVILES.....	426
1038. NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA: DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y MANEJO DE SUS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN LA PRÁCTICA HABITUAL.....	418	599. APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	427
1083. NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIVIRALES PARA LA HEPATITIS C: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, SATISFACCIÓN.....	418	98. COMPROMETIDOS CON LA SEGURIDAD DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO: EVALUACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN.....	427
252. NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C: IMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN FARMACEUTICA.....	419	757. DESARROLLO DE UNA BASE DE DATOS CENTRAL DE MEDICAMENTOS CON TERMINOLOGÍA SNOMED-CT.....	428
809. OPORTUNIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN HEPATITIS B CRÓNICA: UN COMPROMISO CON NUESTROS PACIENTES.....	420	673. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO LOGÍSTICO ROBOTIZADO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS.....	429
589. PERFIL DE LOS PACIENTES CON NUEVOS ANTIVIRALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS POR VIRUS C.....	421	787. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EL REGISTRO Y ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....	430
1119. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y SEGURIDAD DE ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA HEPATITIS C EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO.....	421	366. DISEÑO Y UTILIDAD DE UN MAPA 2.0 DE LOS PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA.....	430
1045. RIESGO DE REACTIVACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON RITUXIMAB: CRIBADO INICIAL Y PROFILAXIS.....	422	830. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA.....	431
333. SEGURIDAD DE SIMEPREVIR EN COMBINACIONES CON PEG-INTERFERON, RIBAVIRINA Y SOFOSBUVIR EN HEPATITIS C CRÓNICA AVANZADA GENOTIPOS 1 Y 4.....	423	134. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS LIGADO A PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....	432
126. SOFOSBUVIR VS. SIMEPREVIR EN COMBINACIÓN CON INTERFERON PEGILADO Y RIBAVIRINA PARA TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	423	490. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA MÉDICA A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	432
604. TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES CON GRADO DE FIBROSIS BAJO.....	424	718. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS CON VALIDACIÓN ASISTIDA VS MODELO TRADICIONAL, ¿ES NECESARIO CAMBIAR?.....	433
CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	424	835. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ALUMNOS DE FARMACIA EN PRÁCTICAS TUTELADAS EN RELACIÓN AL ENTORNO 2.0.....	434
406. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD E IMPACTO DE UNA CUENTA DE TWITTER DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN.....	424		

1031. EVALUACIÓN E IMPACTO DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN WIKIPEDIA DE LOS FÁRMACOS COMERCIALIZADOS EN NUESTRO MEDIO	435	468. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL HIPOCALÓRICA PERIFÉRICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE AGUDOS	444
186. IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DENTRO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.....	435	325. EVALUACIÓN DE UN MÉTODO DE SCREENING NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL SOMETIDAS A CIRUGÍA SUGARBAKER.....	445
317. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE APOYO	436	1241. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SEFH PARA EL USO SEGURO DE BOLSAS TRICAMERALES DE NUTRICIÓN PARENTERAL	445
1257. IMPLANTACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA INTEGRAL E INTEGRADA	437	116. IMPLANTACIÓN DE UN CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES	446
943. ¿ES POSIBLE EL VIH 2.0?.....	438	1144. INCREMENTO PRESUPUESTARIO EN LA PREPARACIÓN DE NUTRICIÓN PARARENTERAL POR NO DISPONER TEMPORALMENTE DE SALA BLANCA	447
CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN.....	438	594. INFLUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO EN COMPLICACIONES POSTGASTRECTOMIA TOTAL.....	447
1178. ANÁLISIS DE CONSUMO DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCERA LÍNEA	438	525. INMUNONUTRICIÓN, CIRUGÍA COLORRECTAL Y FAST- TRACK	448
561. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (NED) EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA.....	439	328. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL DISEÑO Y SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA	449
54. ANÁLISIS DEL USO DE FÓRMULAS HIPOCALÓRICAS EN PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	440	28. MEJORA DE PESO Y CALIDAD DE VIDA TRAS EVALUACION Y SOPORTE NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE HOSPITAL DE DIA	449
748. COMPLICACIONES METABÓLICAS ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTE ADULTO	440	705. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	450
676. DISFUNCIÓN HEPÁTICA ASOCIADA A NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL: REVISIÓN DE CASOS	441	256. SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.....	451
355. EFECTOS NUTRICIONALES E INFLUENCIA EN LA MORBI- MORTALIDAD DE LA DIETA INMUNOMODULADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE COLON EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL.....	442	221. TOLERANCIA A EMULSIONES LIPÍDICAS INTRAVENOSAS UTILIZADAS EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO	451
202. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA	442	1206. UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA HIPOCALÓRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	452
681. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE INTERCAMBIO DE FÓRMULAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL PROTOCOLIZADAS POR FÓRMULAS COMERCIALES TRICAMERALES	443	812. UTILIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DISEÑADO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HIPERGLUCEMIAS ASOCIADAS A LA NUTRICION PARENTERAL	453

209. VALORACIÓN NUTRICIONAL Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES ADULTOS NO CRÍTICOS.....	454	196. COMPARACIÓN DE DOBLETES Y TRIPLETES DE QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO	464
CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA 454		1182. COMPARACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIO, DE PALONOSETRON FRENTE A FOSAPREPITANT EN PREVENCIÓN DE NÁUSEAS Y VÓMITOS POR QUIMIOTERAPIA ÁLTAMENTE EMETÓGENA.....	465
701. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL.....	454	173. CRITERIOS CLÍNICOS Y FARMACOECONÓMICOS EN LA EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS INMUNOMODULADORES EN ESPAÑA: UTILIZACIÓN DEL METODO DELPHI PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ACTUAL E IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS DE CONSENSO EN INMUNO-ONCOLOGÍA.....	465
357. ACTUALIZACIÓN DE LOS PLAZOS DE VALIDEZ DE VIALES Y MEZCLAS CITOSTÁTICAS APLICANDO LA METODOLOGÍA DE LA MATRIZ DE RIESGO PARA PREPARADOS ESTÉRILES	455	992. DECITABINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	466
995. ADECUACIÓN DE LA DOSIFICACIÓN DE CITOSTÁTICOS SEGÚN LA FUNCIÓN RENAL.....	456	340. DEFIBROTIDE EN LA ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA POST TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	467
1175. ANALISIS DE EFECTIVIDAD Y DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE MELANOMA METASTÁSICO CON IPILIMUMAB EN SEGUNDA LÍNEA	456	1169. DESENSIBILIZACION A CARBOPLATINO EN PACIENTES CON CANCER DE OVARIO	467
265. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN CANCER DE MAMA METASTÁSICO.....	457	430. DESENSIBILIZACIÓN AL FOLINATO CÁLCICO EN UN PACIENTE HEMATOLÓGICO	468
984. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ECULIZUMAB EN HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA	458	1092. DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A ANTINEOPLÁSICOS A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS.....	469
388. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE DESENSIBILIZACIÓN A OXALIPLATINO ..	458	339. EFECTIVIDAD DE LOS ESQUEMAS FOLFIRINOX Y MPACT EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO.....	469
437. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL Y TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL ..	459	624. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DIRIGIDO MÁS ALLÁ DE LA TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE RIÑÓN METASTÁSICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.....	470
415. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DEL CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS METASTÁSICO	460	694. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB EN GLIOBLASTOMA MULTIFORME TRAS PROGRESIÓN A PRIMERA LÍNEA EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL.....	471
1131. ANÁLISIS DEL USO DE ELTROMBOPAG EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	461	347. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA O REFRACTARIO.....	472
155. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES: DETECTANDO SUS NECESIDADES.....	461		
217. BENDAMUSTINA EN NEOPLASIAS LINFOPROLIFERATIVAS B REFRACTARIAS O EN RECAIDA	462		
1032. CISPLATINO Y CAPECITABINA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO: DATOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO AGAMENON	463		

907. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	472	429. ESTUDIO DE UTILIZACION DE EVEROLIMUS EN CANCER RENAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	482
609. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PERTUZUMAB Y TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO.....	473	431. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE IPILIMUMAB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO	482
813. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SUNITINIB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO	474	803. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NILOTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	483
590. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS.....	475	441. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PAZOPANIB EN PACIENTES CON SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS	484
1122. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TEMSIROLIMUS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO.....	475	187. ESTUDIO DE UTILIZACION DE REGORAFENIB EN EL TRATAMIENTO DE CANCER COLORRECTAL METASTASICO.....	484
1244. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CARCINOMA DE VEJIGA METASTÁSICO.....	476	886. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA.....	485
329. EFICACIA DE UN PROTOCOLO ANTIEMÉTICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA DE RIESGO EMETÓGENO MODERADO	477	141. ESTUDIO DEL PERFIL DE SEGURIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO.....	486
82. EFICACIA DE VEMURAFENIB EN EL MELANOMA MESTASTÁSICO.....	478	382. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE DEFIBROTIDE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VENOOCCLUSIVA HEPÁTICA.....	487
95. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA R-IMVP16 COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN LINFOMAS.....	478	808. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE VEMURAFENIB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO ESTADIO IV EN UN HOSPITAL TERCARIO.....	487
493. EFICACIA Y TOXICIDAD DE BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO PLATINO-RESISTENTE	479	560. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS ANTINEOPLASICOS ORALES EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER RENAL METASTASICO.....	488
607. ERRORES DE EXACTITUD EN LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIAS CON PEQUEÑOS VOLÚMENES DE FÁRMACO. ESTUDIO PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS PARA PEDIATRÍA.....	480	131. EVALUACIÓN DE LA LEGIBILIDAD Y COMPRESIÓN DE PROSPECTOS DE ESQUEMAS QUIMIOTERÁPICOS	489
783. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	480	486. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y COSTE ASOCIADO AL USO DE PERTUZUMAB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL.....	489
801. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE BEVACIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON GLIOMA DE ALTO GRADO EN UN HOSPITAL TERCARIO	481	716. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN	490
		1134. EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD PRODUCIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE UNA MEZCLA ESTANDARIZADA DE TERAPIA TRIPLE INTRATECAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	491

280. EVALUACIÓN DEL AJUSTE DE LA POSOLOGÍA DE METOCLOPRAMIDA TRAS LAS NUEVAS RECOMENDACIONES EN EL PROTOCOLO DE EMESIS RETARDADA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	491	1110. IMPACTO EN SALUD RESULTANTE DE LA DOSIFICACIÓN DE CARBOPLATINO EN FUNCIÓN DEL PESO IDEAL AJUSTADO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESOS.....	501
1108. EVALUACIÓN DEL USO DE PLERIXAFOR EN EL RESCATE DE PACIENTES EN LOS QUE HA FALLADO LA MOVILIZACIÓN PREVIA CON FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS	492	32. INDEPENDENCIA TRANSFUSIONAL, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AZACITIDINA EN PACIENTES CON MIELODISPLASIA Y LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.....	502
206. EXPERIENCIA CON IPILIMUMAB TRAS QUIMIOTERAPIA EN MELANOMA METASTÁSICO EN LA PRÁCTICA HABITUAL.....	493	506. INFLUENCIA DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON BORTEZOMIB	503
1004. EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO LOCALMENTE AVANZADO IRRESECABLE O METASTÁSICO.....	493	395. INFLUENCIA DE LOS TRANSPORTADORES DE FÁRMACOS EN LA RESPUESTA PATOLÓGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE	503
785. EXPERIENCIA DE USO DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL LINFOMA NO HODGKIN	494	285. INTERACCIONES ENTRE CITOSTATICOS ORALES Y PLANTAS MEDICINALES EN UNA CONSULTA DE FARMACIA ONCOLÓGICA	504
902. EXPERIENCIA DE USO DE TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL.....	495	649. MEDICAMENTOS ONCOHEMATOLÓGICOS EN SITUACIONES ESPECIALES: MEDICAMENTOS EN INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS EXTRANJEROS.....	504
1058. EXPERIENCIA DEL USO DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CÁNCER COLONRECTAL METASTÁSICO.....	496	514. MIELOTOXICIDAD ASOCIADA AL PACLITAXEL SEMANAL ADYUVANTE EN PACIENTES OBESAS CON CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO.....	505
814. EXPERIENCIA DEL USO DE VINFLUNINA EN EL CARCINOMA METASTÁSICO DE CÉLULAS TRANSICIONALES DEL TRACTO UROTERRIAL.....	496	122. MIFAMURTIDA EN EL TRATAMIENTO DEL OSTEOSARCOMA: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.....	506
890. HIPEREOSINOFILIA PERSISTENTE EN PACIENTE CON GIST EN TRATAMIENTO CON IMATINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	497	1142. NAB-PACLITAXEL ASOCIADO A GEMCITABINA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ASISTENCIAL.....	506
614. HIPOMAGNESEMIA ASOCIADA A PANITUMUMAB: INCIDENCIA, SEGUIMIENTO Y MANEJO EN LA PRACTICA CLÍNICA REAL.....	498	832. PERFIL DE SEGURIDAD DE DENOSUMAB EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	507
1155. HIPONATREMIA SECUNDARIA A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CON COMPUESTOS DERIVADOS DE PLATINO ..	499	386. PERFIL DE SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES BRAF EN MONOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA.....	508
1120. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES PALIATIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	500	398. PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO HER-2 POSITIVO. EXPERIENCIA DE USO: REVISIÓN DE SU UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD	509
1150. IMPACTO ECONÓMICO DEL REENVASADO DE CITOSTÁTICOS ORALES AJUSTADOS A CICLOS DE TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.....	500	797. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE NEFROTÓXICOS EN PACIENTES TRATADOS CON CISPLATINO..	509
		760. PRESCRIPCIÓN DE FILGRASTIM EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA EN TRATAMIENTO CON FILGRASTIM PEGILADOME	510

210. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.....	511	343. TOXICIDAD DEL CARBOPLATINO EN FUNCIÓN DEL PESO DE LOS PACIENTES.....	520
351. PROFILAXIS ANTIEMÉTICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO EN TRATAMIENTO CON CARBOPLATINO. ¿MODERADA O ALTAMENTE EMETÓGENO?	512	439. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA Y USO DE FILGRASTIM Y ERITROPOYETINA ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB-BENDAMUSTINA EN LINFOMA NO HODGKIN.....	521
919. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN DE CARBOPLATINO EN TUMORES GINECOLÓGICOS	512	922. TRASTUZUMAB EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO	521
407. PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS INTRAVENOSOS	513	220. TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO: VALORACIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES DE LA NUEVA VÍA DE ADMINISTRACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LA INCLUSIÓN EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA.....	522
1020. QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL CON MICROESFERAS CARGADAS CON DOXORRUBICINA: TRATAMIENTO PALIATIVO DEL HEPATOCARCINOMA AVANZADO	514	542. TRATAMIENTO DEL LINFOMA FOLICULAR CON RITUXIMAB-BENDAMUSTINA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO	523
1151. REDONDEO DE LAS DOSIS DE TEMOZOLOMIDA CONCOMINANTE CON RADIOTERAPIA	515	3. USO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES EN PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	524
898. RESULTADOS EN CONDICIONES DE PRACTICA CLÍNICA REAL DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON NO MICROCITICO CON INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA.....	515	1009. USO DE AZACITIDINA EN SINDROME MIELODISPLÁSICO	525
1228. RESULTADOS EN SALUD CON BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL AVANZADO SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA: REAL WORLD DATA	516	1017. USO DE DENOSUMAB EN TUMOR DE CELULAS GIGANTES	525
16. REVISIÓN DE LA EFICACIA DE ELIGARD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO HORMONODEPENDIENTE	517	372. USO DE GLUCARPIDASA EN PEDIATRIA POR INTOXICACIÓN DE METOTREXATE.....	526
1026. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES CON AYUDA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	517	703. USO DE PEMBROLIZUMAB EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	527
365. SISTEMA EXPERTO DE ALERTAS EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ONCOLÓGICA PARA EVITAR ERRORES ENTRE TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO E INTRAVENOSO.....	518	1152. USO DE PLERIXAFOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS A SANGRE PERIFÉRICA PARA TRASPLANTE AUTÓLOGO.....	527
172. TOLERABILIDAD DE BEVACIZUMAB Y AFLIBERCEPT EN PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	519	453. USO DE RITUXIMAB INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS B.....	528
539. TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSINQUINASA DE SEGUNDA GENERACIÓN EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA...	519	1002. UTILIDAD DE BRENTUXIMAB VEDOTIN EN SOSPECHA CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE RECIDIVA DE LINFOMA DE HODGKIN, NO CONFIRMADA HISTOLÓGICAMENTE	529
		230. UTILIZACIÓN DE DEFIBROTIDO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	529
		1080. UTILIZACIÓN DE ERLOTINIB Y GEFITINIB EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESTADÍO IIIB/IV	530

635. UTILIZACION DE PEMETREXED EN PRIMERA LÍNEA Y MANTENIMIENTO EN CANCER DE PULMON NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO AVANZADO.	531	547. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN LOS PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA: CRITERIOS STOPP Y DE BEERS Y FÁRMACOS CON RIESGO ANTICOLINÉRGICO	540
1060. UTILIZACIÓN DE PLERIXAFOR PARA LA MOVILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS A SANGRE PERIFÉRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	532	540. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES Y DE LA TERAPIA ANTIINFECCIOSA INTRAVENOSA ADMINISTRADA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	541
612. UTILIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EN CÁNCER DE OVARIO	532	930. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE MEDICACIÓN DURANTE EL INGRESO EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA	541
214. UTILIZACION DE TENSIROLIMUS EN CANCER RENAL	533	498. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS.....	542
1098. UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE PACLITAXEL- NANOALBUMINA EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO.....	534	572. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR.....	543
159. VALOR PREDICTIVO DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO EN LA RESPUESTA A ABIRATERONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	534	87. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO: ¿ CÓMO PODEMOS INTERVENIR?.....	544
142. VALORACIÓN DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS EN EL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO.....	535	93. CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.....	544
588. ¿EXISTE UNA SOBREPREScripción DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO?	536	362. CAMBIOS EN LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA TRAS UN EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO MAYOR.....	545
CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS	536	630. CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO.....	546
712. ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES COMO GASTROPROTECTORES EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO. INTERVENCIONES DE DESPRESCRIPCIÓN.....	536	40. COLABORACIÓN CON ESPECIALISTAS MEDICOS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO: EL FARMACEUTICO DE HOSPITAL COMO COORDINADOR INTERNIVELES.....	546
535. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ANCIANOS DE RESIDENCIAS SOCIO SANITARIOS CON INSUFICIENCIA RENAL.....	537	524. COMPARACION DE LOS CRITERIOS DE BEERS 2012 Y DEL PROYECTO MARC 2014 APLICADOS A PACIENTES CRONICOS INGRESADOS EN RESIDENCIAS SOCIO SANITARIAS.	547
497. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	538	1053. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA AL INGRESO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.....	548
1158. ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE.....	539	985. CONCILIACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.....	549
92. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES INADECUADAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	539		

296. DETECCIÓN DE CRITERIOS STOPP-START EN EL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE GERIATRIA	549	708. EVALUACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EMPLEADA EN DEMENCIA AVANZADA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS....	559
1258. DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA FACILITAR EL PROCESO DE CONCILIACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES POLIMEDICADOS	550	473. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN UN HOSPITAL COMARCAL.	560
94. EFECTIVIDAD DE LA INTENSIFICACIÓN DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL..	551	1212. EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIPSICOTICOS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.....	560
911. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE ALÉRGICO	551	934. EVALUAR LA RESPUESTA Y ADHERENCIA DE LA FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON DISCAPACIDAD EN LA MARCHA.....	561
831. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....	552	564. EVOLUCION DE LA ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA AL PACIENTE GERIATRICO	562
1100. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	553	776. EXPERIENCIA CON DIMETILFUMARATO: UN NUEVO FÁRMACO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	562
56. EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DE ABATACEPT SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL GENERAL	553	877. FAMPRIDINA: ¿ALGO MÁS QUE LA MEJORA DE LA MARCHA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?.....	563
57. EMPLEO DE FÁRMACOS CON FINES PREVENTIVOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ESPERANZA DE VIDA CORTA	554	109. IDENTIFICACIÓN DE DISCREPANCIAS EN LA MEDICACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	564
684. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD PARA EL USO DE AINES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NOCICEPTIVO EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD	555	680. IMPACTO CLINICO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES.....	565
500. ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.	555	153. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN CENTRO DE MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS	566
1238. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LOS CENTROS DE SALUD	556	1048. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE LA GOSERELINA (ZOLADEX®) JUNTO A UN ANESTÉSICO LOCAL.....	566
1055. ESTUDIO DE ADECUACIÓN DEL USO DE ESTATINAS A LA GUÍA DE HIPERCOLESTEROLEMIA DE LA AMERICAN HEARTH ASSOCIATION 2013 EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS.....	557	895. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA	567
1239. ESTUDIO DE INICIO DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE.....	558	53. IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA POR PARTE DE UN FARMACÉUTICO. DETECCIÓN Y RESOLUCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA RECOGIDA DE LA MEDICACION CRONICA DEL PACIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO.....	568
950. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FARMACOLÓGICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	558		

79. INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PRE-DIÁLISIS TRATADOS CON FACTORES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS.....	568	91. POTENCIAL DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN DOS CENTROS SOCIO SANITARIOS.....	578
345. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	569	62. PRESCRIPCIÓN DE ANTIBACTERIANOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: EVOLUCIÓN DURANTE EL PERIODO 2010-14.	579
190. INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	570	860. PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA AUTOINMUNE Y TERAPIA BIOLÓGICA. TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE.	580
51. INTERVENCIONES FARMACEUTICAS EN LA COLABORACION MULTIDISCIPLINAR CON EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA Y LA RESIDENCIA SOCIO SANITARIA DEL AREA.	570	42. PREVALENCIA DE USO DE PSICOFÁRMACOS E INGRESOS POR FRACTURAS DE CADERA	581
651. LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA AL ALTA: HERRAMIENTA PARA DISMINUIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS.	571	411. PSORIASIS MODERADA-GRAVE:ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO ASISTENCIAL.....	582
1148. LA HIPONATREMIA EN EL PACIENTE ANCIANO	572	99. RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LOS PLANES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	582
669. MEJORA DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO GERIÁTRICO	573	1095. REVISION DE LA MEDICACION AL INGRESO Y AL ALTA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CRÓNICOS AVANZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	583
1117. MONOTERAPIA CON AGENTES BIOLÓGICOS Y ADHERENCIA PRIMARIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONVENCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	574	129. REVISIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA	583
903. NIVEL DE CONCORDANCIA ENTRE DOS MÉTODOS PARA EL CÁLCULO DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO DE ACENOCUMAROL EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR.....	575	371. USO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL..	584
251. NOVEDADES TERAPÉUTICAS APROBADAS EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS: EVALUACIÓN ESPECÍFICA EN GERIATRÍA.....	575	932. USO DE OPIÁCEOS DE ACCIÓN RÁPIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALLATIVOS	585
981. OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA.....	576	309. VALORACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS	585
1034. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE LA CONSULTA DE CRÓNICOS DE MEDICINA INTERNA Y CENTROS SOCIO SANITARIOS	577	1173. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO EN LAS INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	586
511. PERFIL DE UTILIZACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	577	369. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS DE FIBROSIS QUÍSTICA	587
		193. DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN BOTIQUÍN DE EMERGENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.....	588

790. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO INTEGRADOS EN EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICOS.....	588	509. ¿ESTÁ GARANTIZADA LA BIOEQUIVALENCIA DE LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS A TRAVÉS DE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS? EFECTOS ADVERSOS PSIQUIÁTRICOS CON EL CAMBIO DE ESPECIALIDAD DE FLUDROCORTISONA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS	598
685. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON DIETA CETOGÉNICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DÉFICIT DE GLUT-1.....	589	CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO	599
359. ENFERMEDAD DE KAWASAKI: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES	590	307. ACTUACIONES DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN RELACIÓN A LA CERTIFICACIÓN CONFORME A LA NORMA UNE 179003:2013 DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	599
816. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE ECULIZUMAB EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	591	1010. ADECUACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE PREPARADOS ESTÉRILES OFTÁLMICOS NO TÓPICOS A LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA.....	600
909. EVALUACIÓN DE LA PREFERENCIA DE USO ENTRE DOS DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE SOMATROPINA	591	308. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIGLAUCOMATOSO: EJEMPLO DE COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR.....	600
1187. EVALUACIÓN DEL USO DE INFLIXIMAB EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	592	133. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA EN LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS.....	601
278. EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DE ABCIXIMAB EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN LACTANTES	593	275. ALIANZAS ESTRATÉGICAS: ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA DE OPINIÓN REALIZADA CONJUNTAMENTE EN TRES SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA.	602
156. HIPOGLUCEMIA NEONATAL REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	594	526. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS RECLAMACIONES DE DOSIS UNITARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....	603
543. INTERVENCIONES A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL.....	594	894. ANÁLISIS DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	603
1088. MANEJO TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR SEDOANALGESIA EN NEONATOS CON METADONA EN SOLUCIÓN ORAL.....	595	918. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ERITROPOYETINAS EN PACIENTES PREDIÁLISIS EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL...	604
143. OPTIMIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE GAMMAGLOBULINA INESPECÍFICA EN UN HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO A PARTIR DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS	596	1219. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE DERRAMES DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS: IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD	604
1171. OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS DE OMALIZUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	597	1240. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS MEDIANTE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA DE NUEVA IMPLANTACION.....	605
806. UTILIZACIÓN DE LA CLONIDINA ORAL COMO PREMEDICACIÓN ANALGÉSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS.....	597	646. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PREPARACIÓN AUTOMATIZADA DE DOSIS UNITARIA	605
		1033. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN NOTIFICADOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL GENERAL....	606

14. ANÁLISIS DE MARCADORES DE HEPATITIS B Y TRATAMIENTO PROFILÁCTICO EN PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB....	607	976. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES	617
634. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL USO DE RELAJANTES NEUROMUSCULARES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	607	320. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.....	617
660. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE RECURRENTE REMITENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	608	73. ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE SALBUTAMOL NEBULIZADO EN MEDICINA INTERNA.....	618
1072. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS, EFECTOS Y CRITICIDAD PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE MEZCLAS ESTÉRILES	609	426. ESTANDARIZACIÓN DE LAS INFUSIONES ENDOVENOSAS CONTINUAS DE FÁRMACOS DE ALTO RIESGO	619
1231. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTÍNUA EN LA GESTIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	609	273. ESTUDIO PILOTO PARA LA DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DE OBSERVACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	619
484. ATOSIBAN Y RIESGO DE HIPONATREMIA	610	35. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS PAUTAS DE ACENOCUMAROL/WARFARINA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	620
237. CALIDAD DEL ETIQUETADO E ISOAPARIENCIA EN LAS MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA	611	792. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA REACTIVACIÓN DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TRATAMIENTO CON ANTI-TNF	621
1116. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL INGRESO Y ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS Y POLIMEDICADOS	611	112. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN SERVICIOS PEDIÁTRICOS.....	622
354. CONOCIMIENTO DEL PROPIO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL	612	867. EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	622
696. CONSENSO MULTIDISCIPLINAR PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON ALEMTUZUMAB.....	613	1154. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS TRATADOS CON LINEZOLID ORAL. PLANTEAMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ALERTA Y SEGUIMIENTO.....	623
939. CONTROL MICROBIOLÓGICO DEL ÁREA ESTÉRIL DE UN SERVICIO DE FARMACIA.....	614	917. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE FILTRADO EN MEDICAMENTOS INYECTABLES	624
841. DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ¿FICCIÓN O REALIDAD?	614	1012. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	625
820. DIFERENCIAS EN LAS ESTIMACIONES DE LA FUNCIÓN RENAL PARA LA DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	615	961. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR EN EL TURNO DE NOCHE.	625
48. EL MAPA DE RIEGOS COMO HERRAMIENTA EN SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS	616	534. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES CON DEMENCIA Y TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO.....	626

248. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE CILOSTAZOL EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE.....	627	794. PAPEL DEL FARMACEÚTICO EN EL CONTROL ELECTROLÍTICO DEL POTASIO.....	637
671. GESTION DEL RIESGO DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES YODADOS NO IONICOS EN UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN	627	1091. PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO CON IBUPROFENO O DEXIBUPROFENO EN PACIENTES CARDIÓPATAS	638
608. HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES ANCIANO HOSPITALIZADO....	628	1030. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE MEDICAMENTOS: NUEVOS PROBLEMAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	639
552. IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN	629	77. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO DETECTADOS EN MEDICINA INTERNA.....	640
622. IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE POTASIO PARENTERAL PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	630	314. PROGRAMA ACTIVO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA DETECCIÓN DE TROMBOCITOPENIA, HEPATOTOXICIDAD Y NEUTROPENIA POR FÁRMACOS.....	641
568. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALARMAS PARA ALERGIAS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	630	264. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VALORES DE POTASIO SÉRICO ALTOS.....	642
1075. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS A IOMEPROL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	631	69. REVISIÓN DEL USO DE LOS SISTEMAS CERRADOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA.....	642
843. INCIDENCIAS EN EL CIRCUITO DE CITOSTÁTICOS: ANÁLISIS Y MEDIDAS DE MEJORA	632	376. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	643
621. INCORPORACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA.....	632	1234. SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN DE GASAS YODOFÓRMICAS.....	644
12. INFLUENCIA DE LA EPIDEMIA DE GRIPE EN LA VACUNACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	633	687. SISTEMA INFORMATIZADO DE NOTIFICACIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL: RESULTADOS.	645
86. INTEGRACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	634	639. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL: AJUSTE POSOLÓGICO	646
1021. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN: DEL PAPEL A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....	634	737. UTILIZACIÓN DEL CMBD PARA LA DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	646
1232. MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN COLORANTES AZOICOS Y ALTERNATIVAS FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES ALÉRGICOS AL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO.....	635	1221. VARIABILIDAD ENTRE EL PESO DE DOSIFICACION Y EL PESO REAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO	647
962. NECESIDAD DE PROTOCOLIZACION DE DOSIS MAXIMA DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA	636	460. ¿ACEPTAN LOS MÉDICOS Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LA TÉCNICA DE LAS LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS?	647
657. NEFRITIS INTERSTICIAL POR OMEPRAZOL: IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ.....	637	1023. ¿ES LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN UNA ESTRATEGIA ÚTIL PARA REDUCIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO?.....	648

181. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA EFICACIA Y SEGURIDAD ENTRE LA ADMINISTRACION DE INFLIXIMAB ORIGINAL E INFLIXIMAB BIOSIMILAR (REMSIMA)?.....	649	281. TOCILIZUMAB FRENTE A ABATACEPT VÍA INTRAVENOSA Y SUBCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TRAS FRACASO A METOTREXATE	658
71. ¿SE HA DESCUIDADO LA MONITORIZACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA CLOZAPINA?.....	650	556. TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	658
CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS 650		CLASIFICACIÓN: URGENCIAS..... 659	
929. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	650	866. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LOS INFORMES DE ALTA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.....	659
837. CITICOLINA. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y COMISIÓN DE FARMACIA COMO HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EFICIENTE....	651	CLASIFICACIÓN: URGENCIAS..... 660	
709. COMPARACIÓN INDIRECTA DE LENALIDOMIDA FRENTE A BORTEZOMIB EN PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE NO CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO.....	652	800. CONCILIACIÓN DE LA PAUTA DE ACENOCUMAROL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	660
510. EFICACIA COMPARADA DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS EN RED	652	CLASIFICACIÓN: URGENCIAS..... 660	
881. EFICIENCIA DEL INTERCAMBIO POR UN BIOSIMILAR DE FILGASTRIM	653	49. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE VERNAKALANT EN EL TRATAMIENTO DE FIBRILACIÓN AURICULAR DE INICIO RECIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	660
315. EVALUACIÓN DEL USO DE PRASUGREL Y TICAGRELOR PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ATEROTROMBÓTICOS TRAS SU INCLUSIÓN EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA REGIONAL..	654	461. ELABORACIÓN DE UN ESCRITORIO VIRTUAL SYMBALOO® PARA USO PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO DE URGENCIAS.	661
346. INCREMENTO DE LA SEGURIDAD PARA EL PACIENTE EN EL MANEJO DE LOS DESABASTECIMIENTOS Y CESES DE COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS. METODOLOGÍA Y EVOLUCIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO.....	654	1065. EVALUACIÓN DE LA ANAMNESIS FARMACOTERAPÉUTICA REALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LOS POSIBLES FACTORES RELACIONADOS CON PRM.	662
713. INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE ESTATINAS: ATORVASTATINA VERSUS SIMVASTATINA	655	707. EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	663
771. LOS BIOSIMILARES EN LAS GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES	656	297. IMPACTO DE LA INTERVENCION FARMACEUTICA EN LA CONCILIACION DE LA MEDICACION AL INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH)	663
1027. PROTOCOLO CONSENSUADO DE DISPENSACIÓN ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE HIDROCORTISONA	657	555. INCORPORACIÓN DE UN FARMACEUTICO AL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE LA CONCILIACION AL INGRESO.....	664
966. SUSTITUCIÓN POR ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EQUIVALENTES: IMPLICACIONES CLINICAS.....	657	770. PRESCRIPCIÓN DE AINES AL ALTA EN URGENCIAS	665
		409. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS...	666

515. SINDROME DE STEVENS JOHNSON ASOCIADO A LAMOTRIGINA. A PROPÓSITO DE UN CASO	667	953. DOLUTEGRAVIR: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO.....	675
CLASIFICACIÓN: VIH 667		904. EFECTIVIDAD DEL CAMBIO A BITERAPIA CON DRV/R MÁS 3TC EN PACIENTES VIH POSITIVOS PRETRATADOS	675
1199. ADECUACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC PREVIO AL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA.....	667	277. EFICACIA E IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN MONOTERAPIA.....	676
983. ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN TRATAMIENTO CON TENOFOVIR	668	183. EFICACIA, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAST /EMTRICITABINA/TENOFOVIR EN DOSIFICACIÓN UNITARIA.....	677
1205. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH NAIVE	669	336. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y ADHERENCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH.....	678
559. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO. EVALUACIÓN POR LOS PACIENTES DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL NUEVO TRATAMIENTO.....	670	456. ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD DEL PACIENTE VIH POSITIVO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.....	678
189. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA EL VIH EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AREA PACIENTES EXTERNOS).....	670	410. ESTUDIO DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN PACIENTES CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	679
948. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL ABORDAJE ACTUAL DEL PACIENTE VIH.....	671	413. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RILPIVIRINA EN EL TRATAMIENTO DEL VIH.....	680
304. ANÁLISIS DEL USO DE BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO. PERIODO 2011-2014.....	671	743. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN PACIENTES NAIVE	680
448. BITERAPIA (LESS DRUG REGIMEN) COMO ESTRATEGIA DE SWITCHING DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	672	457. EVALUACIÓN DE LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICAN LA FALTA DE ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS VIH POSITIVOS.....	681
675. CREACIÓN DE UNA PLATAFORMA PARA LA GESTIÓN INTEGRADA DE PACIENTES INFECTADOS CON VIH.....	673	627. EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS TRAS TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA	682
120. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE ERRORES DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH HOSPITALIZADOS	673	963. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE VIH POSITIVO SOBRE SU ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....	683
755. DETERMINACIÓN DE LOS FÁRMACOS RESPONSABLES DEL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL POR EFECTOS ADVERSOS.....	674	805. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ABACAVIR/ LAMIVUDINA + RILPIVIRINA EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH.....	683

125. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE TENOFOVIR/ EMTRICITABINA/ELVITEGRAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	684
463. FARMACOTERAPIA Y RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES VIH MAYORES DE 50 AÑOS Y CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO-ELEVADO: ESTUDIO TRANSVERSAL	685
1160. IMPACTO EN LA SEGURIDAD RESULTANTE DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) EN PACIENTES VIH TRATADOS CON TERAPIAS QUE INCLUYEN TENOFOVIR.....	685
1052. MONOTERAPIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR O LOPINAVIR/ RITONAVIR COMO ESTRATEGIA DE SIMPLIFICACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: RESULTADOS CLÍNICOS E IMPACTO ECONÓMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	686
451. MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE PROTEASA: DURACIÓN DE LA RESPUESTA EN EL TIEMPO Y EVALUACIÓN COMO ESTRATEGIA DE SIMPLIFICACIÓN.....	687
993. RALTEGRAVIR, ETRAVIRINA Y DARUNAVIR/RITONAVIR EN PACIENTES CON VIH MULTIRRESISTENTE	688
322. REACCIONES ADVERSAS PRECOCES Y TARDÍAS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....	688
721. REPERCUSION DEL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCION DIRECTA SOBRE EL VHC EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL VIH.....	689
884. SITUACIONES DE USO DE DOLUTEGRAVIR EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	690
925. TENOFOVIR/EMTRICITABINA/RILPIVIRINA: UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA A TENOFOVIR/EMTRICITABINA/ EFAVIRENZ.....	690
825. USO DEL DOLUTEGRAVIR (DTG) EN PACIENTES INFECTADOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	691
834. VARIACIÓN INTERANUAL EN LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES NAÏVE.....	692

Congreso Nacional Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Valencia, del 10 al 13 de Noviembre de 2015

MEJORES COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES ORALES

**COMUNICACIONES PRESENTADAS
TIPO PÓSTER**

MEJORES COMUNICACIONES ORALES

MEJORES COMUNICACIONES ORALES

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

862. ESTUDIO MULTICENTRICO PROSPECTIVO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL CON INHIBIDORES DE LA TIROSINQUINASA EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES: Gutiérrez Nicolás F, Nazco Casariego GJ, Gonzalez Rosa V, Alarcón Payer C, Ramos Linares S, Oliva Ojiva L. Hospital Universitario De Canarias. Carretera Del Rosario, Sn. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: El objetivo principal del presente estudio ha sido conocer la adherencia en una cohorte de pacientes adultos con leucemia mieloide crónica (LMC) en tratamiento oral con inhibidores de tirosinquinasa (TKIs).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio multicéntrico observacional y prospectivo de 8 meses de duración (octubre 2014-mayo 2015), en el que se reclutaron pacientes diagnosticados de LMC en tratamiento con TKIs. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de edad y que al menos llevaran seis meses en tratamiento con TKIs.

La medida de la adherencia se realizó mediante la combinación de tres métodos indirectos: El auto-cuestionario MMAS8 (8-item Morisky Medication Adherence scale), clasificando los pacientes en alta, media y baja adherencia; la encuesta ESPA (Escala Simplificada para detectar Problemas de Adherencia), que completa el farmacéutico entrevistador; y el registro de dispensaciones (RD) en los últimos 6 meses (considerando como no adherente dispensaciones menores al 90%). Las encuestas fueron realizadas en el momento de recogida de la medicación en las Unidades de Pacientes Externos de las farmacias hospitalarias (UPEs). La identificación de falta de adherencia por cualquiera de los tres métodos clasificó al paciente como no adherente. Las características demográficas de los estos fueron recogidas de las historias clínicas.

El estudio fue aprobado por cada uno de los CEIC de los hospitales participantes y clasificado como EPA-SP por la EMPS con código LOH-IMA-2013-01. Los pacientes firmaron consentimiento informado para participar en el estudio.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron 130 pacientes pertenecientes a 5 hospitales de la zona Sur de España (Canarias-Andalucía). El 55,4% fueron hombres, y la edad media fue de 58,9 años (20-90), con una media de 5,5 años (0,6-13) en tratamiento con TKIs. El 63,8% de los pacientes se encontraban, en el momento del estudio, en tratamiento con imatinib, el 24,6% con nilotinib y el 11,6% con dasatinib.

El 56,9% de los pacientes mostraron unos perfiles de alta adherencia que resultaron ser independientes del tratamiento prescrito: 54,8%, 63,6% y 54,3% respectivamente ($p=0.67$).

La semicuantificación que permite realizar la escala MMAS8 (en combinación con los otros dos parámetros de análisis de adherencia) estratificó los pacientes en: 56,9%, 11,5 y 31,5 con alta, media y baja adherencia respectivamente.

CONCLUSIONES: La adherencia a los TKIs está considerada uno de los pilares fundamentales para el tratamiento de la LMC. Con el presente trabajo hemos querido analizarla en un número significativo de pacientes, motivo por el cual se diseñó un estudio multicéntrico sobre el territorio nacional. Nuestros resultados sugieren que aproximadamente un tercio de los pacientes (31,5%) muestran una baja adherencia, similar a la señalada por otros estudios internacionales, valores que son independientes del TKIs prescrito. Futuros estudios analizaran si la atención farmacéutica es capaz de mejorar estas tasas de adherencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

287. PROGRAMA DE EFICIENCIA TERAPÉUTICA DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS Y ULTRAHUÉRFANOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

AUTORES: García Queiruga M, Mondelo García C, Feal Cortizas B, Martín Herranz I.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. aX xUBIAS, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: El objetivo de los programas de eficiencia terapéutica (PET) es ofrecer a cada paciente la máxima probabilidad de obtener una respuesta óptima a su tratamiento con los menores costes e inconvenientes para el propio paciente y para la sociedad en su conjunto. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de un PET aplicado a las terapias con medicamentos huérfanos y ultrahuérfanos para el tratamiento de enfermedades raras evaluando el impacto económico en un hospital de nivel terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: periodo de estudio: año 2014. Durante este año se han aplicado los siguientes PET a los medicamentos huérfanos y ultrahuérfanos: 1. Agrupación de pacientes: agalsidasa beta, romiplostim, mifamurtide. 2. extensión de estabilidad: mifamurtide, 3. ajuste en la pauta de dosificación: idursulfasa, clofarabina, eculizumab. 4. redosificación de medicamentos inyectables: plerixafor. 5. redosificación/fraccionamiento de medicamentos orales:

lenalidomida, ambrisentán y bosentán. Se analizó por medicamento y estrategia de eficiencia, el gasto teórico (GT) y el gasto real (GR) ajustado durante el año 2014 y se calculó la eficiencia de los PET.

RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes, tratados con los siguientes medicamentos: 4 agalsidasa beta, 25 romiplostim, 6 mifamurtide, 1 idursulfasa, 4 clofarabina, 7 eculizumab, 13 plerixafor, 12 lenalidomida, 4 ambrisentán y 4 bosentán. La relación GT/GR por medicamento fue: Agalsidasa beta: 532.428€/529.430,9€; Romiplostim 658.642,5€/410.868,3€; Mifamurtide: 410.868,35€/262.028,8€; Idursulfasa: 306.055,8€/287.262,9€; Clofarabina 198.152€/150.165€; Eculizumab 1.808.169€/1.446.207€; Plerixafor: 164.205€/113.077,9€; Lenalidomida: 597.986€/330.124€; Ambrisentán 52.308€/26.154€; Bosentán: 95.408€/47.704€. La relación GT/GR por estrategia de eficiencia fue: agrupación de pacientes+extensión estabilidad: 1.601.938,85€/1202.327,1€; ajuste en la pauta de dosificación: 2.312.376,8€/1.883.634,9€; redosificación de inyectables: 164.205€/113.077,9€; redosificación fraccionamiento de medicamentos orales 745.702€/403.982€. El ahorro global en 2014 fue de 1.221.198,4€, suponiendo un 12,27% de eficiencia.

CONCLUSIONES: Por el elevado volumen económico que suponen, los medicamentos huérfanos y ultrahuérfanos constituyen un proceso crítico para los servicios de farmacia, pudiendo llegar en los hospitales de nivel terciario, a constituir un 10-20% del presupuesto total, que en el caso de nuestro centro es el 13%. Además este grupo de medicamentos suponen también un alto impacto social y mediático.

Los PET posicionan al servicio de farmacia como un servicio clave y constituyen una oportunidad para los farmacéuticos de hospital de mejorar los resultados en salud en los pacientes, en colaboración con los equipos asistenciales, aportando nuestra experiencia en áreas de trabajo que son tradicionalmente propias.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

470. SELECCIÓN DE MARCADORES Y PUNTOS DE CORTE PARA LA INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE LA TERAPIA ENZIMÁTICA SUSTITUTIVA EN PACIENTES GAUCHER TIPO I

AUTORES: Gras Colomer E, Fernández Zarzoso M, Almela Tejedo M, Marcos Rodríguez Ja, Torralba Cabeza Ma, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Seleccionar marcadores y puntos de corte para la individualización posológica de la terapia enzimática sustitutiva (TES) en pacientes Gaucher tipo I (EG1) y analizar su relación con la respuesta óptima (RO) al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio postautorización multicéntrico de seguimiento prospectivo de 24 meses de duración. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EG1 en tratamiento con TES durante al menos 6 meses previos a la inclusión. Se recogieron para cada paciente: % Actividad Enzimática al diagnóstico (ActED), dosis TES (U/Kg/28días) y respuesta óptima (RO) según criterios FEETEG (RO si cumple 5/6 criterios clínicos: Hemoglobina $\geq 11,0$ g/dL mujeres, $\geq 12,0$ g/dL hombres; Plaquetas $\geq 120 \times 10^9/L$; Volumen esplénico

Se extrajeron dos muestras sanguíneas por paciente, basal (t0) y 15 minutos tras perfusión de TES (t75), analizando[1] la Actividad Enzimática intraleucocitaria (ActE) y comparándola con los valores en individuos sanos (IC95% 1.722-2.339 nmol/min/ml).

Se estudiaron 5 marcadores: dosis (U/Kg/28días), ActED, ActEt0, ActEt75 y ActEsust (Actividad Enzimática sustituida, obtenida como la diferencia entre el % ActED y el % ActEt75 con respecto al intervalo de normalidad en sanos). Variables con distribución normal se mostraron como media y desviación estándar(Sd), y las no normales como mediana y rango(R). Se seleccionaron los parámetros que mostraron una relación significativa con RO mediante prueba ANOVA o Kruskal-Wallis (según normalidad y homogeneidad de varianzas), y se aplicó una curva ROC para estimar sensibilidad (Se), especificidad (Sp), valor predictivo positivo (VP+) y valor predictivo negativo (VP-) y puntos de corte. Posteriormente se aplicó prueba Chi-cuadrado para obtener el Odds Ratio del punto de corte del marcador seleccionado con la RO.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes con EG1 procedentes de 4 hospitales, peso medio 69,57Kg (Sd=19,4). 16/19 pacientes presentaron RO. La mediana de ActED fue 6,88% (R=30,5) y ActEt0 fue 737nmol/min/ml (R=2.207); la media de Dosis fue 57,62U/Kg/28días (Sd=34,10), de ActEt75 fue de 3.001nmol/min/ml (Sd=2.260) y de ActEsust fue 96,94% (Sd=83,20).

Los marcadores analizados para pacientes con/sin RO fueron respectivamente: Dosis 57,90U/Kg/28días (Sd=32,93) y 55,44U/Kg/28días (Sd=34,96); ActED 6,9% (R=30,5) y 6,5% (R=7,1); ActEt0 706,57nmol/min/ml (R=2.234) y 325,76nmol/min/ml (R=1.752); ActEt75 2.988nmol/min/ml (Sd=2.355) y 1.298nmol/min/ml (Sd=1.526); ActEsust 99,58% (Sd=85,12) y 24,87% (Sd=28,10), siendo éste el único que mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

La curva ROC entre ActEsust y RO mostró AUC=0,833 (IC95% 0,628-1,000; $p=0,074$) y punto de corte de 58,02% (Se= 68,8%; Sp=100%; VP+=100%; VP-=37,5%). La ActEsust 58% fue 1,5 (IC95% 0,945 a 2,381).

CONCLUSIONES: La actividad enzimática sustituida tras la administración de TES en pacientes con enfermedad de Gaucher tipo I muestra una relación significativa con la respuesta clínica. Se estima que los pacientes que alcanzan valores mayores del 58% presentan una mayor probabilidad de obtener una respuesta óptima y, por tanto, este marcador y valor del punto de corte pueden utilizarse para la individualización posológica de la TES en la práctica clínica.

[1]MichelinK.et.al.ClinChimActa2004May;343(1-2):145-53.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

89. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS MONITORES CON EL FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: Navarro Pardo I, Idoipe Tomás A, Bernabé Antolin S, Castiella García M, Comet Bernad M, Galindo Allueva M. Hospital Universitario Miguel Servet. Pº De Isabel La Católica, 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar la calidad percibida y el grado de satisfacción de los monitores con el funcionamiento del área de ensayos clínicos (EC) del Servicio de Farmacia (SF) y analizar los aspectos que han variado desde la evaluación anterior realizada en el año 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS: Encuesta de satisfacción enviada a los monitores por correo electrónico en noviembre de 2014 y comparación con los resultados obtenidos con la remitida en el año 2010. El cuestionario consta de los mismos 10 ítems valorados con una escala de 1-10 y 2 preguntas abiertas sobre aspectos positivos y sugerencias. Para el análisis comparativo se empleó la prueba estadística U de Mann-Whitney, para un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS: Se enviaron 120 encuestas y respondieron 50 (42%), de las cuales 19 (38%) resaltaban aspectos positivos y 15 (30%) incluían sugerencias. La satisfacción general con el SF fue alta (9,2). Los ítems mejor valorados fueron: la resolución por parte del farmacéutico de cuestiones de forma competente (9,4) y de solicitudes e incidencias con agilidad (9,3), así como el trato/amabilidad del farmacéutico (9,4). También fueron muy bien valorados el archivo de documentación del estudio (9,0), el lugar de trabajo del área de EC (9,0) y la actuación del SF ante posibles desviaciones del protocolo/procedimiento (9,1). El ítem peor valorado fue el acceso al área de EC en el SF (6,9). Los aspectos positivos destacados por los monitores fueron: el sistema de gestión de muestras, la profesionalidad y amabilidad del farmacéutico, la organización, disponibilidad, atención en las visitas y agilidad en contestar e-mails. Las sugerencias propuestas fueron: mejorar la señalización del área de EC y la informatización de registros de temperatura.

En comparación con la encuesta del año 2010 (n=47), se observa una mejora significativa en la valoración del sistema de gestión de muestras de EC (8,3 vs 8,9; p=0,030), del archivo de documentación del estudio (8,3 vs 9,0; p=0,034), la agilidad en la resolución de solicitudes e incidencias (9,0 vs 9,3; p=0,022) y en el lugar de trabajo del área de EC (8,2 vs 9,2; p=0,013). El acceso al área de EC (7,0 vs 6,9; p=0,830) sigue con valoración baja.

CONCLUSIONES: La encuesta ha permitido evaluar la percepción de los monitores sobre el funcionamiento del área de EC del SF y medir los resultados de las acciones de mejora puestas en marcha a partir de los ítems peor valorados con la misma encuesta revisada en el año 2010. Se ha mejorado la gestión de EC mediante su informatización, con la incorporación de una base de datos específica para ello, nuestro primer objetivo tras el análisis anterior, mejorando también el archivo de documentación, la agilidad en la resolución de solicitudes e incidencias y el lugar de trabajo. Un aspecto estructural como la accesibilidad al área de EC sigue siendo aspecto de mejora.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1068. IMPACTO DE LA ROBOTIZACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN Y CALIDAD DE LA GESTIÓN DEL INVENTARIO

AUTORES: Rodríguez González Cg, Herranz Alonso A, Escudero Vilaplana V, Ais Larisgoitia A, Ruiz Martínez C, Sanjurjo Sáez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/Doctor Esquerdo 46. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la robotización en el incremento de la seguridad de la dispensación a los pacientes externos y la calidad de la gestión del inventario.

MATERIAL Y MÉTODO: Ámbito: Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de un hospital terciario que cuenta con Prescripción Electrónica ligada a validación farmacéutica. El SFH dispone de personal farmacéutico para el desarrollo de programas de Seguimiento Farmacoterapéutico e información al paciente y personal auxiliar de enfermería para la dispensación y gestión del almacén. Antes de la robotización, la dispensación se realizaba de forma manual con un control del código de barras de la receta y medicamento.

El SFH tiene establecido un sistema de gestión de calidad de acuerdo a la norma UNE-ISO 9001:2008 y al Modelo de Excelencia Europea EFQM (Sello 400+).

Diseño del estudio:

-Evaluación de la seguridad en la dispensación: estudio de observación disfrazada, pre y post-implantación, para cuantificar la prevalencia de errores durante la dispensación de medicamentos.

-Evaluación de la calidad del inventario: estudio descriptivo, pre y post-implantación, de los resultados de los indicadores del Cuadro de Mando relacionados con la calidad del inventario: índice de rotación del stock, índice de cobertura, valor contable de inventario e índice de rotura de stock para los medicamentos gestionados por el robot.

RESULTADOS: Seguridad en la dispensación:

Se observaron un total de 3.284 dispensaciones de recetas en la fase pre, y 3.004 en la fase post. En esta segunda fase, el 83,1% de las dispensaciones se realizaron de forma robotizada. Tras la robotización, la prevalencia de errores se redujo del 1,31% al 0,63%, RRR (IC95)= 51,7% (17,3% – 71,8%). Los tipos de errores que experimentaron una mayor reducción fueron el error de omisión, que se redujo de 0,33% a 0,07% ($p<0.05$), el error de documentación incorrecta, de 0,76% a 0,17% ($p<0.05$), y el de dispensación de menor cantidad de la necesaria por falta de stock, que se redujo de 0,52% a 0,17% ($p<0.05$). A diferencia de lo observado en la fase pre, en la que se produjo 1 error de dosis incorrecta, en la fase post no se observó ningún error de dosis o medicamento incorrecto. De los 19 errores de la fase post, sólo 3 se produjeron durante una dispensación robotizada, siendo la causa una rotura del stock. Calidad en la gestión del inventario:

El índice de rotación anual del stock se incrementó de 36,4 a 42,7, el índice de cobertura se redujo de 10 a 8,6 días y el valor contable de inventario de 941.628€ a 858.929€. El índice de rotura de stock se redujo de 0,85% a 0,17%. El tiempo diario empleado por el personal auxiliar en la gestión del inventario se redujo de 1h 36m a 39m 10s. Sólo el 1,56% de las dispensaciones fueron interrumpidas por un fallo del sistema robotizado.

CONCLUSION: La robotización de la dispensación, y su integración con la Prescripción Electrónica Asistida y los Sistemas de Información del Servicio de Farmacia, incrementa la seguridad en la dispensación y optimiza la gestión del inventario.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

244. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA (PALIATIVOS) AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

AUTORES: Sevilla Sanchez D, Molist Brunet N, Amblas Novellas J, Codina Jane C, Espauella Panicot J.

Hospital General De Vic. C/Francesc Pla. Barcelona. España

OBJETIVO: Descripción y análisis de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) en pacientes con enfermedad crónica avanzada (paliativos) en un hospital universitario en el momento del ingreso en una unidad de geriatría de agudos (UGA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 6 meses de duración (noviembre 2014 a abril 2015) realizado en un hospital universitario de segundo nivel de 250 camas.

Se identificaron todos los pacientes paliativos según los criterios NECPAL (Necesidades Paliativas) del programa de la OMS "Quality" de atención al final de vida. Esta herramienta incluye una pregunta sorpresa (¿le sorprendería que el paciente muriese en el próximo año?) junto con indicadores específicos de enfermedad (enfermedad onco-hematológica; pulmonar; cardiovascular; neurológica; renal; hepática; o demencia) e indicadores globales de severidad y progresión (marcadores de funcionalidad, nutrición, fragilidad o uso adicional de recursos). Se considera como test positivo cualquier paciente con respuesta negativa a la pregunta sorpresa y presencia de al menos otro factor. Se incluyeron todos los pacientes con una duración de ingreso > 24 horas y que cumplieran criterios NECPAL.

Se identificaron los AAM mediante revisión de la historia clínica con el uso de señales de alerta (trigger tools) y discusión entre farmacéutico y médico. Se determinó la causalidad de los AAM según algoritmo de Karch-Lasagna.

Se realizó el análisis estadístico mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Se estudió la normalidad de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. Se realizó la prueba de correlación Pearson para conocer el grado de relación lineal entre AAM y número de medicamentos, así como regresión logística univariante para establecer factores de riesgo en la relación entre AAM y número de fármacos (no polifarmacia si < 0.05).

RESULTADOS: Se incluyeron 119 pacientes (edad media 86.39 años, DE: 4.99; sexo: 65.55 % mujeres) con una media de 9.57 fármacos/paciente (DE: 3.85; rango 1-20). Se detectaron 63 AAM afectando a 44 pacientes (36.97 % de la muestra).

Los principales sistemas fisiológicos afectados son: i) alteraciones electrolíticas 22.6 % (hiper e hipopotasemias principalmente) ii) alteraciones endocrinológicas 16.1 % (hiperglicemias principalmente) iii) alteraciones hematológicas 14.5 % (hiperdescoagulación principalmente). Los principales fármacos relacionados fueron: antihipertensivos y diuréticos 25.8 %; antiagregantes y anticoagulantes 16.1 %; y corticoides 8.1 %.

La muestra cumplió con las pruebas de normalidad y se obtuvo una correlación baja $r = 0.254$ aunque significativa $p = 0.003$ en la relación AAM y número de fármacos. El análisis de regresión logística mostró relación entre la polifarmacia extrema y la presencia de AAM $p = 0.046$ (IC 95 % 1.02 – 26.02).

CONCLUSIONES: Los pacientes paliativos tienen un riesgo elevado de sufrir AAM. La presencia de polifarmacia extrema (≥ 10 fármacos) es un factor de riesgo para que ocurran AAM.

414. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADAPTADO AL ESPAÑOL

AUTORES: Sáez de la Fuente J, Such Díaz A, Izquierdo García E, Cañamares Orbis I, Esteban Alba C, Escobar Rodríguez I.

HOSPITAL INFANTA LEONOR. AVDA. DEL ESTE, 80. Madrid. España

OBJETIVOS: El índice más utilizado para valorar la complejidad del tratamiento es el Medication Regimen Complexity Index (MRCI). El objetivo del estudio es traducir el MRCI siguiendo el método de adaptación transcultural y validar el Índice de Complejidad del Tratamiento Farmacológico adaptado al español (ICTF-E).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se formó un equipo investigador de tres farmacéuticos especialistas cuya lengua materna es el español con inglés fluido, un cuarto farmacéutico español bilingüe que desarrolla su actividad profesional en Reino Unido y un traductor español bilingüe experto en traducciones biomédicas.

El proceso de adaptación transcultural incluyó una traducción independiente por tres farmacéuticos del equipo investigador y una traducción-retrotraducción por dos traductores de lengua materna inglesa, que no conocían los objetivos del estudio ni la escala original.

El análisis de la fiabilidad se realizó sobre una muestra aleatoria de 20 pacientes mayores de 75 años con criterios de paciente pluripatológico que ingresaron en un servicio no quirúrgico a lo largo de un año. Dos investigadores que no participaron en el proceso de traducción calcularon el ICTF-E independientemente (armonía interjueces), repitiendo el cálculo a los dos meses (test-retest). Para el análisis de la validez la muestra se amplió a 60 pacientes con los mismos criterios. La recogida de datos y codificación de variables se realizó en una base de datos diseñada específicamente para el estudio. Toda la información se obtuvo a partir de la historia clínica electrónica y fue validada por pares.

La fiabilidad del ICTF-E se valoró analizando la consistencia interna de los diferentes ítems (alfa de Cronbach), así como la estabilidad del cuestionario (test-retest) y la armonía interjueces mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). La validez se estimó analizando la correlación con el número de medicamentos del tratamiento (validez convergente) y comprobando la ausencia de diferencias en función del sexo del paciente (validez discriminante). La capacidad predictiva se analizó valorando diferencias en los pacientes con reingreso a los 3 meses.

RESULTADOS: El ICTF-E mantiene la estructura original de tres secciones que valoran las formas farmacéuticas, frecuencias e instrucciones adicionales del tratamiento.

La fiabilidad del ICTF-E fue muy alta, con un alfa de Cronbach en el análisis de la consistencia interna de 0,83 y CCI superiores a 0,8 en el análisis de la armonía interjueces y en el test-retest. El análisis de validez discriminante fue satisfactorio al no encontrar diferencias en el ICTF-E en una variable sin asociación a priori como es el sexo del paciente ($p=0,21$).

Se encontró una asociación significativa con el número de medicamentos prescritos (coeficiente correlación de 0,87 p).

CONCLUSIONES: La traducción y adaptación transcultural del ICTF-E propuesta en este estudio mantiene la fiabilidad y validez del índice original, proporcionando una herramienta adecuada para analizar la complejidad del tratamiento.

647. FACTORES RELACIONADOS CON EL GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES: ALLENDE BANDRÉS MA, RUIZ LAIGLESIA FJ, COMPAIRED TURLÁN V, SAINZ ARACELI J, GIMENO GRACIA M, FERNANDEZ ALONSO E.

HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. SAN JUAN BOSCO. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia y clasificar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) detectados y las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas en un servicio de Medicina Interna y analizar la relación entre el grado de aceptación de las RF con el tipo, el momento de la intervención, el impacto clínico y el grado de significación de la RF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo durante 4 años en una unidad de Medicina Interna de 63 camas en un hospital público de tercer nivel.

Fuentes de información: Historia clínica informatizada, programa de prescripción electrónica asistida (PEA), recetas facturadas en atención primaria, entrevista con el paciente cuando se considero necesario. Diariamente el farmacéutico revisó las órdenes de tratamiento y por cada PRM detectado emitió una RF por vía oral o por escrito. Las RF se consideraron aceptadas cuando implicaron un cambio de tratamiento en las siguientes 24 horas. Se clasificaron los PRM en tres tipos: PRM relacionados con la conciliación del tratamiento ambulatorio, PRM detectados en el tratamiento prescrito durante la hospitalización y PRM relacionados con la utilización del PEA también denominadas e-iatrogenia. Se realizó un análisis de regresión logística, considerando como variable dependiente la aceptación (sí/no) y como independientes el tipo de PRM, el momento de la intervención, el impacto clínico y el grado de significación. Con las variables estadísticamente significativas, se realizó un modelo multivariante. El nivel de significación fue p

RESULTADOS: Se produjeron 4.283 ingresos de los cuales el 52.8% mujeres. La edad media fue de 77.14+/-13.47 años. Se identificaron 1.996 PRM, sobre 1.075 pacientes. El 25% ingresó con un algún tipo de PRM potencial. La tasa de PRM fue de 47 PRM/ 100 ingresos. Globalmente se aceptaron el 91.8% de las RF realizadas.

Se detectaron 1139 PRM de conciliación, 754 de hospitalización y 103 de e-iatrogenia. El 60,67% de las RF fueron de significación baja, el 39.33% fueron significativas ó muy significativas. El 56% tuvieron un impacto clínico en seguridad, el 26% en eficacia y el 18% en eficiencia. El 45,44% se detectaron al ingreso, el 28,66% al alta y el 25.9% durante la hospitalización. El análisis multivariante mostró como los PRM de conciliación y los de eiatrogenia se aceptan más que los de hospitalización (OR 2.032; 95% CI 1.3-3.1). Las RF realizadas al alta y durante la hospitalización tienen más aceptación que las realizadas al ingreso (OR 2.8; 95% CI 1.9-4.3). Las RF con un impacto clínico en seguridad, tienen un mayor grado de aceptación que las realizadas en eficacia y eficiencia (OR 1.6; 95% CI 1.1-2.3) y las RF con significación baja tienen un mayor grado de aceptación que las RF significativas y muy significativas (OR 17.9; 95% CI 10.4-30.8).

CONCLUSIONES: La revisión de los tratamientos por el farmacéutico contribuye a aumentar la seguridad del paciente teniendo sus recomendaciones en muchos casos, un impacto clínico significativo o muy significativo. Las RF mejor aceptadas son las de conciliación y e iatrogenia y las que tienen un impacto en la seguridad.

254. MEDICAMENTOS Y SITUACIONES CLÍNICAS SUSCEPTIBLES DE DESPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO: CRITERIOS LESSCHRON

AUTORES: Rodríguez Pérez A, Alfaro Lara Er, Fernandez Villalba Em, Nieto Martin Md, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Diseñar una herramienta de ayuda a la desprescripción de medicamentos específica para el pacientes crónico polimedcado y basada en evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios sobre retirada de medicación en enfermos crónicos para la identificación de binomios medicamento-situación clínica susceptibles de desprescripción. Sus resultados fueron enriquecidos con los de un brainstorming electrónico, en el que participaron especialistas en medicina interna y farmacia hospitalaria a nivel nacional.

Posteriormente, dichos binomios fueron valorados por un panel de expertos (metodología Delphi). Cada binomio se evaluó según el pronóstico de vida del paciente (un año o más de un año) y se valoró como inadecuado/dudoso/adeecuado según su aplicabilidad en la práctica clínica. Finalmente, se realizó una reunión presencial de los investigadores del proyecto para consensuar el contenido y diseño de la herramienta, atendiendo al concepto de desprescripción establecido (proceso de revisión estructurada del tratamiento crónico que permite seleccionar los fármacos que, estando indicados, pueden ser retirados en base a la situación clínica del paciente).

RESULTADOS: La revisión bibliográfica y el brainstorming aportaron un total de 100 escenarios, correspondientes a 50 binomios medicamento-situación clínica, duplicados según el pronóstico de vida del paciente. Fueron valorados por 11 expertos (médicos de familia, internistas y farmacéuticos hospitalarios y de atención primaria), que consideraron 2 escenarios inadecuados, 19 dudosos y 79 adecuados, sin diferencias según pronóstico de vida.

Se discutieron los binomios dudosos y se verificaron aquellos considerados adecuados, aplicando de forma estricta el concepto de desprescripción. Se excluyeron aquellos:

- Medicamentos prescritos para una situación aguda: diuréticos en descompensaciones hidrópicas y edema agudo de pulmón y corticoides inhalados en agudización de EPOC.
- Medicamentos no indicados: vasodilatadores periféricos en insuficiencia venosa, metoclopramida para náuseas y vómitos cuando existe tolerancia al origen de las mismas, metformina con bajo IMC, suplementos de hierro/eritropoyetina en anemia no filiada, inhibidores de la bomba de protones en profilaxis de sangrado sin medicación gastrolesiva y corticoides inhalados para EPOC en fenotipo no agudizador

Se redactaron los 27 escenarios que componen la herramienta definitiva (formato tabla), incluyendo: indicación para la que está prescrito el fármaco, condición de desprescripción, variable en salud a monitorizar tras la retirada y tiempo propuesto de seguimiento. Se ordenaron por grupos farmacológicos (clasificación ATC), quedando representados:

- Tracto alimentario y metabolismo (4 escenarios), implicando a antidiabéticos orales, acarbosa, metformina y suplementos de vitamina D y calcio
- Sangre y órganos hematopoyéticos (4): anticoagulantes orales en dos situaciones distintas, AAS y la combinación AAS y clopidogrel
- Sistema cardiovascular (4): antihipertensivos, estatinas en prevención primaria y secundaria y nimodipino
- Sistema genitourinario (4): anticolinérgicos en dos situaciones, bloqueantes alfa adrenérgicos y alopurinol
- Sistema musculoesquelético (2): bifosfonatos en prevención primaria y secundaria
- Sistema nervioso (8): haloperidol/risperidona/quetiapina, benzodiazepinas, fármacos Z, otros antidepresivos(2), anticolinesterásicos(2) y citicolina
- Sistema respiratorio (1): mucolíticos y expectorantes

CONCLUSIONES: Los criterios LESS-CHRON, basados en evidencia y en la opinión de expertos, permiten sistematizar la identificación de medicamentos susceptibles de retirada en pacientes crónicos, así como su monitorización. Se requiere una fase posterior para su validación.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

848. COMPARACIÓN INDIRECTA ENTRE DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE. META-ANÁLISIS BASADO EN MODELOS BAYESIANOS.

AUTORES: Guglieri López B, Pérez Pitarch A, Ventura Cerdá JM, Ferriols Lisart R, Cortell Fuster C, Climente Martí M. Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar numero 70. Valencia. España

OBJETIVO: Realizar una comparación indirecta de dimetilfumarato frente a teriflunomida en el tratamiento de primera línea de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) mediante meta-análisis basado en modelos bayesianos de los ensayos clínicos publicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica para identificar todos aquellos ensayos clínicos fase III aleatorizados que incluyeran pacientes diagnosticados de EMRR. Se seleccionaron aquellos brazos que incluían pacientes tratados con dimetilfumarato, teriflunomida o placebo con cualquier régimen de dosificación. Se escogió la tasa anual de recaídas (ARR) como variable dependiente del meta-análisis. Se recogieron los valores de ARR al inicio del tratamiento, en semana 48, 96 y 144 (en caso de estar disponible) y se construyó un modelo que describiera la evolución de la ARR con el tiempo. Como variables independientes predictoras del modelo se analizaron: dosis (mg/día), edad, porcentaje de mujeres y valor basal de la escala expandida del estado de discapacidad (EDSS). Los datos fueron analizados empleando un análisis de regresión no lineal de efectos mixtos implementado en el aplicativo NONMEM v.7.3.

2) Una vez obtenido el modelo final, éste se empleó para simular 1000 ensayos clínicos con tres brazos de tratamiento (teriflunomida 14 mg cada 24h, dimetilfumarato 240 mg cada 12h y placebo) con 500 pacientes en cada brazo y un periodo de seguimiento de 96 semanas. La ARR en semana 96 de cada brazo obtenida mediante simulación se comparó entre sí mediante la prueba de U de Mann Whitney.

RESULTADOS: 1) Se incluyeron 12 ensayos clínicos, con 22 brazos y datos de 1721 pacientes tratados con dimetilfumarato, 1725 pacientes con teriflunomida y 4182 pacientes con placebo. La evolución temporal de la ARR se modeló como una función exponencial negativa que disminuyó hasta una asíntota y se identificaron como variables predictoras de la ARR alcanzada durante el periodo de seguimiento el valor basal de la EDSS y la dosis (mg/día).

2) La mediana de la ARR en semana 96 obtenida mediante simulación fue de 0,275 (IQR 0,156) para dimetilfumarato, 0,307 (IQR 0,162) para teriflunomida y 0,437 (IQR 0,167) para placebo, observándose diferencias estadísticamente significativas entre todos los brazos ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES: En pacientes con EMRR la tasa anual de recaídas ha mostrado ser dependiente del valor basal de la EDSS y de la dosis de teriflunomida o dimetilfumarato. El modelo construido ha mostrado superioridad de ambos fármacos frente a placebo a las dosis establecidas en ficha técnica y la comparación indirecta entre ellos mostró una menor tasa anual de recaídas en el brazo de dimetilfumarato frente a teriflunomida. El empleo de esta metodología supone una herramienta de gran interés para la realización de comparaciones indirectas de fármacos de los que no se dispone resultados de ensayos clínicos comparativos.

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES ORALES

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

338. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A LA HORMONA DE CRECIMIENTO ADMINISTRADA CON EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO DE AUTOINYECCIÓN EASYPOD®

AUTORES: Edo Solsona Md, Monte Boquet E, Gil Gómez I, Lorente Fernández L, Pérez Huertas P, Poveda Andres JI. Hospital Universitari I Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell 106. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluación de la adherencia a la hormona de crecimiento (GH) en pacientes que utilizan el dispositivo Easypod® y comparación con la adherencia obtenida de los registros de dispensación de la Farmacia de Pacientes Externos (UFPE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo hasta mayo de 2015 en un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes que se administraron GH con el dispositivo Easypod®, capaz de registrar automáticamente si se ha realizado la inyección y si se ha administrado la cantidad indicada. La adherencia se midió mediante dos métodos; 1) las aplicaciones EasyLink® y Easypod Connect® permitieron calcular la adherencia real como número de inyecciones administradas dividido entre número de inyecciones que deberían haberse administrado durante el periodo de estudio y 2) los registros de dispensación de la UFPE donde figuraba dosis, tiempo de duración de cada cartucho, fechas de dispensación y de próxima dispensación y tiempo que tardó el paciente en recoger la medicación permitieron calcular la adherencia de forma indirecta. El resto de variables recogidas (sexo, edad, diagnóstico) se obtuvieron de la historia clínica electrónica Orion Clinic®. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 18.0. Dado el bajo número de pacientes incluidos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. Para el análisis de la adherencia según la duración del tratamiento se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y se realizó un estudio de tendencia con la prueba de Jonckheere-Terpstra. Para comparar los dos métodos de medición de adherencia se utilizó el test de Wilcoxon para dos muestras apareadas.

RESULTADOS: Se incluyeron 18 pacientes (6 varones y 12 mujeres) con una mediana de edad de 11 años (AIC: 7-14) y una duración mediana de tratamiento de 378 días (AIC: 77-863). Los diagnósticos más frecuentes fueron déficit de GH (33,3%) y retraso en el crecimiento intrauterino (33,3%), seguidos de panhipopituitarismo (11,1%), síndrome de Turner (5,6%), retraso constitucional de crecimiento y desarrollo (5,6%), talla baja dismórfica (5,6%) y talla baja en contexto de enfermedad crónica (5,6%). El porcentaje de adherencia mediano según el dispositivo Easypod® fue de 93,62% (AIC: 85,64-100). En relación al tiempo de tratamiento, la adherencia fue de: 100% para < 6 meses; 71,68% para 6-12 meses; 92,25% para 12-24 meses y 85,87% para >24 meses (p=0,012), mostrando una tendencia decreciente significativa (p=0,006). Con el fin de validar el método indirecto de medida de la adherencia utilizado de forma habitual en la UFPE, la mediana de adherencia según los registros de dispensación fue 102,02% (AIC: 100-110,24) encontrando diferencias significativas entre los dos métodos de medida (p=0,009).

CONCLUSIÓN: La adherencia al tratamiento con GH fue buena (93,62%) observándose una disminución estadísticamente significativa de la misma a medida que aumentaba el tiempo de tratamiento. La comparación de los datos de adherencia obtenidos con los dos métodos de medida utilizados mostró diferencias significativas entre ellos. El dispositivo electrónico permitió calcular de forma exacta y objetiva la adherencia, mientras que el método de registros de dispensación sobreestimó la adherencia, siendo ésta superior al 100% en aquellos casos en los que el paciente recogía medicación antes de la fecha indicada.

702. ANALISIS DE LA ADHERENCIA A LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

AUTORES: MARTINEZ LOPEZ DE CASTRO N, PEGO REIGOSA JM, UCHA SAMARTIN M, MARTÍN VILA A, MACEIRAS PAN F, PIÑEIRO CORRALES G.

HOSPITAL MEIXOEIRO. Meixoeiro s/n. Pontevedra. España

OBJETIVO: Medir el grado de adherencia terapéutica a los tratamientos biológicos (TB) en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas: artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs) y comparar su variabilidad, por fármaco y por enfermedad.

Analizar los factores no modificables que pueden influir en el grado de adherencia al TB.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y retrospectivo en un Hospital Universitario de Tercer Nivel que atiende a una población aproximada de 500.000 habitantes. Se recogió la información correspondiente al periodo entre enero de 2009 y agosto de 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: pacientes adultos diagnosticados de AR, EA y APs, con inicio o cambio de TB a partir del 1 de enero de 2009 y con seguimiento de al menos seis meses de duración por el Servicio de Reumatología.

Para la recogida de las variables se utilizaron las historias clínicas en papel y electrónicas y el programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia (SF). Variables recogidas: demográficas, clínicas (enfermedad y tiempo desde el diagnóstico), y relacionadas con el tratamiento (tipo de TB, tratamientos concomitantes, nº de línea de TB, cambios en la dosificación, lugar de administración del fármaco y efectos adversos).

El índice de adherencia se calculó mediante el Ratio Medio de Posesión (RMP) que es el cociente entre el número de días cubiertos por la medicación suministrada y el número total de días de seguimiento. Para el subanálisis de factores de riesgo se dividió al grupo en pacientes adherentes (RMP \geq 0,8) y pacientes no adherentes.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba ANOVA para comparar las variables continuas y la prueba de Chi-cuadrado para comparar las frecuencias de las variables categóricas.

RESULTADOS: Se evaluaron 275 pacientes que constituyeron 359 líneas de TB. Un 52% eran mujeres y la media de edad fue de 53 ± 14 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de $11,56 \pm 10,05$ años. La distribución por patología fue de: AR 44%, EA 22%, APs 24% y otros 9%. El nº de líneas de TB: adalimumab 165, etanercept 107, tocilizumab 25, golimumab 19, abatacept, 19, infliximab 18 y certolizumab 6. El RMP en el total del grupo fue de 0,90. Desglosada por enfermedad la adherencia fue: AR 0,95, EA 0,87, APs 0,90 y otros 0,90 sin diferencias significativas. Se encontró una mejor adherencia en pacientes con infliximab (0,98) vs el resto de las TB subcutáneas. En el subanálisis en 2 grupos, solamente la administración en hospital de día resultó ser un factor positivo de buena adherencia ($p = 0,014$). No hubo diferencias en cuanto a sexo, edad, patología, variaciones de dosis o efectos adversos.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados deberían compararse con datos prospectivos de adherencia mediante test validados para tal fin. Pero orientan a que la administración en hospital de día asegura una mejor adherencia al TB. Desde el SF se deberían liderar futuros estudios en los que se consideren los factores modificables que afectan a la adherencia: como los dependientes del médico, farmacéutico y del centro (logísticos).

1113. ESTUDIO DE LA PERSISTENCIA Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO EN PRIMERA LINEA CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD VIA SC/IM EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Bartolomé García E, Sanmartín Fenollera P, Borrega Canelo L, Gálvez Madroñero M, Pérez Encinas M, Esteban Casado S.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/Budapest 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Comparar el grado de persistencia y adherencia en primera línea de tratamiento (PLT) con fármacos modificadores de la enfermedad de administración sc/IM, en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de EM con inicio de PLT de 1999-2009. Las fuentes de datos fueron el aplicativo de Farmacia e historia clínica electrónica. Las variables recogidas fueron: sexo, fecha de nacimiento, inicio y fin de tratamiento, forma evolutiva de EM y EDSS al inicio, fármaco, unidades dispensadas y motivos de interrupción. Se definió persistencia como tiempo en días(d) desde el inicio del tratamiento hasta su discontinuación por cualquier causa según los registros de farmacia; para periodos entre dispensaciones superiores a 1.5 veces al tiempo cubierto por la medicación dispensada, la persistencia se ratificó a través de la historia clínica. La adherencia se calculó en función del número de unidades dispensadas. Se consideró pacientes adherentes aquellos con un porcentaje ≥ 95 . Para el análisis de la persistencia se utilizó el método de Kaplan-Meier y para la adherencia la Regresión logística; utilizando el programa SPSS v19.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 119 pacientes, 17 fueron excluidos por no haber iniciado tratamiento en nuestro centro, resultando una $n=102$. El 64,7% eran mujeres, presentando el 91,2% EM recurrente-remitente y el 8,8% secundaria progresiva, y una edad media de 34,98 años (18,1-60,3). El 16,7% fueron tratados con glatiramer acetato (GA), 26,5% con interferón- β -1a-im (INFB1a_IM), 27,5% con interferón- β -1a-sc (INFB1a_SC) y 29,4% interferón- β -1b (INFB1b). Un 74,6% de pacientes interrumpen tratamiento, 17,6% continúa y del 7,8% se pierde el seguimiento. El análisis de persistencia por fármaco resultó: mediana de tiempo de persistencia para AG: 1767d (IC95%:483,59-3050,41), INFB1a_IM: 1559d (IC95%:890,68-2227,32), INFB1a_SC: 771d (IC95%:168,057-1373,943) e INFB1b: 880d (IC95%:200,64-1559,36). Las probabilidades de persistencia a 1, 2 y 3 años para cada fármaco fueron las siguientes: AG (81,6%, 69,0% y 56,5%), INFB1a_IM (85,2%, 77,8% y 66,7%), INFB1a_SC (85,6%, 52,1% y 44,6%) y INFB1b (76,4%, 55,3% y 44,3%). Tras estudiar diferencias de persistencia entre sexo y edad no se encuentra asociación. Respecto a la adherencia: AG: 76,5%, INFB1a_IM: 85,2%, INFB1a_SC: 60,7% e INFB1b: 63,3%. El riesgo (OR) de no adherencia con GA fue 1.779 (IC95%:0,38-8,28), INFB1a_SC 3.721 (IC95%:1,01-13,72) e INFB1b 3,329 (IC95%:0,91-12,16) frente a INFB1a_IM, fármaco con mayor adherencia. Los principales motivos de interrupción fueron ineffectividad (34,3%) y efectos adversos (22,5%). Se registraron 8 casos (7,8%) de suspensión voluntaria.

CONCLUSIONES: En nuestra serie no hemos encontrado diferencias para la persistencia entre los fármacos estudiados, aunque AG y INFB1a_IM presentan valores superiores. Si aparece una pérdida progresiva de persistencia en el tiempo en todos ellos. Tampoco encontramos influencia de edad y sexo. En cuanto a adherencia, no se han hallado diferencias presentando mayor valor el INFB1a_IM, probablemente por menor frecuencia de administración. Nuestros resultados no son discordantes con otros estudios publicados, pero es necesario extender el estudio, ampliando el número de casos y analizando otros factores que puedan influir en la persistencia y adherencia.

199. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA E INTERACCIONES EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE TIROSIN KINASA

AUTORES: Sanchez Cuervo M, Gómez De Salazar López De Silanes Me, Molina Ruano Á, Rodríguez Sagrado Má, Pintor Recuenco Mdr, Bermejo Vicedo T.

Hospital Ramon Y Cajal. Ctra. Colmenar Km. 9,1. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) en tratamiento con inhibidores de tirosin kinasa (ITKs) en un hospital de tercer nivel. Evaluar la presencia de interacciones clínicamente relevantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo con una población diana de hasta 30 pacientes con LMC tratados con ITKs que acuden a recoger medicación a la consulta de pacientes externos (octubre 2013-enero 2014). Criterios de inclusión: ambos sexos, sin límite de edad, tratados con imatinib, dasatinib o nilotinib. Quedan excluidos pacientes participantes en un ensayo clínico.

La adherencia se evalúa mediante combinación de dos métodos indirectos: cuestionario tipo Morisky-Green, basado en cuatro preguntas estándar con respuesta SI/NO, y los registros de dispensación de la consulta de atención farmacéutica, considerando un límite de adherencia adecuada del 90%. Se clasifica como paciente adherente a aquel clasificado como tal por ambos métodos.

Para evaluar la presencia de interacciones se realiza una entrevista estructurada con preguntas cerradas basadas en una selección de fármacos y plantas medicinales cuya interacción con los ITKs se clasifica como de relevancia clínica en la ficha técnica y en las NCCN Chronic Myelogenous Leukemia Clinical Practice Guidelines.

Todas las faltas de adherencia e interacciones detectadas fueron comunicadas tanto al médico responsable como al paciente.

RESULTADOS: Se incluyó a 30 pacientes (53% hombres), con una media de edad de 63,43 (\pm 15,13) años. El 66 % de los pacientes estaba tratado con imatinib, el 17 % con dasatinib y el 17 % con nilotinib.

Según los registros de dispensación, el 100 % de los pacientes presentaban una adherencia superior al 90 % de las tomas. Sin embargo, según el cuestionario, el 48 % de los pacientes no era adherente al tratamiento con ITK. Al combinar los resultados de ambos métodos de evaluación de la adherencia, únicamente el 52 % de los pacientes fueron considerados adherentes (50 % de pacientes tratados con imatinib, 40 % con dasatinib y 40 % con imatinib).

En cuanto a la evaluación de interacciones, se detectaron 24 interacciones con imatinib, 3 con dasatinib y 5 con nilotinib (67 % de pacientes). El fármaco más comúnmente implicado con imatinib fue paracetamol (58%). Los fármacos que presentaban interacción con dasatinib fueron un inhibidor de la bomba de protones (IBP), una benzodiazepina y una estatina. Las interacciones detectadas con nilotinib estuvieron relacionadas con IBPs (3), anticoagulantes orales (1) y antiácidos (1). Ningún paciente tomaba plantas medicinales que interaccionaran con ITKs.

CONCLUSIONES: Casi la mitad de los pacientes evaluados presenta una adherencia subóptima al tratamiento con un ITK, lo que puede comprometer la eficacia y seguridad del mismo. Los registros de dispensación del Servicio de Farmacia pueden sobreestimar la adherencia de los pacientes en tratamiento con ITK, por lo que sería recomendable su combinación periódica con un cuestionario.

Una alta proporción de los pacientes presentan interacciones clínicamente con fármacos concomitantes. La evaluación de presencia de posibles interacciones al inicio y durante el tratamiento con ITKs es fundamental para garantizar la eficacia y seguridad del mismo.

292. PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA ADHERENCIA Y LAS INTERVENCIONES PARA EVITAR OLVIDOS: ENCUESTA DEL DÍA DE LA ADHERENCIA 2014.

AUTORES: Ibarra Barrueta O, Bernardez Ferran B, Areas Del Aguila V, Navarro Ruiz A, Piñeiro Corrales G, Fernandez Pacheco M.

Hospital De Galdakao. Barrio Labeaga S/N. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Conocer las dificultades percibidas por el paciente en relación a la toma de medicación y su opinión acerca de las ayudas o consejos útiles en la toma de los medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional y multicéntrico, realizado en 90 hospitales españoles, el 15 de noviembre del 2014, en el marco del "día de la adherencia e información de medicamentos" liderado por la SEFH. Se aplicó un cuestionario para conocer la opinión de los pacientes en relación a los olvidos y las dificultades con los medicamentos; así como su opinión sobre la utilidad de distintas herramientas para evitar los olvidos en la toma de medicación. Los cuestionarios fueron autoadministrados con la ayuda de los farmacéuticos de hospital.

RESULTADOS: Se recogieron 1601 encuestas principalmente entre los pacientes externos de la Farmacia de Hospital. El 48% (760) de los participantes en la encuesta fue mujer y con una mediana de edad de 55 años (IQR: 45-69). En cuanto al número de medicamentos al día, el 19% de los pacientes tomaba un fármaco al día; el 34% entre 1 y 3 fármacos al día; el 25% entre 4 y 6; y un 22% más de 6.

El 40% de los pacientes refirió olvidar alguna vez la medicación. Mientras que al 19% de los pacientes les parecía difícil tomar todos los medicamentos tal y como se les había prescrito.

El 48% de los pacientes encuestados utilizaba alguna herramienta o ayuda para no olvidar la medicación, principalmente alarmas, pastilleros, la ayuda de un familiar, el asociar a una actividad diaria, etc. Y en relación a las ayudas que les parecían útiles para recordar la toma del medicamento, el 50% opinaba que un pastillero semanal con toda la medicación en él, podría ayudarle a tomar mejor el tratamiento. Un 45% creía que un calendario o diario para anotar o tachar cada toma podría ser de utilidad; mientras que un 40% veía útil una alarma en el móvil con el nombre del fármaco. Finalmente un 51% de los pacientes pensaba que la reducción del número de pastillas podría ayudarle a tomar mejor el tratamiento.

A pesar de que el 86% de los pacientes opinaba que tenían la información suficiente para tomar adecuadamente su medicación; un 64% refirió que si su farmacéutico u otro profesional sanitario le explicase bien el tratamiento y le hiciese una hoja con el planning o esquema horario bien explicado, podría ayudarle a tomar mejor el tratamiento.

CONCLUSIONES: La percepción de los pacientes confirma el olvido como un factor relevante para la adherencia terapéutica. La mitad de pacientes usa pastilleros o alarmas para recordar tomas. Los factores que mayoritariamente se consideran como útiles son la ayuda de un farmacéutico u otro profesional sanitario en el establecimiento de un plan terapéutico y la reducción del número de comprimidos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

136. ADECUACIÓN DE DENOSUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

AUTORES: Cantudo Cuenca Mr, Tristancho Perez A, Haro Márquez C, Saborido Cansino Mc, Sanchez Pedrosa A. Hospital Univ. De Valme (Área Gtión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548·9. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de denosumab en el tratamiento de la osteoporosis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en un área de gestión sanitaria integrada llevado a cabo en septiembre-2014. Se incluyeron los pacientes con prescripción activa de denosumab entre el 1-enero y el 31-agosto-2014. Aquellos que no continuaban en tratamiento en el momento de la revisión fueron excluidos.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, fecha de inicio y duración del tratamiento con denosumab, posología, fractura ósea previa al tratamiento, tratamiento anterior con otros medicamentos para prevención de fracturas (MPF), calcemia previa, tratamiento concomitante con calcio y vitamina D.

La selección de pacientes se realizó mediante la base de datos de facturación de recetas con MicroStrategy®. La recogida de datos se hizo consultando la historia clínica electrónica Diraya®; su análisis con Excel 2007®.

Basándonos en la bibliografía (GPC sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad del SNS) se consideró inadecuación primaria del tratamiento con denosumab si los pacientes no presentaban: osteoporosis diagnosticada por densitometría ósea (DMO), fractura osteoporótica (vertebral y/o cadera), osteopenia con ≥ 2 factores de riesgo (FR) alto de fractura u osteopenia con ≥ 2 FR moderados. Se consideró inadecuación secundaria si, a pesar de la adecuación primaria, no habían estado en tratamiento anterior con otros MPF considerados de primera línea. Como contraindicaciones al tratamiento se consideró la hipocalcemia.

RESULTADOS: Se identificaron 274 pacientes, con una edad media de 68.5 ± 10.4 años, siendo el 96.4% mujeres. La mediana de duración de tratamiento fue 11.5 meses (IQR: 7.0-19.0). La posología fue de 60 miligramos semestral (autorizada en ficha técnica) en todos los pacientes, salvo en cinco que diferían en el intervalo posológico prescrito (cada 24 horas, 180 horas, mensual, 4 meses y 5 meses). En este caso se contactó con el prescriptor para que se modificara la pauta. En el 40.1% de los pacientes constaba antecedente personal de fractura: vertebral (80.9%), cadera (8.2%), y el resto, no osteoporóticas. El 68.2% había tenido prescrito previamente otro MPF, siendo en más

de la mitad de los pacientes alendrónico (55.1%). Todos los pacientes disponían de analíticas con valores de calcemia previa al tratamiento, siendo la calcemia media de 9.5 ± 0.4 mg/dl.

La prescripción fue inadecuada en más de la mitad de los pacientes (52.2%). La mayoría presentaba inadecuación primaria (78.3%), mientras que en el 20.3% de los pacientes la inadecuación fue secundaria. El resto tenía un intervalo posológico no autorizado.

Además, en dos de estos pacientes se detectó contraindicación por tener hipocalcemia previa al inicio del tratamiento (8.1 y 8.3 mg/dl).

CONCLUSIONES: La falta de adecuación terapéutica observada en el tratamiento de la osteoporosis con denosumab es elevada. Por tanto, deben realizarse intervenciones dirigidas a revisar tratamientos, con el fin de obtener prescripciones eficaces y seguras.

160. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP-1 EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES: Cantudo Cuenca Mr, Tristancho Perez A, Robustillo Cortes Mdl, Saborido Cansino Mc, Sanchez Pedrosa A. Hospital Univ. De Valme (Área Gestión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548,9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar la adecuación de la prescripción de análogos de GLP-1 (AGLP-1) y evaluar la reducción de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y peso en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado entre 1-febrero y 30-abril-2015 donde se incluyeron pacientes con DM2 con prescripción activa de AGLP-1 durante al menos seis meses en un área de gestión sanitaria (AGS).

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tipo de AGLP-1, posología, duración del tratamiento, prescripción actual y/o previa con otros fármacos para el tratamiento de la DM2 y duración; peso (kg) y HbA1c (%), al inicio y a los seis meses de tratamiento; talla (cm) e índice de masa corporal (IMC) (Kg/m²).

Se consideró que la prescripción de AGLP-1 era adecuada si cumplían las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) de DM2 (NICE, SIGN, CADTH). Éstas recomiendan como primera opción metformina en monoterapia y, si intolerancia o contraindicación, sulfonilurea; en segunda línea, doble terapia con metformina más sulfonilurea y, cuando alguna no se tolera, está contraindicada o existe riesgo de hipoglucemia, pioglitazona o IDPP-4 (gliptinas); en terapia triple, junto a metformina y sulfonilurea, se recomienda insulina y, cuando es inaceptable o inapropiada, la alternativa es pioglitazona o gliptinas.

Los AGLP-1 deben prescribirse en doble terapia junto a metformina o sulfonilurea sólo si intolerancia o contraindicación a IDPP-4 y pioglitazona en pacientes con $IMC \geq 30$ Kg/m². En triple terapia: junto metformina más sulfonilurea y/o pioglitazona en aquellos con problemas para la insulinización, si cumple criterios de $IMC \geq 30$ Kg/m². Además, el tratamiento debe continuarse sólo si reducción de peso $\geq 3\%$ y HbA1c $\geq 1\%$ en seis meses.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de atención primaria y especializada (Diraya®). Para evaluar la eficacia se realizó la prueba t de Student para muestras relacionadas (IC del 95%) mediante SPSS® Statistics 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 68 pacientes, siendo el 58.8% mujeres, edad media de 58.1 ± 10.4 años. En cuanto al AGLP-1 utilizado, en el 60.3% era liraglutida, en el 30.9%, exenatida y en el resto, lixisenatida. En el 16.2% de los pacientes la posología no era la recomendada (>1.2 mg diarios para liraglutida). La duración media del tratamiento era de 33.4 ± 14.9 meses.

A pesar de que todos los pacientes tenían un $IMC \geq 30$ Kg/m² al inicio de AGLP-1, el 60.3% de las prescripciones eran inadecuadas según las GPC. Se identificaron cinco pacientes tratados con un AGLP-1 en monoterapia.

El 66.2% de los pacientes tenía registrado el peso tanto al inicio como a los seis meses, mientras que la HbA1c, en el 83.8%. Tras seis meses de tratamiento se observó un descenso estadísticamente significativo del peso (106.5 ± 20.0 vs. 98.7 ± 19.6 ; $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Muchos de los tratamientos con GLP-1 se inician y se continúan sin cumplir criterios de adecuación o sin información para valorarla.

454. ANÁLISIS DE ERRORES DE CONCILIACIÓN SEGÚN FACTORES DE RIESGO PARA LA PRIORIZACIÓN DE LA CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES: Bilbao Gómez-Martino C, Peña Pedrosa Ja, Sáenz De Tejada López M, Zamora Barrios Md, Pérez Morales A, Arias Fernández Ml.

Hospital Clínico San Carlos. Prof. Martín Lagos, S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de errores de conciliación (EC) al ingreso, y compararla por subgrupos de pacientes según características que teóricamente pueden predisponer a ellos. Conocer en qué pacientes hay mayor riesgo de EC para tratar de priorizar su Conciliación Terapéutica por Farmacia en el momento de la hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo transversal que incluyó todos los pacientes de un hospital de tercer nivel que ingresaron más de 24 horas en los Servicios de Medicina Interna, Geriátrica y Oncología Médica, y participaron en el Programa de Conciliación Terapéutica del Servicio de Farmacia durante el tiempo que éste se desarrolló (5 meses, de manera secuencial). Para conciliar la prescripción de ingreso, el farmacéutico obtuvo el tratamiento habitual comparando al menos tres fuentes de información objetivas: Atención Primaria, anamnesis de Urgencias, anteriores informes clínicos, listado del paciente, cajas de medicación, etc, y confirmándolo mediante entrevista clínica protocolizada con el paciente o su cuidador. Se recogió el número de EC detectados por paciente. Se comparó la prevalencia de pacientes con al menos un EC entre los distintos grupos de riesgo, establecidos según tres variables ya definidas en la bibliografía: edad superior a 65 años, polimedicación (5 o más medicamentos crónicos) y pluripatología (2 o más enfermedades de base: hipertensión, dislipidemia, diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, neoplasias y enfermedad cardiovascular o antecedentes).

Se empleó regresión logística para determinar la Odds Ratio (OR) y se aceptó un valor de significación del 5% ($p < 0,05$). El análisis se realizó con el programa SPSS® v.15.0.

RESULTADOS: Se concilió la medicación de 152 pacientes, el 50% mujeres. La mediana de edad fue 80 años (RIC:70-87). Por Servicio pertenecían a: Medicina Interna 44,73%, Geriátrica 36,84% y Oncología Médica 18,42%. El 82,6% superaban los 65 años de edad, el 79,0% eran polimedicados y el 73,3% padecía dos o más comorbilidades de base. La mediana de medicamentos crónicos fue de 7,5 (RIC:5-10). El farmacéutico detectó 315 EC en los tratamientos de ingreso. 113 pacientes presentaron al menos un EC (74,3%).

El análisis por grupos de riesgo estimó que los pacientes polimedicados tienen 4,08 veces más riesgo de tener al menos un EC que los no polimedicados, y los pluripatológicos 3,02 veces más riesgo que los no pluripatológicos, de manera estadísticamente significativa ($p=0,001$; IC95% 1,757-9,491 y $p=0,006$; IC95% 1,384-6,604, respectivamente). En pacientes ancianos se observó mayor prevalencia de EC pero las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (OR=2,091; IC95% 0,856-5,103; $p=0,105$).

CONCLUSIONES: La prevalencia de pacientes con al menos un EC al ingreso fue significativamente mayor entre los polimedicados y pluripatológicos. Sin embargo, el incremento no alcanzó significación estadística para los mayores de 65 años. Por tanto, es posible que el perfil de pacientes que más podría beneficiarse de la intervención de Conciliación Farmacéutica sea el de polimedicado y el de pluripatológico, independientemente de la edad.

Dado el diseño del estudio y que los grupos de comparación no estaban balanceados, estas conclusiones no son extrapolables y se requieren estudios analíticos controlados que demuestren estas asociaciones en nuestro medio.

180. ANÁLISIS DEL ROL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO COMO INTEGRADOR DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LARGA ESTANCIA

AUTORES: Martínez Casal X, Rodríguez Sánchez JI, López Gutiérrez XI, Alves Senra O, Prieto Caamaño J, Otero Espinar Fj.

Hospital Virxe Da Xunqueira De Cee. Paseo Del Alcalde Pepe Sánchez, Nº 7. A Coruña. España

OBJETIVO: Análisis del rol del farmacéutico hospitalario como integrador de la información farmacoterapéutica en las transiciones entre niveles asistenciales de los pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario (CSS) a los que se les realiza la prestación farmacéutica ambulatoria desde el servicio de farmacia hospitalario (SFH) del hospital de referencia

(HR), en un entorno de trabajo en el que se encuentran integradas las aplicaciones que gestionan el censo del HR y el software de gestión farmacoterapéutica de los pacientes ingresados tanto en el CSS como en el HR

MÉTODO: Estudio prospectivo de 5 meses de duración (enero-mayo 2015) en un CSS de larga estancia con 150 camas. Al ingreso en el CSS se realiza una conciliación y adaptación de los tratamientos farmacoterapéuticos domiciliarios a la guía farmacoterapéutica (GFT) de manera consensuada entre el farmacéutico hospitalario del HR y el departamento médico del CSS. Se instaura un protocolo de comunicación fluida con el servicio de informática y admisión del HR para el seguimiento y registro de las transiciones de los residentes del CSS entre los niveles asistenciales (derivaciones desde el CSS al HR o altas desde el HR). En cada transición se registra el número de medicamentos (M) prescritos en cada tratamiento. En las derivaciones al HR, todos los M prescritos son transferidos automáticamente al programa de prescripción electrónica del HR gracias al protocolo de comunicación de datos sanitarios denominado HL7 (Health Level Seven) que integra las aplicaciones del servicio de admisión y farmacia.

RESULTADOS: Se produjeron 72 ingresos nuevos en el CSS ($14,40 \pm 3,58$ ingresos/mes con un número medio de medicamentos prescritos de $9,69 \pm 3,88$). Se derivaron 69 residentes ($13,80 \pm 1,79$ por mes) desde el CSS al Servicio de Urgencias del HR con un número medio de M por paciente adaptados y conciliados según la GFT del HR de $9,88 \pm 3,8$. Se produjeron 141 movimientos de pacientes (72 nuevos ingresos en CSS + 69 derivaciones al HR) de un

total de 150 residentes insitucionalizados, lo que supone un 94 % de la capacidad del CSS. Se evitó la conciliación al ingreso por parte del facultativo médico de 682 M. 23 pacientes requirieron hospitalización en el HR con $9,88\pm 3,85$ M ya conciliados a GFT del HR. Otros 41 pacientes fueron dados de alta desde el propio servicio de urgencias del HR con $9,57\pm 3,86$ medicamentos. En todas las altas se revisó y reactivó el tratamiento incorporando las indicaciones del informe de alta (Servicio de urgencias o interna). 5 pacientes fueron exitus ($11,50\pm 4,40$) por lo que ya no fué necesario realizar conciliación al alta.

CONCLUSIÓN: El papel que desarrolla el farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria resulta clave para garantizar la actualización de los tratamientos farmacoterapéuticos en las múltiples transiciones interniveles de pacientes complejos de edad avanzada, polimedicados y pluripatológicos institucionalizados en CSS. Esta labor cobra especial importancia sobre todo en un CSS como el descrito, con un elevado número de residentes y un alto índice de rotación.

61. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Álvaro Alonso Ea, Gangoso Feroso A, Villimar Rodríguez Ai, Ariza Cardiel G, Delgado-Iribarren García-Campero A.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/ Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Describir y analizar el perfil de utilización de antibióticos en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) según su perfil de resistencias locales en una ciudad metropolitana con siete centros de salud. Secundario: comparar el perfil de utilización entre mayores y menores de 65 años acorde a las recomendaciones de las guías. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal en mayores de 14 años con algún episodio activo de NAC (CIAP R81) en la historia clínica de atención primaria durante 2014, y con al menos una dispensación de antibiótico (grupo ATC J01). Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, fecha de episodio, fecha de dispensación, principio activo, dosis, número de envases dispensados y duración del tratamiento, tomando como referencia un mes anterior y posterior a las fechas de registro del episodio. Se obtuvieron datos anonimizados a través de la aplicación informática Consutaweb®. Para el análisis estadístico se empleó el programa Epidat® 3.1. El perfil de resistencias locales a antibióticos de los cultivos, fue facilitado por el Servicio de Microbiología del hospital de referencia. **RESULTADOS:** La incidencia acumulada anual de NAC encontrada fue de 2,4 casos (IC95%: 2,1-2,7) por mil habitantes. Un 55,0% (n=187) eran varones y un 54,4% (n=185) mayores de 65 años. La penicilina presentó una resistencia del 0% (4% intermedia) en los cultivos a *Streptococcus pneumoniae* en 2014, siendo para levofloxacino un 4%, cefotaxima un 4% y para eritromicina un 16%. Se analizaron 318 pacientes con registro de episodio de NAC a los que se dispensaron 443 envases de antibióticos. De todos ellos, el 77,0% (IC95%: 72,3-81,8) recibieron un solo antibiótico, el 19,8% (IC95%: 15,3-24,4) dos antibióticos diferentes (7,9% con la combinación de betalactámicos/macrólidos) y el 2,8% (IC95%: 0,9-4,8) con tres o más. Atendiendo a las guías, el perfil de tratamiento en monoterapia (n=245) en menores de 65 años fue: amoxicilina 1,8% (IC95%: 0,21-6,19), amoxicilina/clavulánico 21,1% (IC95%: 13,1-29,0), levofloxacino 60,5% (IC95%: 51,1-69,9), cefalosporinas 4,4% (IC95%: 1,4-9,9), macrólidos 2,6% (IC95%: 0,6-7,5) y otros 9,7% (IC95%: 3,8-15,5). En mayores de 65 años destaca que no se ha utilizado la amoxicilina con un 0% (IC95%: 0,0-2,8) mientras que la amoxicilina/clavulánico un 24,4% (IC95%: 16,7-32,2), levofloxacino un 55,7% (IC95%: 46,8-64,6), cefalosporinas un 10,7% (IC95%: 5,0-16,4), macrólidos un 1,5% (IC95%: 0,2-5,4) y otros un 7,6% (IC95%: 2,7-12,6). No existiendo diferencias significativas en el uso de antibióticos según la edad. El 50,5% de las dispensaciones de levofloxacino 500mg cubrirían 14 días de tratamiento y un 47,6% para 7 días; aunque se desconoce la duración real. Para amoxicilina/clavulánico el 58,4% de las dispensaciones fue de 875/125mg para 10 días de tratamiento. En el caso de amoxicilina, los envases más prescritos fueron 750mg y 500mg para cubrir tratamiento durante 10 días en un 31,6% y 47,4% respectivamente.

CONCLUSIONES: La mayoría de los episodios de NAC se han tratado con levofloxacino con una duración de 14 días, no obstante las NAC con sospecha por neumococo podrían haberse tratado con penicilina ya que no existen prácticamente resistencias locales. El perfil de antibióticos utilizados es similar en mayores y menores de 65 años a pesar de las recomendaciones en las guías.

101. IMPACTO ECONÓMICO Y SATISFACCIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN DOSIS UNITARIAS Y LA INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: Márquez Nieves Jj, Sánchez Casanueva T, López Sánchez P, Sánchez Mora Mi, Navarro Maestre E.

Hospital General de Tomelloso. Vereda De Socuellanos, S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Cuantificar el impacto económico del cambio del suministro de medicamentos a un centro sociosanitario desde una oficina de farmacia a un Servicio de Farmacia de Hospital a través de un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias, así como la satisfacción por parte del personal del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se instaló en un centro sociosanitario con 47 plazas un acceso al módulo unidosis de Farmatools en donde se volcaron las prescripciones existentes de los residentes una vez revisadas por parte del farmacéutico y el médico de Atención Primaria. Los cambios en las prescripciones los realiza directamente este último en dicho módulo y se validan por el farmacéutico. Se revisó el botiquín de medicación del centro, tanto cualitativa como cuantitativamente y se les facilitó acceso al módulo botiquin-web para pedidos de stocks. Tras un año de funcionamiento (año 2014) del servicio se realiza un estudio observacional retrospectivo sobre el gasto en medicamentos, dietas enterales y suplementos dietéticos del centro sociosanitario, comparándolo con el PVP de los mismos. También se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de una encuesta de satisfacción anónima en papel con 10 preguntas valoradas de 1 a 5 (nada satisfecho=1, poco satisfecho=2, satisfecho=3, muy satisfecho=4, totalmente satisfecho=5) entre el personal implicando del centro sobre el servicio de farmacia y el nuevo sistema de distribución de medicamentos (1- La implantación del sistema de unidosis como sistema de dispensación de la medicación; 2- La implantación de un sistema de pedidos por botiquin-web para la medicación de stock, 3- La competencia del personal del Servicio de Farmacia, 4- Las explicaciones del Farmacéutico, 5- La accesibilidad del Farmacéutico, 6- El trato del personal del Servicio de Farmacia, 7- La ayuda del personal del Servicio de Farmacia a resolver cuestiones, 8- La agilidad del personal del Servicio de Farmacia para resolver incidencias, 9- La comprensión por parte del personal del Servicio de Farmacia de los problemas de la Residencia, 10- Satisfacción general con el Servicio de Farmacia).

RESULTADOS: El gasto durante el año 2014 por el centro sociosanitario fue de 32712 € y el gasto en PVP de los mismos en oficina de farmacia es de 47269 €, lo que supone un ahorro de 14557 € (44%) anuales y de 310 € por residente. Se recibieron 10 encuestas en las que el aspecto más valorado fue el 5, (4,86 sobre 5), seguido del 1, (4,71 sobre 5); el peor valorado fue el 2 (4,29 sobre 5), los aspectos 3, 4, 6 y 10 se valoraron con 4,57 sobre 5 y la valoración de los aspectos 7, 8 y 9 fue de 4,47 sobre 5; la puntuación global fue de 4,54.

CONCLUSIONES: La dispensación desde el Servicio de Farmacia de los medicamentos a un centro sociosanitario ha supuesto un ahorro económico del 44% en el gasto de medicamentos y la integración del Servicio de Farmacia con el centro sociosanitario es valorada con alto grado de satisfacción por el personal de este último.

1085. INDICADORES DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: Rubio Cebrian B, Martín Casasempere I, Crespo Robledo P, Garrido Peño N, San Miguel Torvisco P, Segura Bedmar M.

Hospital Universitario De Móstoles. C/Río Júcar S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar los indicadores de cobertura y de calidad del programa de conciliación llevado a cabo en pacientes ancianos ingresados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se recopilaban, desde enero a diciembre de 2014, los datos necesarios para obtener los indicadores marcados por el Documento de consenso sobre terminología, clasificación y evaluación de los programas de Conciliación de la Medicación elaborado por el grupo de Conciliación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Se seleccionaron pacientes de 75 o más años que cursaran un ingreso superior a 48 horas y que aportaran información completa y suficiente sobre la medicación crónica. Se consideró como criterio de exclusión aquellos pacientes ingresados en los servicios de Medicina Intensiva y Psiquiatría y en la Unidad de Alta Resolución. Las variables a medir fueron: número de pacientes con al menos un error de conciliación, número de medicamentos conciliados, número de discrepancias que requirieron aclaración y número de errores de conciliación (discrepancias que necesitaron ser aclaradas y que fueron corregidas por el médico). Como indicador de cobertura del programa se calculó el índice de cobertura. Para evaluar la calidad del proceso de prescripción se midieron los pacientes con error de conciliación, los medicamentos con error de conciliación y los errores de conciliación por paciente. Por último, el indicador de calidad del propio proceso de conciliación se obtuvo mediante los errores de conciliación detectados.

RESULTADOS: El número de pacientes candidatos a conciliar fue 923, de los cuales 123 fueron excluidos por no cumplir criterios, por lo que el número total de pacientes conciliados fue 800. La población conciliada se caracterizó por presentar una edad media de 84,76 años (rango: 75-103 años) y ser el 55,83% mujeres. Dado que los pacientes ingresados durante el período de estudio fueron 2.477, el grado de cobertura del programa de conciliación fue del 32,30%. Se detectaron 196 errores de conciliación, afectando a 154 pacientes conciliados. Los fármacos evaluados fueron 8.729 lo que correspondió a un promedio de 10,91 fármacos por paciente. Con estos datos se pudo calcular la calidad de la prescripción, obteniendo un 19,25% de pacientes con error de conciliación, un 2,25% de medicamentos con error de conciliación y 1,27 de errores por paciente. Como indicador de la calidad del proceso de conciliación de la medicación se obtuvo un 53,99% de errores de conciliación detectados.

CONCLUSIONES: La existencia de indicadores que nos permita medir la calidad del proceso de conciliación y de la propia prescripción, así como el grado de cobertura, resulta de gran utilidad para poder conocer la evolución de nuestro programa de conciliación, establecer comparaciones con otros hospitales y así homogeneizar resultados.

383. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN MAYORES: ¿USO O ABUSO?

AUTORES: Montero Llorente B, Muñoz García M, Pérez Menéndez-Conde C, Delgado Silveira E, Sánchez Castellano C, Bermejo Vicedo T.

Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100. Madrid. España

OBJETIVOS: - Determinar la frecuencia de prescripción no justificada de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en Atención Primaria tras su suspensión justificada durante el ingreso hospitalario.

- Analizar las posibles causas de prescripción no justificada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel.

Se seleccionaron todos los pacientes ingresados por primera vez en la Unidad de Agudos de Geriatria (UAG) desde noviembre de 2014 a febrero de 2015.

Para obtener los datos del estudio se consultó la historia farmacoterapéutica elaborada por la farmacéutica de la UAG, que incluía una entrevista personal con el paciente y/o cuidador, así como los informes de hospitalización al ingreso y al alta. Con el fin de detectar la prescripción del IBP tras el ingreso hospitalario se consultó, un mes después del alta, el tratamiento farmacológico del paciente en la aplicación informática Horus® de Atención Primaria. Se analizó la justificación de uso del IBP siguiendo las recomendaciones establecidas por la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Reumatología.

Se diseñó una hoja de recogida de datos en Excel, en la que se registraron las siguientes variables: edad, sexo, número de días de ingreso, diagnóstico principal, número de fármacos al ingreso, tratamiento con un IBP, suspensión de dicho fármaco durante la estancia hospitalaria, prescripción del mismo un mes después del alta y su justificación. El tratamiento crónico con AINEs y la presencia de patología digestiva se consideraron motivos justificados de prescripción; por el contrario, el tratamiento con antiagregantes, anticoagulantes, corticoides y paracetamol, así como el hecho de ser un paciente polimedcado, fueron consideradas causas no justificadas.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio ingresaron en la UAG 184 pacientes (66% de mujeres), con una edad media de 92,4 años y una estancia media en el hospital de 8,6 días. El diagnóstico principal fue la insuficiencia respiratoria (57,6%), seguido de la insuficiencia cardíaca congestiva descompensada (13,6%) y las infecciones del tracto urinario (11,4%).

Al ingreso, el tratamiento crónico incluía un IBP en 116 pacientes (63%), siendo 7 el número medio de fármacos prescrito. El omeprazol y el pantoprazol fueron los más comúnmente empleados (87,9% y 8,6% respectivamente). Durante la estancia hospitalaria se suspendió el IBP en 40 pacientes (34,5%), y de ellos, en 31 (77,5%) se prescribió por el facultativo de Atención Primaria un mes después del alta. Tras el análisis, 24 de las 31 prescripciones (77,5%) se consideraron no justificadas, destacando el tratamiento con antiagregantes (43,3%) y paracetamol (37,3%) como causas principales del uso no justificado.

CONCLUSIONES: - Un elevado porcentaje de los tratamientos con IBP suspendidos durante el ingreso hospitalario fueron prescritos de forma no justificada por el médico de Atención Primaria.

- El principal motivo de prescripción no justificada del IBP fue el tratamiento con antiagregantes.

- Los resultados del estudio ponen en evidencia la necesidad de una mayor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, que permita adecuar el tratamiento farmacológico de los pacientes.

682. PERCEPCIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Martínez Benavides J, Cortell Fuster C, Moya Gil A, Ventura Cerdá Jm, Porta Oltra B, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la percepción sobre la continuidad asistencial entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tipo de estudio: Prospectivo y descriptivo.

Muestreo y duración: Se incluyeron 250 pacientes atendidos en 3 meses (marzo-mayo 2015) en la UFPE, los 50 primeros de cada uno de los 5 servicios clínicos: Medicina Digestiva, Medicina Interna-Infeciosas, Nefrología, Neurología y Oncología/Hematología.

VALORACIÓN: Se evaluó la percepción de la continuidad asistencial mediante un cuestionario anónimo integrado por 8 preguntas cerradas multi-respuesta tipo likert con respuestas de ponderación arbitraria y asignación de categorías (1-siempre; 2-muchas veces; 3-pocas veces; 4-nunca; 5-no procede; 6-no sabe/no contesta), 7 preguntas formaban parte del cuestionario CCAENA© validado por el Consorci de Salut i Social de Catalunya y cofinanciado por el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Ciencia e Innovación. Los criterios de valoración fueron: transferencia de información, comunicación interprofesional y coordinación. Se valoró al equipo de AP (médico y enfermería del

ambulatorio (MAP y EAP) y farmacéutico comunitario (FC)) y al equipo de AE (médico y enfermería de especializada (MAE y EAE) y farmacéutico hospitalario (FH)).

RESULTADOS: Todos los pacientes participaron en el estudio. En cuanto a la transferencia de información: el 57%(n=140) de los pacientes consideraron que los profesionales que les atienden conocían su historial clínico previo (tasa de respuesta (TR)=98%) y el 66%(n=158) conocían su enfermedad y tratamiento actual (TR=96%). El 31%(n=76) de los profesionales de AP desconocían el tratamiento prescrito en AE (TR=98%) y sólo 8 pacientes indicaron que todos los profesionales de AP lo conocían (TR=80%). Por otro lado, el 20% (n=49) de los profesionales de AE no conocían sus comorbilidades y tratamiento ambulatorio (TR=98%), mientras que 19 pacientes consideraron que todos los profesionales de AE (TR=72%) estaban informados. El 86% (n=212) de los pacientes disponía una de una lista con el tratamiento actualizado (TR=98%), y al 82%(n=198) le preguntaban por ella (TR=96%). En cuanto a la comunicación interprofesional, únicamente el 34%(n=84) de los pacientes indicaron que siempre perciben comunicación entre los profesionales sanitarios (TR=98%), siendo los profesionales de AE mejor valorados que los de AP (65%(n=194) vs 35%(n=106)), según por profesional: 46% (n=139) MAE vs 25% (n=74) MAP, 12%(n=35) FH vs 6% (n=19) FC 7% (n=20) y EAE vs 4% (n=13) EAP.

En cuanto a la coordinación entre AP y AE, únicamente el 39% (n=97) indicó que siempre estaban coordinados, aunque al 95% (n=232) de los pacientes les parecería adecuada la coordinación para el manejo de su atención sanitaria (TR=98%).

CONCLUSIONES: Los pacientes atendidos en la UFPE perciben una mejorable continuidad asistencial, con deficiencias en la transferencia de información sobre la historia clínica previa, la enfermedad actual y el tratamiento farmacoterapéutico actualizado. También detectan deficiencias en la comunicación interprofesional y falta de coordinación entre niveles asistenciales. Los pacientes consideran a los profesionales de Atención Especializada están mejor informados y se comunican mejor, siendo el equipo médico el mejor valorado, seguido del farmacéutico y enfermería.

815. PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

AUTORES: Buló Concellón R, Domínguez López M, García Martín F, Huertas Fernández Mj, Rodríguez Mateos Me, Domínguez Cantero M.

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Avda. Ana De Viya, 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: En junio de 2009 la Agencia Española de Medicamentos publicó nota informativa sobre posible interacción de clopidogrel con inhibidores de bomba de protones (IBP), desaconsejando uso conjunto. En abril de 2010 restringió la recomendación a omeprazol y esomeprazol, sin descartar la interacción para el resto y sin existir ensayos clínicos controlados para evaluar incremento de morbi-mortalidad relacionado. Atendiendo a criterios de eficiencia, omeprazol es considerado el IBP de elección. El objetivo es determinar el impacto de las notas en los hábitos de prescripción de la unidad de Cardiología y analizar si el uso de IBP diferentes a omeprazol está justificado por existencia de interacción, así como, describir la distribución de la prescripción y evaluar el impacto económico del cambio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para determinar el impacto de las notas se observó la evolución del porcentaje de Dosis Diarias Definidas (DDD) de omeprazol prescritas frente al resto de IBP en el periodo comprendido desde los cinco años previos a la primera nota hasta cinco años después de la segunda. Para analizar la distribución de la prescripción y su justificación se seleccionaron todos los pacientes atendidos por Cardiología a los que se les prescribieron IBP en receta externa, desde octubre-2014 hasta marzo-2015. Los datos se obtuvieron de la aplicación corporativa MicroStrategy9 y se explotaron mediante hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS: La evolución del %DDD omeprazol/DDD IBP desde junio-2004 hasta marzo-2015 pasó del 72,06% al 45,09% con 49,18% en junio-2009 (nota1) y 29,91% en abril-2010 (nota2), media del periodo hasta nota1: 87,37% (máximo ene-07: 98,45%, mínimo may-09: 60,23%); media periodo entre notas: 39,03% (máximo nov-09: 54,55%, mínimo feb-10: 17,24%); media desde nota2 hasta marzo-2015: 35,70% (máximo may-12: 56,62%, mínimo mar-14: 26,20%). Justificación de IBP prescritos: Se seleccionaron 525 pacientes con una edad media de 66,48 años (61,71% varones (324) y 38,28% mujeres (201)). El 65,33% (343) recibieron un IBP diferente a omeprazol, de estos el 55,10% (189) no tomaban clopidogrel concomitantemente y entre los que tomaban omeprazol, el 13,61% (26) recibían clopidogrel. Distribución de IBP: 48.748 DDD totales (20.816,74 euros): 30.310 pantoprazol (62,18%), 337 pacientes (64,19% del total y 98,25% de los que tomaban IBP diferente a omeprazol), 18.922,10euros (90,90%); 17.864 omeprazol (36,64%), 191 pacientes (36,38%), 1469,52euros (7,06%); 308 rabeprazol (0,63%), 2 pacientes (0,38%), 268,07euros (1,29%); 210 lansoprazol (43,08%), 4 pacientes (0,76%), 119,4euros (0,57%); 56 esomeprazol (0,11%), 2 pacientes (0,38%), 37,65euros (0,18%). 9 pacientes cambiaron de pantoprazol a omeprazol o viceversa. El incremento del gasto por usar un IBP diferente a omeprazol fue 16.800 euros, 8.420 (50,12%) no estaban justificados por interacción.

CONCLUSIONES: Las notas modificaron los hábitos de prescripción en Cardiología, desplazándose la prescripción de omeprazol hacia otros IBP. La prescripción de IBP diferentes a omeprazol no está justificada por la interacción con clopidogrel en más de la mitad de los casos y hay pacientes que toman clopidogrel y omeprazol concomitantemente, lo que indica que la interacción no determina la elección del IBP. El IBP mayoritariamente empleado es pantoprazol. La elección de IBP diferentes a omeprazol supone un incremento del gasto.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

104. ANTIBIOTICOTERAPIA INHALADA EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: Martín Siguero A, Perez Serrano R, Franco Sereno Mt, Fernández Marchante Ai, Alañón Pardo Mdm, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. C/ Obispo Rafael Torija S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización de antibióticos por vía inhalatoria (AVI) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y evaluar su efectividad medida como resolución microbiológica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCI (21 camas) que tenían algún AVI prescrito durante el año 2014. Las fuentes de información utilizadas fueron el programa de prescripción electrónica APD-Prisma®, la base de datos de análisis clínicos Siglo web® y la historia clínica informatizada Mambrino®. Las variables analizadas fueron demográficas, AVI prescrito y su posología, indicación, tipo de infección, presencia de ventilación mecánica (VM), días de tratamiento y de estancia en UCI, antibióticos por vía intravenosa (i.v.) asociados, microorganismo aislado y resolución microbiológica, definida por la negativización de muestras respiratorias en, al menos, dos cultivos consecutivos.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, un total de 32 pacientes fueron tratados con AVI, con una media de edad de $60,5 \pm 16,8$ años, el 72% eran hombres. Los AVI prescritos fueron colistimetato de sodio (CMS) (81%) y tobramicina (TB) (19%). Las posologías de CMS empleadas fueron 1 MU/8 horas (61%), 2 MU/8 horas (27%), 2 MU/12 horas (8%) y 1 MU/12 horas (4%) mientras que las de TB fueron 300 mg/12 horas (83%) y 300 mg/8 horas (17%). En el 62% de los casos se instauró un tratamiento empírico ya que no existía un antibiograma previo a la prescripción del antibiótico. Un 50% de los pacientes fue diagnosticado de neumonía, un 44% de traqueobronquitis y un 6% de atelectasia. El 62% de los pacientes estaban con VM. La duración media de tratamiento fue de $6,8 \pm 4,5$ días y la estancia en UCI de $43,9 \pm 28,4$ días. Todos los pacientes tenían antibióticos por vía i.v. asociados, siendo los mayoritarios: CMS (47%), piperacilina/tazobactam (22%) y meropenem (13%). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Acinetobacter baumannii* (n=14) con un 57% multirresistente, *Pseudomonas aeruginosa* (n=8) con un 25% multirresistente y *Klebsiella pneumoniae* (n=3). Se consiguió efectividad en 22 de 26 pacientes (85%). La resolución microbiológica no pudo objetivarse en seis pacientes por no disponer de cultivos posteriores al inicio de AVI.

CONCLUSIONES: El CMS fue el antibiótico más utilizado por vía inhalatoria en la UCI, con una amplia variabilidad posológica que nos sugiere una protocolización de uso como acción de mejora. La administración de AVI, junto con antibioticoterapia i.v., permitió obtener una elevada tasa de efectividad medida como resolución microbiológica en pacientes críticos con infecciones respiratorias, asociadas mayoritariamente a VM y causadas frecuentemente por bacilos Gram negativos multirresistentes.

938. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE AJUSTE DE DOSIFICACIÓN EN INSUFICIENCIA RENAL DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

AUTORES: Arévalo Bernabé Ag, Larrosa Escartín Mn, Montoro Ronsano B.

Hospital Universitari Vall D'Hebron. Passeig Vall D'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVOS: El ajuste de la pauta de dosificación de antiinfecciosos en enfermedad renal es esencial en la práctica clínica, con objeto de garantizar la efectividad del tratamiento, y minimizar el riesgo de toxicidad. La infección grave por *Pseudomonas aeruginosa* es muy común en pacientes hospitalizados y/o inmunodeprimidos y su relevancia clínica se deriva de las complicaciones que puede producir. Por esta razón, se plantea evaluar la dosificación establecida en ficha técnica para el agente antipseudomónico piperacilina/tazobactam en distintos estratos de enfermedad renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una modelización farmacocinética para piperacilina/tazobactam, fijando como objetivo del modelo FCinético/FDinámico un mínimo del 60% del tiempo por encima de una concentración mínima inhibitoria de 16 mg/l. Los valores de los parámetros poblacionales farmacocinéticos, Cl y Vd, se ajustan según la literatura, por la Tasa de Filtración Glomerular, calculada mediante la ecuación CKD-EPI, considerando como condición inicial un paciente tipo de 1,73 m², y como puntos críticos del análisis: función renal normal (90 ml/min) y 20, 30 y 40 ml/min. Las pautas de dosificación evaluadas proceden de la ficha técnica, así como variantes de interés.

Cada grupo poblacional incluye 20 sujetos generados al azar. La modelización matemática se realiza mediante el programa WinNonlin 2.1.

RESULTADOS: Según el modelo, la pauta posológica estándar de 4g/0,5g de piperacilina /tazobactam cada 6 horas, en función renal normal, para infecciones graves, ofrece un tiempo de cobertura medio del 63% del intervalo terapéutico, y el 65% de los sujetos alcanza el objetivo de un 60% de cobertura mínima. Para filtrados de 40 ml/min, tanto la pauta de 2g/0,25g cada 6 h como la de 4g/0,5g cada 8 h, garantizan tiempos de cobertura medios adecuados, un 78,3% y un 77,5%, respectivamente, con el 85% de la población alcanzando la cobertura mínima. Además, las mismas pautas alcanzan el 86,7% y el 86,3% del tiempo de cobertura, con >90% de los individuos alcanzando un mínimo del 60% de cobertura, cuando la tasa de excreción se sitúa en 30 ml/min. En este grupo, incluso el régimen de 2g/0,25g cada 8 horas permitiría obtener una cobertura media del 65% del tiempo, con el 65% de los sujetos alcanzando el mínimo de cobertura. Por último, en sujetos con filtrado de 20 ml/min, tanto 2g/0,25g cada 8 horas como 4g/0,5g cada 12 h proporcionan resultados satisfactorios, el 75% y el 66,7% del tiempo medio por encima de la concentración mínima inhibitoria, con un 75% y 70% de los sujetos alcanzando el objetivo mínimo fijado, respectivamente.

CONCLUSIONES: La evaluación de la dosificación por ficha técnica del fármaco piperacilina/tazobactam en pacientes con insuficiencia renal indica que, en cualquiera de las pautas recomendadas ->40 ml/min, no ajustar dosis, entre 20 y 40 ml/min, dosis máxima de 4g/0.5g cada 8 h y en filtrados.

259. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RECOMENDACIONES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEROPENEM

AUTORES: Bardan García B, García Rodríguez Jf, Granero López M, Peña Rodríguez Mf, Koprivnik - S, Rodríguez Penín I.

Hospital Arquitecto Marcide. Xerencia De Xestión Integrada De Ferrol. Avda. De La Residencia S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: La creación en Noviembre de 2014 de un Programa para la Optimización del uso de Antimicrobianos permitió establecer líneas de actuación para mejorar el uso de los mismos, entre ellos el meropenem, mediante recomendaciones en el momento de su prescripción. El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de la puesta en marcha de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo (15/01/15-31/05/15) del impacto de las intervenciones sobre la prescripción de meropenem en un hospital de segundo nivel. Mediante un aplicativo informático se seleccionaron diariamente los pacientes a tratamiento con meropenem en aquellas unidades con sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria. Se revisó la información clínica y microbiológica y se realizaron recomendaciones respecto al tratamiento antibiótico, en base a las guías del hospital, bien en la historia clínica electrónica, o verbalmente con el prescriptor. La repercusión sobre el consumo de antibióticos se realizó comparando las DDD/100 estancias/día durante el primer trimestre del año 2014 y 2015, y sobre el coste en base a la diferencia de PVL entre el meropenem y el antimicrobiano propuesto cuando éste fue aceptado. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.

RESULTADOS: Iniciaron tratamiento con meropenem 97 pacientes, 34 se consideraron correctos (35%), realizándose recomendaciones en 63 pacientes. Edad media 68 años, 42 hombres. Principales localizaciones de la infección: urinaria, 19 pacientes (30,16%); respiratoria, 13 (20,6%); intraabdominal, 11 (17,5%); catéter intravascular, 4 (6,3%); herida quirúrgica, 2 (3,2%); pancreatitis severa, 2 (3,2%). Origen de la infección: nosocomial (26 pacientes, 41,3%), asociada a cuidados sociosanitarios (23, 36,5%) y extrahospitalaria (14, 22,2%). No se pidió cultivo a 14 pacientes (22,2%). En 11 pacientes se confirmó bacteriemia asociada a la infección. En el momento de la recomendación 38 pacientes (60,3%) no disponían de resultados de antibiograma. Las recomendaciones propuestas fueron por: elección incorrecta, 58 (92,1%); no evidencia de infección, 3 (4,8%); duración excesiva, 1; dosis incorrecta, 1. Se aceptaron 50 recomendaciones (79,4%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos con meropenem y los modificados ni en cuanto a evolución clínica (curación, muerte por infección y muerte por otras causas) ni en los efectos adversos (incluyendo diarrea por *Clostridium difficile*, candidemia, flebitis y bacteriemia por catéter). Tampoco hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a edad (67,86+-17,2 vs 72,31+-8,3). Sí hubo diferencias estadísticamente significativas en los días de estancia hospitalaria post intervención (10,2+-9,99 vs 17,5+-11,9; p<0,05). El ahorro estimado fue de 3239,73 € (coste medio real de los tratamientos: 80,2+-122,3 vs 131,4+-87,1; en 6 casos se produjo aumento del coste). DDD/ 100 estancias día de meropenem en el primer trimestre de 2014 y de 2015: 21,15 y 11,01 respectivamente.

CONCLUSIONES: El establecimiento de recomendaciones personales de ayuda a la prescripción disminuyó la estancia hospitalaria y redujo los costes sin disminución de la eficacia clínica ni incremento de efectos adversos (terapia antimicrobiana coste-efectiva).

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de potenciar esta línea de actuación con intervenciones educativas.

378. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN Y USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN ÁREA CLÍNICA MÉDICA.

AUTORES: Ruiz Ramos J, Salavert Lleti M, Gonzalez Barbera Em, Romá Sánchez E, Perez Huertas P, Poveda Andres JI. Hospital Universitario La Fe. Av. Fernando Abril Martorell N°106, 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: El aumento de resistencias bacterianas constituye un grave problema sanitario, habiéndose relacionado con un aumento en la utilización de antimicrobianos. Los PROA, basados en la colaboración de un equipo multidisciplinar, han demostrado ser una herramienta efectiva para optimizar su uso. El propósito del presente trabajo es exponer la experiencia inicial de un PROA en un Área Clínica Médica (ACM).

MATERIAL Y MÉTODOS: El núcleo del equipo PROA lo constituyeron un farmacéutico y un médico de enfermedades infecciosas, en colaboración con el servicio de microbiología, refrendados por la dirección del área. El ACM está constituida por el servicio de Medicina Interna, una Unidad de Corta Estancia y la Unidad de Enfermedades Infecciosas. La selección de pacientes en revisión, incluyendo una valoración en las primeras 48 horas y tras obtener el resultado microbiológico, se realizó en base a la prescripción de los siguientes antimicrobianos: linezolid, carbapenemas, colistina, tigeciclina, daptomicina, fidaxomicina o antifúngicos. En aquellas prescripciones con incidencias, se realizó una entrevista directa del equipo PROA con el prescriptor. Para monitorizar el funcionamiento del programa se diseñaron indicadores de consumo, eficacia y seguridad, actividad del programa y aislamientos de especies multi-resistentes. La implantación del programa se inició con su presentación a los facultativos del área.

RESULTADOS: Tras ocho meses de implantación (Septiembre 2014-Abril 2015), 159 episodios infecciosos de 140 pacientes [Edad media=71,7 (SD=18,6) años] fueron evaluados en 67 reuniones. Un total de 92 modificaciones de tratamiento fueron consensuadas con los prescriptores incluyeron sustitución de antimicrobiano (35,6%), suspensión de antimicrobianos (30,8%), ajuste de dosis (10,6%), paso a vía oral (11,5%), añadir un nuevo antimicrobiano (7,7%) y monitorización farmacocinética (3,8%). Los procesos infecciosos con un mayor número de intervenciones incluyeron infecciones urinarias (26,5%), infección respiratoria (21,8%), sepsis (16,6%) e infecciones de piel y tejidos blandos (15,9%). El 92,9% de las recomendaciones sugeridas fueron aceptadas.

El consumo de antimicrobianos controlados durante el periodo de estudio se redujo de 16,5 a 13,0 DDD/100-estancias respecto al mismo periodo del año anterior. La reducción más importante correspondió al grupo de antifúngicos (-48,3%), daptomicina (-31,6%) y carbapenemas (-14,5%). La duración de tratamiento de los antimicrobianos revisados se redujo durante el periodo de intervención, aunque no se alcanzó diferencia significativa respecto al periodo comparativo [Media(IC95%): 6,06(5,32-6,80) vs 5,90(4,94-7,04) días; p=0,901 (t-student)]. El gasto global de antimicrobianos en el área se redujo en 13.094€. No se observaron cambios significativos en la duración de la estancia media (9,28(SD:3,21) vs 8,54(0,44); p=0,320) ni en el porcentaje de reingresos a las 72 horas (1,82% vs 2,20%; p=0,237; Ji-Cuadrado). Tampoco se observaron cambios en la incidencia de infección nosocomial por *Clostridium difficile* entre ambos periodos (2013; n=5; 2014; n=5).

CONCLUSIONES: La implantación de un PROA en un ACM de composición asistencial heterogénea puede reducir significativamente el uso de antimicrobianos en un horizonte temporal breve. El apoyo institucional constituye un elemento clave en su puesta en marcha y desarrollo.

425. OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: SEGUIMIENTO DE LA DURACIÓN

AUTORES: De Temple Pla M, Pi Sala N, Delgado Ferre D, Jaume Gaya M, Garcia Segarra G, Pons Busom M. Quironsalud Hospital Sagrat Cor Universitari. Viladomat 288. Barcelona. España

OBJETIVOS: -Diseñar un programa de seguimiento de la duración del tratamiento antibiótico para optimizar su utilización.

-Comparar el sistema actual integrado en la prescripción electrónica (PE) con el anterior.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo longitudinal realizado en un hospital universitario en dos periodos de 4 meses(2012 y 2015).

En 2012, las órdenes médicas(OM) eran transcritas por el farmacéutico en un programa que permitía elaborar un listado con las prescripciones activas de los antibióticos que superaban 7 días de tratamiento. Se mandaba una notificación impresa para que confirmaran el tratamiento. A las 48h se valoraba la respuesta (se consideraba positiva cuando se finalizaba o se justificaba su continuación).

En 2015, se hizo el mismo estudio pero realizando notificaciones en la PE; el acceso a la historia clínica electrónica permitía además complementar el diagnóstico. La Comisión de Infecciones asignó una duración determinada a los diagnósticos más frecuentes, según guías MENSAs y Standford 2014. Las notificaciones se realizaban solamente cuando se sobrepasaba la duración recomendada por la Comisión.

Los datos se analizaron con el programa estadístico STATA_13.0.

Se hizo un estudio descriptivo de las variables registradas en 2015: duración tratamiento, antibiótico, diagnóstico, servicio prescriptor, notificación y tipo respuesta y motivo finalización. Además se hizo un estudio comparativo entre 2012 y 2015: variables cualitativas(Ji-cuadrado) y cuantitativas(t-Student).

RESULTADOS: En 2015 se revisaron 605 tratamientos antibióticos con duración media de 11,45 (SD=0,174)días. Los más prevalentes fueron ceftriaxona(27%) y levofloxacino(13%). Los diagnósticos más comunes fueron bronquitis aguda(30%) y neumonía adquirida comunidad(14%). El servicio con más prescripciones fue Medicina Interna(MI) (51%).

De las 103 notificaciones, 80 fueron positivas (77,5% finalizó tratamiento y 22,5% justificó continuación). El servicio con más notificaciones fue MI(49,5%). Los tratamientos finalizaron principalmente por suspensión(51%) y alta hospitalaria(37,4%).

El estudio comparativo mostró que la duración del tratamiento en 2015 era 3,84días (IC95%=2,61-5,07) superior a 2012(t-Student=6,14;p<0,001). El uso de penicilinas(21 al 29%) y quinolonas(9 al 22%) aumentó en detrimento de lipopéptidos(17 al 3%) y glicopéptidos(7 al 3%)(Ji-cuadrado=23,8;p=0,001). Las notificaciones a cirugía(83 al 17%) y digestivo(89 al 11%) disminuyeron y las de neumología(19 al 81%) y MI(46 al 54%) aumentaron(Ji-cuadrado=55,6;p<0,001). El porcentaje de respuesta positiva pasó del 83,3% al 77,7%, y las justificaciones de continuidad de tratamiento del 59,4% al 17,5%(Ji-cuadrado=48,9;p<0,001).

CONCLUSIONES: En 2015 se han registrado menos notificaciones que en 2012, en parte por haber adecuado las duraciones a los diagnósticos y notificar sólo cuando se superan las recomendaciones acordadas.

La duración media del tratamiento antibiótico ha aumentado entre ambos periodos. Se podría justificar por el sesgo que supone la transcripción de la OM manual respecto a la PE o porque el tipo de infecciones podrían ser diferentes. En 2015 se obtuvo respuesta en más del 70% de las notificaciones y de éstas se paró el tratamiento en casi el 80%. Sin embargo, el porcentaje de respuesta y el total de justificaciones es inferior a 2012: es posible que el sistema de comunicación farmacéutico-médico actual sea menos efectivo que el anterior por desconocimiento del programa. Se realizarán sesiones formativas a los servicios para mejorar su uso.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

563. ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

AUTORES: Salvador Garrido P, Pedreira Vazquez Mi, Porta Sanchez A, Martin Herranz I.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Eculizumab es un anticuerpo monoclonal indicado en el tratamiento del Síndrome Hemolítico Urémico Atípico(SHUA).

OBJETIVOS: 1)Presentar nuestra experiencia con eculizumab en pacientes con SHUA; 2)Describir estrategias de optimización farmacoterapéutica implantadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, 100% pacientes adultos con SHUA tratados con eculizumab. Protocolo tratamiento: Fase inicial(4 semanas): 900 mg/semana; Fase mantenimiento:1.200 mg la quinta semana y después cada 14±2 días. Variables clínicas para monitorización: 1)Eficacia: función renal(creatinina), función hematológica(plaquetas) y parámetros indicativos de hemólisis(lactato deshidrogenasa-LDH- y haptoglobina). 2)Seguridad: reacciones adversas.

RESULTADOS: Se incluyen 4 pacientes activos.

Paciente#1: Mujer de 34 años con cuadro sugestivo de SHUA que recibió terapia plasmática. Tras persistencia de insuficiencia renal y hemólisis se comenzó con eculizumab. Ha recibido 48 dosis. Después de 6 dosis, su buena respuesta renal, junto con la normalización del resto de variables clínicas permitió su optimización farmacoterapéutica (alargamiento del intervalo posológico y reducción de dosis:900 mg/21 días). Durante su tratamiento, con la dosis establecida y optimizada, se mantiene su estabilidad clínica: creatinina:1,65±0,12 vs 1,07±0,08mg/dL, plaquetas:272,00±15,56 vs 318,68±37,21.109/L, LDH:375,00±63,54 vs 318,68±37,21UI/L y haptoglobina:69,25±46,31 vs 140,43±17,50mg/dL.

Paciente#2: Hombre de 50 años con sospecha de brote compatible con SHUA, que requirió hemodiálisis y terapia plasmática que fue suspendida por afectación neurológica. Se inició eculizumab y ha recibido 55 dosis. Su administración inicial permitió mejora renal, suspendiendo hemodiálisis, y recuperación neurológica. A partir de 24 dosis, su estabilidad clínica determinó su optimización (alargamiento del intervalo:21 días) manteniéndose la respuesta obtenida con ambas dosis (establecida/optimizada): creatinina:3,65±0,47 vs 4,71±0,42mg/dL, plaquetas: 233,78±67,26

vs 205,33±39,09.109/L, LDH:413,28±32,53 vs 427,00±39,70UI/L y haptoglobina:83,99±14,69 vs 58,08±40,29mg/dL. Tras 42 dosis presentó hemólisis, cambiando su administración a cada 14 días (creatinina: 5,73±0,62mg/dL, LDH: 528,55±72,35UI/L, haptoglobina: 17,26±13,48mg/dL y plaquetas 207,55±35,01. 109/L).

Paciente#3: Hombre de 73 años, con sospecha de SHUa que requirió hemodiálisis y terapia plasmática. Por persistencia de anuria y reacción al plasma, se inició ecuzimab. Ha recibido 23 dosis. Después de fase inicial, la mejora renal determinó suspensión de hemodiálisis. Tras 7 dosis, su estabilización renal, junto con normalización del resto de variables, permitió su optimización (alargamiento del intervalo:21 días). Durante su tratamiento, con ambas dosis, se mantuvo estabilidad clínica: creatinina:1,30±0,10 vs 1,06±0,09mg/dL, plaquetas:308,00±17,35 vs 304,58±35,53.109/L, LDH:329,67±48,75 vs 428,83±58,07UI/L y haptoglobina:233,67±65,07 vs 185,38 ±42,40mg/dL

Paciente#4: Hombre de 45 años con SHUa recurrente que inicia ecuzimab. Ha recibido 7 dosis. Presenta mejoría clínica:creatinina (1,17±0,10mg/dL) y normalización de plaquetas (207,00±13,08.109/L), LDH (298,67±21,50UI/L) y haptoglobina (106,00±26,85mg/dL).

Está siendo bien tolerado, aunque paciente#1 precisa paracetamol-IV como premedicación por episodios de cefalea intensa post-administración.

CONCLUSIONES: Ecuzimab en SHUa ha mostrado una mejora renal significativa, evitando progresión a técnicas de diálisis, buena respuesta hematológica y mejora de hemólisis intravascular, así como buena tolerabilidad. La optimización farmacoterapéutica se ha realizado según variables clínicas utilizadas para monitorizar la respuesta terapéutica, al reflejar aspectos derivados del propio proceso patológico, tras una adecuada y mantenida respuesta clínica, garantizando el resultado terapéutico.

El servicio de farmacia debe implicarse activamente en buscar e implantar estrategias para personalizar los tratamientos farmacoterapéuticos, especialmente con medicamentos de alto impacto económico y sanitario.

865. EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Burgui Alcaide C, Echeverría Gorriti A, Pellejero Jimenez R, Irigoyen Rodriguez I, Idoate García A, Ortega Eslava A.

Clinica Universidad De Navarra. Avda Pio XII 36. Navarra. España

OBJETIVO: Estudiar el uso, efectividad y efectos adversos del tratamiento con pirfenidona en pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los 15 pacientes en tratamiento con pirfenidona como uso compasivo en un hospital universitario. Pirfenidona se aprobó en España en 2011 para la FPI leve-moderada comercializándose en 2015. Variables recogidas: edad, sexo, tipo de FPI, tratamientos previos, y pauta, efectos adversos y efectividad de la pirfenidona. La efectividad fue evaluada como el cambio en la prueba de los 6 minutos de la marcha (6MWT), la capacidad vital forzada (CVF) y/o la capacidad de transferencia pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), antes y durante o después del tratamiento con pirfenidona.

RESULTADOS: Un 33% de los pacientes presentaban FPI leve-moderada, un 40% grave y el resto no pudieron ser clasificados.

El 66% eran varones, la mediana (rango) de edad fue de 75 años (64-84). El 40 % eran exfumadores, el 33 % no fumadores, el 6,7% fumadores pasivos y del resto se desconoce esta información. El 93% había recibido tratamiento previo para la FPI, el más frecuente N-acetilcisteína 600 mg/8h con corticoides. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio de la pirfenidona fue de 2 años. La dosis inicial de pirfenidona coincide con la descrita en ficha técnica: 801 mg cada 8 horas.

Un 73% presentó efectos adversos, los más frecuentes: dispepsia (27%), disnea (27%), falta de apetito (27%) y náuseas (20%). Cuatro pacientes requirieron disminución de dosis, de éstos 2 suspendieron después el tratamiento, uno por dispepsia y otro por disnea. En otro paciente adicional se suspendió la pirfenidona por náuseas.

Se disponía de pruebas de efectividad de 7 pacientes. Cinco mejoraron en las pruebas: uno mejoró en las tres (6MWT, DLCO y CVF); otro en DLCO y CVF (sin empeoramiento en 6MWT); dos mejoraron en 6MWT (uno con CVF constante y empeoramiento en DLCO, del otro no hay datos de otras pruebas); y otro mejoró en CVF, manteniendo DLCO y empeorando en 6MWT. Un paciente mantuvo CVF estable y otro empeoró.

Se perdió el seguimiento de duración del tratamiento de 2 pacientes tras 2 y 6 meses. De los 13 restantes, la mediana de duración del tratamiento fue de 8 meses, 2 continúan en tratamiento tras 37 y 46 meses. Con el coste actual de pirfenidona (a PVP) se estima una mediana de coste en estos 13 pacientes de 21.924€ por paciente.

En cuanto a la supervivencia, se ha perdido el seguimiento de 4 pacientes, 9 pacientes han fallecido, con una media (rango) de supervivencia de 17 (1-44) meses y 2 continúan en tratamiento.

CONCLUSIÓN: La posología de pirfenidona utilizada al inicio de la terapia fue la descrita en ficha técnica. Se dispone de pruebas respiratorias para evaluar la efectividad del 47% de los pacientes, mostrando la mayoría mejoras en és-

tas. El 73 % tuvo efectos adversos que requirieron en 2 pacientes, de los 15, disminuir la dosis, en uno suspender el tratamiento y en 2 ambas medidas.

117. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR GRAVE: MÁS DE 10 AÑOS

AUTORES: Ibarrola Izquierdo I, Alonso Diez M, Alvarez Lavin M, Pardo Santos Nm, Perez España Z, Yurrebaso Ibarreche Mj.

Hospital Universitario Basurto. Avda. De Montevideo, 18. Vizcaya. España

OBJETIVO: En los últimos años se han producido importantes avances en la atención clínica de la hipertensión pulmonar (HP), especialmente en el tratamiento, que han dado lugar a una mejoría significativa en las expectativas de supervivencia de los pacientes con las formas más graves de la enfermedad. El objetivo del presente estudio fue caracterizar a la población en tratamiento con fármacos específicos para la HP atendida en un hospital terciario y analizar la evolución del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que recibieron fármacos para la HP entre 2004 y 2015. Criterios de exclusión: indicación diferente a HP, seguimiento en otro hospital, tratamiento inferior a seis meses.

Se agruparon los pacientes según la clasificación de Dana Point 2008. Se determinó el fármaco inicial, tiempo hasta el cambio y/o adición, segundas y terceras opciones utilizadas y reacciones adversas (RA).

Todos los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Global Clinic) y del programa de dispensación a pacientes externos (Farhos®).

RESULTADOS: Se identificaron 49 pacientes, de los que 16 se excluyeron. De los 33 pacientes incluidos (edad media 57,6 años (22-85), 54,6% mujeres), 19 pertenecían al servicio de Respiratorio, 12 Cardiología, 1 Medicina Interna y 1 Pediatría.

La distribución por diagnóstico fue: 19 pacientes grupo 1 (Hipertensión arterial pulmonar: 7 asociada a enfermedades del tejido conectivo, 4 asociada a infección por el VIH y 7 asociada a enfermedad cardíaca congénita); 6 pacientes grupo 2 (HP causada por cardiopatía izquierda); 5 pacientes grupo 4 (HP tromboembólica crónica); 3 pacientes grupo 5 (HP con mecanismos poco claros o multifactoriales).

Los fármacos más usados como primera opción fueron bosentan (60,6%) y sildenafil (27,3%). Ambrisentan solo en 2 ocasiones, iloprost y sitaxentán en 1.

El 68,4% de los pacientes del servicio de respiratorio iniciaron tratamiento con bosentan, mientras que el 58,3% de los seguidos por cardiología con sildenafil.

Desde el inicio del tratamiento, 15 pacientes no han sufrido modificaciones (duración media tratamiento 41,8 meses). 18 pacientes (54,6%) sufrieron modificaciones tras una media de 19,4 meses (adición segundo fármaco 11, cambio 7). El fármaco más usado como segunda opción tanto en cambio como en asociación fue sildenafil.

De los 20 pacientes que iniciaron con bosentan, 7 no sufrieron modificaciones, con una duración media de tratamiento de 53,3 meses. En los 13 restantes, la modificación se realizó al cabo de 24,6 meses.

Ocho pacientes recibieron por lo menos una tercera línea de tratamiento (3-7 cambios).

13 pacientes tuvieron RA atribuidas a los fármacos. El fármaco que más frecuentemente las produjo fue bosentan: hepáticas (10), edemas (3) dermatológicas (2), gastrointestinales (1), malestar general o cefaleas (2), anemia (1). También se detectaron RA por ambrisentan: edemas (2 pacientes) y por sildenafil: anemia (1) y dermatológicas (1).

CONCLUSIONES: La mayoría de nuestros pacientes pertenecían al grupo 1 (Hipertensión arterial pulmonar).

Bosentan fue el fármaco más usado como primera opción, especialmente en los pacientes a cargo del servicio de respiratorio.

Bosentan resultó la opción más persistente a pesar de su mayor toxicidad.

512. INCIDENCIA DE EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES CON HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA TRATADOS CON ECUUZUMAB EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: Roig Izquierdo M, Fontanet Sacristan JM, Prat Casanovas A, Gilabert Perramon A.

Servei Català de la Salut (CatSalut). Travessera de les Corts 131-159. Barcelona. España

OBJETIVO: La hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) es una enfermedad rara caracterizada por una hemólisis intravascular donde uno de sus principales factores de riesgo es la aparición de episodios trombóticos como consecuencia del proceso hemolítico. El objetivo de este trabajo fue determinar la incidencia de eventos trombóticos en pacientes diagnosticados de HPN y en tratamiento farmacológico con eculizumab en el ámbito de una comunidad autónoma (CCAA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se analizó la incidencia de eventos tromboticos en el conjunto de pacientes de una CCAA tratados con eculizumab para HPN.

Todos los tratamientos con eculizumab de la CCAA se autorizan individualmente por parte de un grupo de expertos y los pacientes se incluyen en un registro donde se recogen variables clínicas tanto al inicio del tratamiento como posteriormente de forma periódica. Entre las múltiples variables clínicas recogidas en dicho registro, se incluye la incidencia de episodios tromboticos.

Para la realización del estudio se seleccionaron todos los pacientes de la CCAA tratados con eculizumab para HPN y cuyo tratamiento había sido autorizado por el grupo de expertos en el periodo comprendido entre noviembre 2008 y abril 2015. Posteriormente, se analizó el número de eventos tromboticos notificados en el registro de pacientes y tratamientos para cada uno de los enfermos tratados.

RESULTADOS: Desde noviembre de 2008 a abril de 2015, el grupo de expertos en eculizumab de la CCAA había autorizado el tratamiento con eculizumab a un total de 19 pacientes diferentes. De estos, en abril de 2015, 14 continuaban en tratamiento con eculizumab y a 5 se les había retirado el tratamiento por no cumplir los criterios de respuesta consensuados por el grupo de expertos. La mediana de exposición a eculizumab de los 19 pacientes fue de 44 meses (rango 8-77 meses).

De entre los 19 pacientes, 3 habían presentado eventos tromboticos previamente al inicio del tratamiento con eculizumab.

Durante el tiempo que habían permanecido en tratamiento, 18 pacientes se mantuvieron libres de eventos tromboticos y únicamente un paciente presentó una sola trombosis venosa. Dicho paciente ya había presentado un episodio trombotico previamente a recibir eculizumab. La ratio de eventos tromboticos por 100 años en el total de pacientes tratados con eculizumab (n=19) fue de 1,5.

Ante la ausencia de datos válidos para calcular la incidencia de eventos tromboticos previamente a iniciar tratamiento con eculizumab, se compararon los resultados obtenidos con datos históricos. Así, los datos agrupados de los distintos estudios incluidos en el EPAR de eculizumab (E05-001), mostraron que la ratio de eventos tromboticos por 100 años previamente a iniciar tratamiento con eculizumab fue de 7,37, mientras que en tratamiento con eculizumab fue de 1,07.

CONCLUSIONES: La tasa de eventos tromboticos observada en los pacientes tratados en este estudio podría considerarse comparable a la tasa de eventos registrada en los datos históricos publicados.

A pesar de la elevada limitación de los datos, la disminución de la hemólisis intravascular con eculizumab parece conseguir también una baja incidencia de eventos tromboticos en los pacientes diagnosticados de HPN.

165. TIOSULFATO SÓDICO EN CALCIFILAXIS: A PROPOSITO DE UN CASO

AUTORES: Fernández López Eg, Ocaña Gómez Má, Tévar Alfonso E, Plasencia García I, Martín Conde Ja, Merino Alonso J.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria. Carretera General Del Rosario S/N. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Describir la evolución clínica y abordaje terapéutico de un paciente diagnosticado de calcifilaxis (arteriopatía urémica calcificante).

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 67 años ingresa en el Servicio de nefrología afectado de lesión necrótica dolorosa sobre base eritematosa a nivel del miembro inferior izquierdo y en el contexto de una insuficiencia renal crónica avanzada. Otros antecedentes de interés son: terapia renal sustitutiva, trasplante renal disfuncionante, hipertensión, hiperuricemia, cardiopatía hipertensiva y prótesis aortica. Los hallazgos descritos se traducen en la sospecha clínica de calcifilaxis, patología de mal pronóstico y elevada mortalidad, sin un tratamiento específico con eficacia demostrada en la actualidad. Se inicia tratamiento multidisciplinar: cuidado local de la herida, control metabólico, analgesia, antibioterapia y como medidas específicas tiosulfato sódico IV y sesiones de cámara hiperbárica.

El tiosulfato sódico IV en nuestro centro se adquiere como fórmula magistral a terceros y en calcifilaxis se le atribuyen teóricas propiedades antiinflamatorias, vasodilatadoras y quelantes de calcio, las cuales parecen influir favorablemente en la evolución de las lesiones necróticas.

En cuanto a la posología, dado que se trata de un uso compasivo, se siguieron las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología y UpToDate, 25 g/1,73 m² diluido en 100 ml de Suero fisiológico a infundir en 1 hora como mínimo y administrado 3 veces por semana coincidiendo con las sesiones de hemodiálisis. Se inició el tratamiento con 25 g y tras 19 dosis se redujo a 12,5 g debido a la aparición de efectos secundarios (nauseas, pérdida de apetito) y manteniéndose hasta la actualidad.

RESULTADOS: La evolución en general fue tórpida debido a las comorbilidades del paciente, picos de fiebre con sospecha de endocarditis, sobreinfección bacteriana de la herida, intolerancia a los morfínicos con difícil ajuste de dosis;

y la úlcera cutánea tuvo que ser intervenida con aplicación de injerto a los tres meses del ingreso. Actualmente, tras cuatro meses de ingreso, las lesiones evolucionan favorablemente y continúa en tratamiento con tiosulfato.

CONCLUSIONES: -La calcifilaxis es una complicación rara y frecuentemente fatal en pacientes con insuficiencia renal que cursa con la calcificación de los vasos de mediano y pequeño calibre y conduce a una necrosis isquémica subcutánea; siendo lo más importante trabajar en la prevención y detección de pacientes de riesgo. -En nuestro caso podemos afirmar que el uso de tiosulfato sódico IV a las dosis indicadas y en el contexto de un abordaje multidisciplinar se mostró seguro y eficaz.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

693. CAMBIO EN EL PERFIL DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN INVESTIGACIÓN

AUTORES: Puértolas Tena I, Pardo Jario Mp, Fernandez Alonso E, Gamarra Calvo S, Guarç Prades E, Merchante Andreu M.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Avda. San Juan Bosco 15. Zaragoza. España

OBJETIVO: Analizar y comparar las características de los tratamientos oncológicos en investigación existentes en un hospital de tercer nivel en 2010 y 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional transversal de los ensayos clínicos (EC) activos (reclutamiento abierto y/o pacientes en tratamiento) dependientes del Servicio de Oncología existentes en marzo de 2010 y en marzo de 2015.

La información fue obtenida de la base de datos de la unidad de EC del Servicio de Farmacia, recogiendo las siguientes variables: Patología, fase del estudio, ámbito de realización (nacional/internacional), promotor (industria/sociedad científica), línea de tratamiento (primera línea, mantenimiento o rescate), fármaco en investigación y vía de administración (oral/iv/otros), número de fármacos que componen el brazo experimental, lugar de administración del tratamiento (hospital de día/domicilio/ambos), dispensación por pacientes externos (sí/no), preparación en campana de flujo laminar (sí/no), número de pacientes reclutados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes, y un análisis comparativo mediante Chi-cuadrado; las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS V. 15.0 de IBM®

RESULTADOS: Se revisaron un total de 55 EC, 25 del año 2010 y 30 del 2015. En 2010 el 76% de los tratamientos del brazo experimental requirieron preparación en campana de flujo laminar vertical frente al 56,7% en 2015; el 60% se administraron en hospital de día, el 24% en el domicilio y 12% en ambos vs. 43,3%, 43,3% y 13,3% respectivamente en 2015. Se ha incrementado en un 87,5% el número de EC con fármacos de investigación de administración oral pasando de 8 a 15 EC, manteniéndose estable los de administración intravenosa (15 tanto en 2010 como en 2015). Los EC cuyo brazo experimental estaba compuesto de un solo fármaco fueron del 48% y 56,7%; dos fármacos 20% y 26,7% y combinación de más de dos fármacos fueron del 32% y 16,7% en los años 2010 y 2015 respectivamente. Los EC en ambos periodos (2010 y 2015) son mayoritariamente de ámbito internacional (72% y 83,3%), promovidos por la industria (72% y 66,7%), y que tratan sobre el estudio de moléculas de terapia dirigida (80% y 73%) con una incipiente aparición de la investigación sobre inmunoterapia (4% y 10%)

CONCLUSIONES: A pesar de que el tamaño de muestra es limitado y no ha sido posible establecer significación estadística, se observa un incremento en la investigación de fármacos antineoplásicos de administración oral, y por tanto domiciliaria, cobrando especial importancia el papel del farmacéutico de EC en la dispensación a pacientes, seguimiento de adherencia y atención farmacéutica.

Existe una tendencia a simplificar los tratamientos oncológicos, disminuyendo las terapias de combinación de más de dos fármacos, lo que supone mayor comodidad para el paciente.

Se mantiene el tipo de EC realizados: de ámbito internacional, de fase II y III y promovidos por la industria farmacéutica.

La investigación en inmunoterapia va en aumento, siendo uno de los tratamientos incipientes más prometedores.

253. ENSAYOS CLÍNICOS CANCELADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: DISPONIBILIDAD DE RESULTADOS Y SESGO DE PUBLICACIÓN

AUTORES: González Guerrero C, Córcoles Verdejo O, Suñé Martín P.

Hospital de la Vall d'Hebrón. Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: Describir las características, motivos de cancelación, y disponibilidad de información pública referente a los ensayos clínicos finalizados prematuramente en los años 2012 y 2013 en un hospital universitario de tercer nivel.

Método: estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico, llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel. La totalidad de los ensayos clínicos aprobados por el CEIC y finalizados prematuramente en 2012 y 2013 han sido estudiados.

Se han recogido los siguientes datos: código del protocolo, servicio, medicamento y patología estudiada, motivo de cancelación, presentación de informe final al CEIC, registro en clinicaltrials.gov, actualización del estado en esta web como ensayo cancelado y disponibilidad pública de resultados, en clinicaltrials.gov y/o en revistas biomédicas.

RESULTADOS: 55 estudios fueron cancelados, y de éstos el 85,45% (47/55) se cancelaron tras iniciar el reclutamiento de pacientes. En el 45,45% de los casos (25/55), el promotor del ensayo presentó el informe final al CEIC tras la cancelación.

Los motivos de cancelación fueron los siguientes: por falta de eficacia 38,18% (21/55), por perfil riesgo/beneficio desfavorable 25,45% (14/55), por falta de reclutamiento 23,63% (13/55), por estrategia del promotor 7,27% (4/55) y por problemas administrativos/logísticos 5,45% (3/55).

En el 85,45% (47/55) de los ensayos cancelados se encontraban registrados en clinicaltrials.gov, pero tan sólo en el 56,36% (31/55) éstos constaban como cancelados (terminated). En el 31,91% (15/47) de los ensayos registrados en clinicaltrials.gov, los resultados de los mismos se encontraban disponibles públicamente en esta web. Por lo tanto, la tasa de publicación global de resultados fue del 27,27% (15/55).

Respecto a la publicación en revistas biomédicas, 8 (14,55%) de los ensayos fueron publicados en éstas. Finalmente, tan sólo 5 (9,09%) fueron publicados tanto en éstas como en la web clinicaltrials.gov.

CONCLUSIONES: • La falta de eficacia y el balance desfavorable beneficio/riesgo son los motivos más frecuentes de cancelación de los ensayos en el periodo estudiado.

• El sesgo de publicación de ensayos clínicos cancelados observado en este estudio es considerablemente superior al descrito en la literatura para estudios finalizados: 14,5% en revistas biomédicas, y 31,9% en la base de datos pública de ensayos clínicos clinicaltrials.gov.

• Poco más de la mitad de estos ensayos constan en los registros públicos de ensayos clínicos como cancelados prematuramente, con información sobre los motivos de cancelación. Este hecho es especialmente relevante para ensayos clínicos cancelados por motivos de seguridad o de falta de eficacia, causas más frecuentes de cancelación de los ensayos.

714. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Favieres Puigcerver C, Company Albir Mj, Luna Reina Rm, Martín Cerezuela M, Tordera Baviera M, Poveda Andrés JI.

Hospital Universitario Y Politécnico La Fe. Avda. Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Análisis descriptivo de la evolución de la actividad de los ensayos clínicos (EC) y su repercusión en la carga asistencial de la unidad de EC de un hospital terciario durante un periodo de 4 años. Estudio de la relación entre la carga de trabajo y el número de ensayos activos (EA, ensayos activos durante al menos 1 día al año) para buscar los mejores indicadores que definan la actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de enero 2011 a diciembre 2014. Las variables recogidas fueron: EA; dispensaciones; recepciones; pacientes; visitas; promotores; investigadores; patologías y servicios. Los datos se obtuvieron del programa de gestión de EC pk-ensayos@.

RESULTADOS: Los EA desde 2011 a 2014 se incrementaron un 63%. El reclutamiento se incrementó un 114% de 2011 (323 pacientes nuevos) a 2014 (692 pacientes nuevos). El aumento en el número de pacientes atendidos fue del 116% (455 en 2011, 984 en 2014). Esto supone una media de 2,14 pacientes/EA en 2014 frente al 1,62 de 2011 (incremento 32%). El total de dispensaciones se vio aumentado, alcanzando 5.256 en 2014 (incremento del 127% de 2011 a 2014). En ellas se incluyen las entregas de medicación a la unidad de mezclas intravenosas para su preparación (28% del total en 2013; 33% en 2014. No se dispone de datos por separado anteriores). Las entregas de medicación en bloque al investigador se redujeron desde 2,5% en 2011 a 0,4% en 2014. En total, las dispensaciones por ensayo y por paciente aumentaron de 2011 a 2014 un 39% y 5%, respectivamente. Las visitas de monitores a la unidad de EC se incrementaron de 370 en 2011 a 796 en 2014 (116%). Según el tipo de visita, el aumento más acusado fue el de las visitas de monitorización (aumento del 132% de 2014 a 2011). El número de visitas totales por ensayo en dicho periodo se vio incrementado un 33%. Las recepciones totales fueron aumentando progresivamente, lo que supuso un incremento del 112% de 2011 a 2014. Separando las recepciones por IVRS/IVRS, el incremento de estas fue mayor (130%), suponiendo en 2014 un 65% del total. Las recepciones por ensayo se incrementaron un 41% de 2011 a 2014. El número de promotores e investigadores implicados en los EC subió de 2011 a 2014 un 47% y 7%, respectivamente. Las patologías implicadas aumentaron un 20% mientras que los servicios un 31%.

CONCLUSIONES: El aumento del número de EA en el periodo estudiado no resulta proporcional con el resto de actividades asociadas a ellos. El incremento en las visitas de monitores y de las recepciones por IVRS/IWRS indica un mayor control de calidad y de los stocks, respectivamente, por parte de los promotores. Existe una tendencia en auge del reclutamiento y de la participación de servicios e investigadores en los EC. Todo ello supone un incremento sustancial en la actividad de la unidad de EC en los 4 años estudiados, que no se refleja en los indicadores normalmente utilizados, como número de EA.

465. RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON FACTORES DE COAGULACIÓN

AUTORES: CALVIN LAMAS M, RABUÑAL ALVAREZ MT, CALLEJA CHUCLA T, BUSTO FERNANDEZ F, FERNANDEZ GABRIEL E, MARTIN HERRANZ MI.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. As Xubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: La administración de factores de coagulación constituye la base del tratamiento de las coagulopatías congénitas, suponiendo uno de los principales grupos terapéuticos de gasto farmacéutico hospitalario. Nuestro objetivo es cuantificar el coste evitado en factores de coagulación en ensayos clínicos (EC) en coagulopatías congénitas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de seguimiento retrospectivo de EC realizados en coagulopatías congénitas en un hospital de tercer nivel, durante 2009-2014. Criterios de inclusión: EC iniciados en el periodo de estudio con factores de coagulación en coagulopatías congénitas. Criterios de exclusión: EC sin pacientes incluidos.

FUENTES DE DATOS: aplicación informática de gestión de EC, archivos de EC y base de datos de gestión del servicio de farmacia. Datos registrados: código del protocolo, fase, ámbito, promotor, patología, medicamento en investigación, esquema y duración del tratamiento, alternativa terapéutica (si no era posible realizar el cálculo directamente), coste de los medicamentos, pacientes incluidos/EC y dosis reales dispensadas/paciente. Variables: coste total evitado durante 2009-2014, coste medio evitado/EC y coste medio evitado/paciente, desde la perspectiva del gasto farmacéutico hospitalario. En los EC no finalizados en 2009-2014, se consideró el coste evitado real basado en las dosis dispensadas.

RESULTADOS: Se realizaron 14EC con hemofactores en hemofilia A o B. 3 (21,4%) fueron excluidos por no incluir pacientes y 11EC (78,6%) fueron incluidos. Este tamaño muestral permite estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95% y una precisión de $\pm 43.730,4\text{€}$. Los 11EC eran abiertos, multicéntricos, internacionales y promovidos por la industria farmacéutica. 8EC estudiaban hemofilia A, 2-hemofilia B y 1-hemofilia A o B con desarrollo de inhibidores. 6-fase III, 3-fase II-III, 1-fase I y 1-fase IV. 5/11 EC finalizaron durante el periodo estudiado mientras que 6 continuaban abiertos en diciembre 2014. Se reclutaron 19 pacientes, media $1,7\pm 1,1$ pacientes/EC (rango: 1-4). 17 pacientes-hemofilia A y 2-hemofilia B. Coste evitado total: 2.689.494€. Los EC en hemofilia A supusieron un ahorro de 2.447.694€ y en hemofilia B 241.800€. Los costes derivados del único paciente incluido en el estudio en hemofilia A o B con inhibidores se unieron a los de hemofilia A por ser ese el diagnóstico del paciente. Coste medio evitado/EC: $244.499\pm 216.104\text{€}$ (rango: 1.036-641.473€). Coste medio evitado/paciente: $147.930\pm 153.772\text{€}$ (rango: 1.036-532.166€). En el periodo 2009-2014 el gasto total en factor VII, VIII y IX en nuestro centro fue 14.292.954€, por lo que los 11EC estudiados representaron el 18,82% del coste total.

Entre las limitaciones podemos señalar que en 2EC se investigó la proteína de fusión del factor IX y en 3EC factor VIII pegilado, cuya frecuencia de administración es menor. El coste evitado se basó en el mismo número de dosis administradas de factor IX y VIII, por lo que el coste evitado real sería superior al calculado.

CONCLUSIONES: El ahorro derivado de la aportación gratuita de los medicamentos en investigación por los promotores de los EC es algo que parece obvio pero que necesita ser cuantificado para conocer la rentabilidad real de la realización de EC especialmente en patologías como las coagulopatías congénitas, de elevado impacto en el gasto farmacéutico.

625. VENTAJAS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICA PARA MEDICAMENTOS EN INVESTIGACIÓN (Y CÓMO LA TECNOLOGÍA NOS AYUDA)

AUTORES: GOMEZ PEREZ B, Riu Viladoms G, Farre Ayuso E, Salazar Santander C, Molas Ferrer G, Codina Jané C.

HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL. Villarroel 170. Barcelona. España

OBJETIVOS: Describir la experiencia con una nueva aplicación informática para la gestión de la actividad del Comité Ético de Investigación (CEI) y del Área de Ensayos Clínicos (AEC) del Servicio de Farmacia de un hospital de tradición investigadora.

MATERIAL Y MÉTODOS: El programa se compone de una serie de módulos de apoyo, y otros de trabajo. Entre los primeros, por ejemplo, la gestión de "terceros", que puede incluir, desde la persona que solicita la evaluación del protocolo, hasta el investigador, monitor de farmacia, farmacéutico o laboratorio fabricante. Respecto a la gestión del CEI, el programa migra directamente los datos que los promotores introducen en el portal europeo. También es

capaz de generar el orden del día y las actas de las reuniones, según un modelo/plantilla acordado. Pero la principal ventaja radica en que se pueden guardar electrónicamente todos los documentos clasificados en carpetas, así como mensajes de correo. Es decir, se puede mantener un archivo electrónico ordenado, seguro y de acceso controlado. A través del sistema, los miembros del CEI y/o evaluadores pueden acceder a los documentos a revisar y redactar sus informes, sin tener que estar presencialmente en el hospital (entorno web). En cuanto al AEC, el programa permite el control de los medicamentos almacenados, alertar de la necesidad de nuevos pedidos y caducidad próxima, etc. Es posible generar listados a medida para el promotor (contabilidad, trazabilidad, adherencia del paciente al tratamiento), que cumplen los requerimientos de la FDA. También puede llevarse un control de las incidencias o errores acaecidos, así como la elaboración de memorias de actividad a través de la medida de indicadores cuali/cuantitativos. El programa permite la creación de agendas, por ejemplo del farmacéutico, para ayudar en el registro y revisión de tareas pendientes. Pero la gran aportación del programa es el acceso remoto on-line de los monitores a la información del AEC. Estos pueden consultar (mediante nombre de usuario/contraseña), todos los movimientos del stock de los medicamentos de su ensayo (entradas, dispensaciones, preparaciones, lotes, caducidad, devoluciones de pacientes, estado de la medicación, almacenamiento, etc). Además, pueden visualizar toda una serie de documentos de interés general, como son: gráficas de temperatura de neveras/congeladores/zona ambiente; CV de los farmacéuticos; listado de personal autorizado; formularios internos y procedimientos de trabajo (PNTs) del AEC.

RESULTADOS: Respecto al CEI, se ha conseguido casi eliminar el archivo de documentos en papel, y realizar un seguimiento de la información notificada tras la aprobación de los estudios. En cuanto al AEC, se han registrado más de 50.000 movimientos (entradas y salidas) de medicamentos en investigación, correspondientes a 450 ensayos clínicos. También hemos dado claves para el acceso a 20 monitores de ensayos de alta complejidad, que agradecen poder consultar ellos mismos on-line los datos/documentos, ahorrando tiempo (ellos y nosotros).

CONCLUSIONES: La herramienta informática, aunando las actividades propias del farmacéutico del AEC (Comité y Gestión de medicamentos), hace más ágil y seguro el manejo de estudios y de medicamentos, a la vez que consigue mejorar los estándares de calidad establecidos, para una mayor eficiencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

80. ANÁLISIS DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS COMO POSIBLES ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES EN COLITIS ULCEROSA

AUTORES: Jiménez Guerrero L, Fénix Caballero S, Alegre Del Rey Ej, Castañeda Macias I, Donoso Rengifo C, Alvarado Fernández Md.

Hospital Univ. Virgen Macarena. Av. Dr Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Establecer si vedolizumab, infliximab, adalimumab y golimumab pueden declararse Alternativas Terapéuticas Equivalentes (ATE) en Colitis Ulcerosa (CU) a través de comparaciones indirectas (CI) frente a un comparador común.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda de ensayos clínicos (EC) en fase-III en CU con tratamientos biológicos, con población y duración similares y con la misma variable. Se incluyeron los EC que cumplían los siguientes criterios: doble-cego, aleatorizados, controlado con placebo, pacientes con CU refractaria, naive, con fase de inducción (6-8 semanas) y fase de mantenimiento (46-52 semanas). En caso de existir más de un EC por fármaco, se realizó un metanálisis. Comovariable principal para la comparación se tomó la respuesta clínica en fase de inducción y la remisión clínica en fase de mantenimiento, definidas por la puntuación Mayo. Se realizó una CI en cuanto a eficacia de infliximab con cada uno de los otros fármacos para ambas variables, mediante el método Bucher (con la calculadora ITC, Indirect Treatment Comparisons, de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Para calcular el valor delta (Δ), máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no-inferioridad, se tomó un 15%, dato utilizado para el cálculo de muestra del EC que compara infliximab en monoterapia con la combinación infliximab-azatioprina. En la fase de inducción, se compararon vedolizumab, adalimumab y golimumab frente a infliximab. En la fase de mantenimiento, se comparó sólo golimumab frente a vedolizumab debido a la falta de similitud en el diseño de los EC de infliximab y adalimumab. Se analizaron los resultados gráficamente, observando si los intervalos de confianza (IC95%) se encontraban dentro del intervalo $\pm \Delta$. Se estableció el posicionamiento siguiendo la Guía ATE.

RESULTADOS: En la CI en la fase de inducción, se incluyeron siete EC: vedolizumab=1, golimumab=1, adalimumab=3, infliximab=2. La diferencia encontrada entre infliximab y los otros fármacos, expresada como RAR (IC95%) fue: vedolizumab (-11,83 (3,74 a -27,40)), adalimumab (-19% (-7,66 a -30,34)); y golimumab (-13,3% (1,36 a -25,24)). Vedolizumab y golimumab presentan un posicionamiento C y D de la Guía ATE, respectivamente, por lo que podrían considerarse ATE, puesto que el fracaso a estos fármacos no supondría un perjuicio grave/irreversible para el paciente. Adalimumab presenta diferencias estadísticamente significativas y probablemente estas sean clínicamente relevantes (posicionamiento F). Por tanto, no sería considerado ATE.

En la CI en la fase de mantenimiento, se incluyeron dos EC, uno por cada fármaco estudiado. La diferencia encontrada entre golimumab 50mg y 100 mg frente a vedolizumab, expresado como RAR(IC95%) fue(-15,71 (-32,35 a 0,93)) y (-11,11(-27,92 a 5,7)), respectivamente. Golimumab 100mg podría ser considerado ATE a vedolizumab (posicionamiento C). Golimumab 50mg, aunque no presenta diferencias estadísticas, es probable que sea clínicamente relevante. Podría considerarse grave para el paciente el no obtener remisión clínica durante la fase de mantenimiento, por lo tanto no se considera ATE.

CONCLUSIONES: 1.-Según la Guía ATE, infliximab, golimumab y vedolizumab podrían considerarse ATE en respuesta clínica en la fase de inducción. 2.-En la fase de mantenimiento, golimumab 100 mg y vedolizumab podrían considerarse ATE en remisión clínica.

100. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA Y BRONQUIECTASIAS EN PACIENTES TRATADOS CON MICOFENOLATO DE MOFETILO: A PROPÓSITO DE UNA ALERTA

AUTORES: Cidoncha Muñoz I, Ibañez Zurriaga A, Alañon Plaza E, Perez Abanades M, Ramirez Herraiz E, Morell Badron A.

Hospital Universitario La Princesa. C/Diego De Leon, N° 62. Madrid. España

Introducción: En Diciembre de 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitió una nota informativa en la que ponía de manifiesto que el micofenolato de mofetilo administrado en combinación con otros inmunosupresores podía causar hipogammaglobulinemia y bronquiectasias.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de los niveles séricos de inmunoglobulinas y aparición de episodios de infección respiratoria y bronquiectasias en pacientes tratados con micofenolato de mofetilo en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con micofenolato de mofetilo en condiciones "off-label" entre enero de 2010 y enero de 2015. Se revisaron los informes clínicos y analíticas utilizando el sistema de información clínica "Hygeia" y el Programa informático de dispensación a pacientes externos (Dominion®), y se elaboró una hoja de recogida de datos con los siguientes ítems: edad, sexo, diagnóstico, servicio médico, concentraciones séricas de inmunoglobulinas antes y después de iniciar tratamiento, dosis de micofenolato de mofetilo, tratamiento concomitante con otros fármacos inmunosupresores (corticoides y citostáticos), aparición de episodios de hipogammaglobulinemia y bronquiectasias desde el inicio del tratamiento, así como el tiempo que tardaron en manifestarse, y actuación frente a esas situaciones. Se definió la hipogammaglobulinemia como un valor de IgG menor de 800 mg/dL y/o de IgA menor de 100 mg/dL y/o un valor de IgM menor de 80 mg/dL.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes en tratamiento con micofenolato de mofetilo (Cellcept®): 32 (82%) mujeres y 7 (18%) hombres, con una edad media de 53,9 ± 17,1 años. De ellos, 23 (59%) pertenecían al Servicio de Reumatología y 16 (41%) al Servicio de Nefrología. La mediana de dosis recibida fue 2000 (IQR 1000-2000) mg/día. En 5 (13%) pacientes, los niveles séricos de inmunoglobulinas se mantuvieron dentro de los límites de hipogammaglobulinemia, con una mediana de tiempo de aparición de 7 (IQR 3,3-8,8) meses. De estos pacientes con hipogammaglobulinemia, 14 (70%) tomaban una dosis de ≥2000 mg, 5 (25%) llevaban prescritos >1000 y

CONCLUSIONES: La hipogammaglobulinemia se presenta en un elevado porcentaje de pacientes (51%) y está relacionada directamente con la dosis. Los pacientes con hipogammaglobulinemia desarrollaron una alta tasa de infecciones, que evolucionaron a bronquiectasias. Es necesario realizar una determinación de inmunoglobulinas séricas a todos aquellos pacientes en tratamiento con micofenolato de mofetilo, así como llevar a cabo una monitorización lo más precoz posible de aquellos pacientes que desarrollen síntomas pulmonares persistentes como tos y disnea.

581. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON INFILIXIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: ÁLVARO ALONSO EA, Gómez Pedrero AM, Fraile Torres AM, Pérez Encinas M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/ Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Estimar la persistencia del tratamiento con infliximab, adalimumab y etanercept en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) que reciben por primera vez tratamiento biológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de AR que inician tratamiento biológico con infliximab (INF), adalimumab (ADA) y etanercept (ETA) desde su comercialización en el año 1999, 2003 y 2006 respectivamente y hasta marzo de 2010. Se han recogido las siguientes variables: edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento, fecha de suspensión y motivo del mismo (fracaso, intolerancia, mejoría clínica, preferencia del paciente y neoplasias/infecciones) utilizando la Historia Clínica Electrónica (Selene®) y la aplicación de Farmatools®. Las variables de resultado fueron la persistencia global y específica para cada tratamiento. Las persis-

tencias se calcularon empleando la función de curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y la comparación entre ellas por Regresión de COX determinando el Hazard Ratio (HR) mediante el programa estadístico SPSS®.

RESULTADOS: Se incluyeron 134 pacientes, de los cuales 20, 62 y 52 han recibido tratamiento biológico por primera vez con INF, ADA y ETA respectivamente. La edad media de cada subgrupo fue: 64,44 (IC95%: 58,00-70,87), 67,74 (IC95%: 64,22-71,25) y 58,04 años (IC95%: 52,79-63,29). El 64,18% eran mujeres. La mediana de la persistencia global fue de 39,52 meses (IC95%: 25,18-53,87). En cuanto a la persistencia específica, con infliximab la mediana de duración fue 16,69 meses (IC95%: 6,47-26,91), para adalimumab 39,13 (IC95%: 24,96-53,30) y para etanercept 42,42 (IC95%: 10,65-74,18). Se compararon las curvas de supervivencia de los pacientes que recibieron ADA y ETA obteniendo un HR=0,87 (IC95%: 0,60-1,27; p=0,476). Se excluyó del análisis a los pacientes tratados con INF por el pequeño tamaño muestral. La principal causa de suspensión del tratamiento biológico fue el fracaso, con un 50%, 37,09% y 40,38% para INF, ADA y ETA respectivamente. La segunda causa de abandono fue la intolerancia al fármaco en un 25% en INF y 23,08% en ETA, sin embargo para ADA, fue la aparición de neoplasias/infecciones con un 12,90%, siendo ésta la tercera causa de interrupción para INF (10%) y ETA (5,77%). La mejoría clínica supuso la suspensión del tratamiento biológico en un 5%, 3,23% y 3,85% para INF, ADA y ETA. Cabe destacar que la preferencia del paciente sólo causó el fin del tratamiento en un 6,45% y 1,92% de los pacientes tratados con ADA y ETA, no encontrando dicha causa en los casos de INF. Actualmente, desde que los pacientes iniciaron la primera línea con el tratamiento biológico, hay 2 pacientes que siguen con INF, 19 con ADA y 11 con ETA.

CONCLUSIONES: Si bien es cierto que el uso de los tres principales anti-TNF α : infliximab, adalimumab y etanercept para el tratamiento de la Artritis Reumatoide, está muy extendido ya en la práctica clínica, no existen estudios sobre su persistencia en el tiempo. La elevada persistencia global de estos fármacos, superior a tres años de mediana, nos hace pensar que son bien tolerados y eficaces. No se han encontrado diferencias significativas en la persistencia entre ADA y ETA.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

375. DETERMINACIÓN ANALÍTICA DE LEVETIRACETAM: CROMATOGRAFIA LÍQUIDA DE ALTA EFICACIA VS ENZIMOINMUNOENSAYO (ARK®)

AUTORES: Mendoza Aguilera M, Bellés Medall Md, Álvarez Martín T, Liñana Granell C, Pascual Marmaneu O, Gallego Iglesias B.

Hospital General De Castellon. Avda. Benicasim, S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Correlacionar, en muestras séricas, el enzimoimmunoensayo (EI) de Ark® para la determinación de levetiracetam, respecto al ensayo desarrollado por cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC) implementado en la unidad de farmacocinética.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis prospectivo de las muestras procedentes de 50 solicitudes de monitorización de las concentraciones plasmáticas de pacientes en tratamiento con levetiracetam. Las muestras fueron procesadas con ambas técnicas: HPLC (estándar de referencia) y enzimoimmunoensayo (Ark®) usando el autoanalizador Arquitect® c4000.

La linealidad de ambos ensayos se evaluó mediante el coeficiente de regresión de Pearson. La concordancia entre los resultados obtenidos en ambas técnicas se analizó mediante el coeficiente de correlación intraclase, el método gráfico de Bland y Altman y el porcentaje acumulado de discordancia entre los dos métodos de medición. Se estableció como aceptable una diferencia máxima en la cuantificación plasmática de 3.5 mcg/ml. El tratamiento y análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS® para Windows versión 19.0.

RESULTADOS: La concentración media cuantificada con HPLC fue de 18.43 mcg/ml (IC 95%: 15.48-21.39) y con EI 18.35 mcg/ml (IC 95%: 15.20-21.50) (p=0.861). El coeficiente de correlación lineal de Pearson obtenido en el análisis fue $r^2=0.90$, de acuerdo con la siguiente ecuación: $Cp_{HPLC}=1.01Cp_{EI}-0.25$. El intervalo de confianza al 95% para la ordenada en el origen fue de -2.32 a 1.78 (p=0.79) y de la pendiente de 0.91 a 1.11 (p<0.001). El coeficiente de correlación intraclase fue 0.95 (IC95%: 0.91-0.97). Al analizar la relación entre la diferencia de las concentraciones analizadas respecto a su valor medio observamos que se distribuye de manera homogénea. La mediana de los porcentajes de desviación en la cuantificación de levetiracetam con el sistema EI respecto al HPLC fue 12.46 % (6.09-21.32) en el grupo de muestras dentro del intervalo terapéutico (12-46 mcg/ml, n=35) y 18.39 % (2.49-41.62) en las muestras con concentraciones plasmáticas inferiores a 12 mcg/ml (n=15). Solo se obtuvo un resultado superior al intervalo terapéutico (51.1 mcg/ml) con una desviación del 0.04%. Con el método Bland y Altman, la media de la diferencia entre las dos técnicas fue de 0.08 mcg/ml con límites de concordancia del 95% entre -7.04 y 7.19 mcg/ml. Se alcanzó un 74% de concordancia con el margen de error establecido.

CONCLUSIONES: La correlación entre los resultados analíticos de ambas técnicas es muy buena (CCI=0.95) y el valor de la pendiente indica linealidad. Los valores cuantificados con EI son similares a los cuantificados con el HPLC con una diferencia de 18.39% para concentraciones plasmáticas inferiores a 12 mcg/ml y de 12.46% para valores entre 12-46 mcg/ml. Tras el análisis de concordancia, la técnica EI (Ark®) puede ser incorporada a la práctica clínica.

377. EL POLIMORFISMO CCND1 (RS9344) COMO POSIBLE PREDICTOR DE RESPUESTA A TRASTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO

AUTORES: Madrid Paredes A, Cañadas Garre M, Pérez Morales J, Gutiérrez Zúñiga L, Valencia Soto C. Complejo Hospitalario Universitario Granada. Avda. Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVO: La ciclina D1 (CCND1) actúa como subunidad reguladora de un complejo formado con CDK4 o CDK6 y su actividad es necesaria para la transición G1/S del ciclo celular. El polimorfismo CCND1 (rs9344) se ha relacionado con riesgo de cáncer de mama (CM) en los estudios publicados hasta el momento. Sin embargo, su relación con la respuesta al tratamiento con trastuzumab no está del todo clara.

El objetivo del estudio fue determinar si el polimorfismo CCND1 (rs9344) está relacionado con respuesta a trastuzumab en pacientes con CM HER2-positivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con CM HER2-positivo de edad ≥ 18 años con un seguimiento mínimo de 12 meses después del diagnóstico.

Los datos clínicos y socio-demográficos fueron recogidos a través de la historia clínica digital. Las variables fueron: edad, nuliparidad, antecedentes de CM, afectación ganglionar, receptores estrogénicos y progestágenos, antígeno ki67, p53, estadio, tamaño, grado y tipo histológico del tumor y tratamientos prescritos. La respuesta al fármaco se evaluó a los 6 meses, utilizando los criterios RECIST (Versión 1.1): respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad progresiva, enfermedad estable. Se consideró como respondedoras a las pacientes que presentaron RC o RP.

Las muestras de tejido mamario fueron obtenidas a través del Biobanco del hospital. El DNA se extrajo mediante el QIAamp DNA Mini Kit (Qiagen GmbH, Hilden, Germany) de acuerdo a las instrucciones del fabricante a partir de tejido sano embebido en parafina. La detección del polimorfismo CCND1 (rs9344) se realizó mediante PCR tiempo real utilizando sondas TaqMan®.

RESULTADOS: Se incluyeron 83 pacientes. Ninguna de las variables clínicas ni socio-demográficas presentó asociación con respuesta a trastuzumab. En cuanto a la distribución alélica de las pacientes, 16 presentaron genotipo AA (16/83; 18.82%), 40 (40/83; 47.06%) AG y 29 GG (29/83; 34.12%). El polimorfismo CCND1 (rs9344) resultó asociado a la respuesta al tratamiento; en particular, las pacientes portadoras del alelo A (AG + AA), presentaron una mayor respuesta a trastuzumab (OR: 4.25; IC95%: 1.13, 16.1; $p=0.03816$).

CONCLUSIONES: El alelo A del polimorfismo CCND1 (rs9344) está relacionado con mayor respuesta a trastuzumab en pacientes con CM HER2-positivo.

1121. ESTIMACION DE LA EFICIENCIA DE LA MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ADALIMUMAB Y ANTICUERPOS ANTI-ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTROPATIAS INFLAMATORIAS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Achau Muñoz R, Llopis Salvia P, Hermenegildo Caudevila M, Paredes Arquiola Jm, Alegre Sancho Jj, Climente Marti M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar 91, Cp 46017. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto clínico y económico de la monitorización de adalimumab (ADA) y anticuerpos anti-adalimumab (anti-ADA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: experimental transversal. Ámbito: hospital general universitario. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de artropatías inflamatorias (AI) (artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante) o enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa) en tratamiento con ADA 40mg/subcutáneo/2 semanas. Variables de estudio: se recogieron del registro electrónico de dispensación (Farmasyst®) y la historia clínica electrónica (Orion-Clinic®): edad, sexo, diagnóstico, línea de tratamiento, tiempo en tratamiento con ADA, tratamiento con FAMEs, índices de actividad clínica (DAS28, BASDAI, CDAI e Índice Mayo), concentración sérica de ADA (mcg/mL), presencia de anti-ADA y coste del tratamiento y monitorización farmacocinética. Técnica analítica: ELISA (Promonitor-ADA y anti-ADA, Progenika Biopharma, S.A., Grifols S.A.). Se estableció un objetivo terapéutico de 5 mcg/mL para AI, y 6 mcg/mL para EII. La determinación de anti-ADA se realizó en pacientes con una concentración de ADA inferior al objetivo terapéutico. Impacto clínico y económico: Se establecieron dos posibles escenarios: A) Actitud terapéutica basada en índices de actividad clínica y, B) Actitud terapéutica basada en índices de actividad clínica y monitorización farmacocinética. Para evaluar el impacto clínico

se comparó para cada paciente la actitud clínica tomada en cada escenario (mantenimiento, ampliación del intervalo posológico, intensificación, cambio de anti-TNF, cambio de diana terapéutica y suspensión del tratamiento), y para evaluar el impacto económico se tuvo en cuenta el coste teórico anual según las actitudes terapéuticas en cada escenario en el horizonte temporal de un año. Análisis estadístico: se aplicó la prueba de Chi cuadrado para comparar ambos escenarios.

RESULTADOS: Se incluyeron 33 pacientes (20 hombres), edad media (DE) 49 (14,7) años. Once con enfermedad de Crohn, 3 colitis ulcerosa, 8 artritis reumatoide, 4 artritis psoriásica y 7 espondilitis anquilosante. En primera línea de tratamiento 22, segunda 9 y tercera 2. La mediana (rango) de tratamiento fue de 38 (4-133) meses. Recibían FAMES 18 pacientes. Las concentraciones de ADA fueron superiores al objetivo terapéutico en 19 pacientes. Se detectaron anticuerpos anti-ADA en 4 pacientes. La actitud terapéutica en cada escenario (A vs B) fue: a) mantenimiento de la pauta posológica (13/33 vs 13/33; $p>0,05$), b) ampliación del intervalo posológico (7/33 vs 7/33; $p>0,05$), c) intensificación (13/33 vs 3/33; $p<0,05$). Se estimó un coste anual de las actitudes terapéuticas en el escenario A de 425.773,32€, frente a 397.751,36€ en el B, lo que supondría un ahorro total de 28.021,96€ en la muestra evaluada de 33 pacientes y de 849,15€ por paciente monitorizado.

CONCLUSIONES: La combinación de índices de actividad clínica y monitorización farmacocinética de ADA y anti-ADA evidenció un cambio en la actitud terapéutica en la terapia con ADA, detectando de manera precoz pacientes candidatos a cambio de anti-TNF o diana terapéutica, lo que en términos económicos se tradujo en una reducción anual de 849,15€ por paciente monitorizado.

298. INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMO DE NUCLEÓTIPO ÚNICO DE LOS GENES DEL METABOLISMO DE ANTRACICLINAS EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN ESTÁNDAR DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

AUTORES: Megías Vericat Je, Bosó Ribellés V, Herrero Cervera Mj, Montesinos Fernández P, Aliño Pellicer S, Poveda Andrés JI.

Hospital Universitari I Politècnic La Fe De Valencia. Abril Martorell, 106, Cp 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: Los polimorfismos de nucleótido único (SNPs) han demostrado que pueden condicionar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos. Concretamente los SNPs relacionados con los genes de la vía metabólica de las antraciclinas han sido estudiados en diversos tipos de cáncer, destacando su impacto sobre la cardiotoxicidad. Nuestro objetivo es determinar el papel de estos polimorfismos en la efectividad y toxicidad del tratamiento estándar (citarabina más antraciclinas) en leucemia mieloide aguda (LMA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han estudiado los SNPs relacionados con el metabolismo de antraciclinas que previamente se habían asociado con significación clínica en otros cánceres (CBR3:rs1056892, rs8133052, NQO1 rs1800566, NQO2 rs1143684, NOS3:rs1799983, rs2070744, MnSOD rs4880). Se han evaluado 186 pacientes adultos con LMA de novo tratados con un esquema de inducción basado en citarabina e idarubicina (protocolos PETHEMA LMA-99, 2007 y 2010). El genotipado se ha realizado por espectroscopia de masas (MALDI-TOF) utilizando la plataforma Mass Array de Sequenom®.

La efectividad de la inducción inicial se ha evaluado comparando la remisión completa (RC) frente a la remisión parcial o la resistencia (excluyendo las muertes durante la inducción). La toxicidad se evaluó con la escala de la OMS, agrupando las toxicidades como variables dicotómicas (grados 0-1 vs grados 2-4), asignando el máximo grado de todas las toxicidades específicas por órgano. La toxicidad hematológica se definió como el tiempo de recuperación de la neutropenia o trombocitopenia desde el primer día de quimioterapia. Los genotipos se han estudiado empleando el modelo codominante (compara al homocigoto salvaje frente al heterocigoto y al homocigoto variante por separado).

La asociación entre variables se determinó mediante regresión logística y lineal ajustando por edad, sexo, ECOG, recuento de leucocitos y plaquetas al diagnóstico (R® version 3.1.2). Las fuentes de datos empleadas fueron la historia clínica electrónica (OrionClinic®) y el programa de prescripción electrónica de quimioterapia (Farmis-Oncofarm®).

RESULTADOS: Los pacientes analizados tenían una edad media 51,4 años (IC95%: 20,3-73,6 años). No se han detectado asociaciones significativas entre la RC y los SNPs estudiados. Se ha asociado el alelo variante C de NQO2 con menor toxicidad cardíaca (TC:6,2% vs TT:14,8%; OR:0,31; IC95%:0,08-0,97; $P=0,05$) y pulmonar (TC:12,3% vs TT:23,5%; OR:0,36; IC95%:0,12-0,85; $P=0,026$). De manera similar, la variante T del SNP rs1799983 de NOS3 reduce la toxicidad neurológica (GT:7,0% vs GG:17,6%; OR:0,36; IC95%:0,09-0,99; $P=0,041$) y cutánea (GG:48,5% vs GT:26,7%; OR:0,43; IC95%:0,20-0,84; $P=0,016$; y GG:48,5% vs TT:21,9%; OR:0,33; IC95%:0,11-0,81; $P=0,022$). El polimorfismo rs4880 en MnSOD se ha relacionado con menor toxicidad renal (TT:20,8% vs CC:4,4%; OR:0,16; IC95%:0,02-0,75; $P=0,036$). Respecto a la toxicidad hematológica, se observó un mayor tiempo medio de recuperación de la trombocitopenia con el alelo T del polimorfismo rs1800566 de NQO1 (CC:28,5 vs CT:31,3 días; log(di-

ferencia):0,11; IC95%:0,01-0,22; p=0,030) y con el alelo salvaje del SNP rs1799983 de NOS3 (GG:35,4 vs GT:29,4 días; log(diferencia):(-0,13); IC95%:(-0,26)-(-0,01); p=0,032).

CONCLUSIONES: Este estudio revela que los polimorfismos de la vía metabólica de antraciclinas pueden tener un factor pronóstico en el tratamiento de la LMA en pacientes adultos. Estudios confirmatorios que validen estas asociaciones pueden permitir su empleo como biomarcadores de la toxicidad de estos tratamientos.

279. OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE CREMA EMLA® EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEDIANTE DERMATOFARMACOCINÉTICA

AUTORES: Martínez Gómez Ma, Bretón Martínez R, Merino Sanjuán V, Hermenegildo Caudevilla M, Climente Martí M. Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Objetivo principal: Determinar el tiempo mínimo de exposición de Crema Emla(R) en pacientes pediátricos previo a punciones e intervenciones quirúrgicas superficiales, mediante farmacocinética aplicada a las concentraciones de fármaco en estrato córneo (Dermatofarmacocinética) y valoración del grado de dolor. Objetivo secundario: Comparar la cantidad de lidocaína acumulada en estrato córneo entre pacientes pediátricos y adultos jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio: experimental analítico.

Formulación: Crema Emla(R) (25mg lidocaína-25mg prilocaína por g crema).

Población: Grupo 1: 5 pacientes pediátricos de 12-17 años. Grupo 2: 8 voluntarios sanos de 22-31 años.

MÉTODO:

(A) Cálculo del espesor (H) de estrato córneo (EC): Se aplicaron 30 adhesivos Scotch® en un área de piel intacta del antebrazo y se midió la pérdida de agua transepidérmica (TEWL) tras cada aplicación. Se correlacionó TEWL con la cantidad de EC eliminado, medido por diferencia de pesada de adhesivos.

(B) Aplicación de formulación: Se aplicó 0,37g crema/área (1,4cm²) con oclusión. Grupo 1:3 áreas, tiempo de exposición (texp) 30, 60 y 90min. Grupo 2: 1 área, texp 30min.

(C) Determinación del grado de dolor (grupo 1): Se cumplimentó escala visual analógica (EVA) tras punción superficial con lanceta en áreas de texp 0, 30, 60 y 90min. Categorías de dolor EVA: 0, nulo; 1-3, leve; 4-6, moderado; 7-9, intenso; 10, insoportable.

(D) Muestreo: Se retiró EC de cada área con formulación, del modo descrito en (A).

(E) Cuantificación de fármacos: Análisis de muestras mediante cromatografía líquida de alta resolución. Se cuantificó: (i) fármaco acumulado en EC por área y dosis aplicada (Q/W) para lidocaína y prilocaína a diferentes texp en grupo 1; (ii) Q/W para lidocaína a texp 30min (Q/WL,30) para cada grupo.

Análisis estadístico:

- Prueba F unilateral de comparación de medias: (i) Q/W, (ii) grado de dolor, a los texp en grupo 1.

- Prueba t-student de comparación de medias de Q/WL,30 de ambos grupos.

RESULTADOS: Grupo 1: H medio, 11,3µm (IC95%:5,5-17,2).

•Q/W medio (µg•cm⁻²•mg⁻¹) a 30, 60 y 90min, respectivamente: a) lidocaína: 2,3(IC95%:1,6-3,1); 3,0(IC95%:1,6-4,4); 3,2(IC95%:1,9-4,5); b) prilocaína: 3,1(IC95%:2,2-4,1); 4,0(IC95%:2,6-5,4); 4,0(IC95%:2,7-5,3).

Para ambos fármacos, la diferencia de medias no fue estadísticamente significativa (p>0,05).

•Grado de dolor medio a 0, 30, 60 y 90min, respectivamente: 7,0(IC95%:5,6-8,4); 4,8(IC95%:2,3-7,3); 3,4(IC95%:0,6-6,2); 0. Se observó reducción del dolor de intenso (0min) a moderado (30min), leve (60min) y nulo (90min).

Grupo 2: H medio, 14,3µm (IC95%:9,7-18,8). Q/WL,30, 0,4µg•cm⁻²•mg⁻¹ (IC95%:0,2-0,7).

La diferencia de Q/WL,30 entre ambos grupos fue estadísticamente significativa:1,9µg•cm⁻²•mg⁻¹ (IC95%:1,0-2,7) (p=0,0025). Q/WL,30 fue un 81,3% superior en grupo 1 respecto a grupo 2.

CONCLUSIONES: La cantidad de anestésico local acumulado en estrato córneo no aumenta significativamente a tiempos de exposición superiores a 30min; a este tiempo, se aprecia una disminución del dolor de intenso a moderado, siendo nulo a 90min. Estos resultados permiten acortar el tiempo de exposición de Crema Emla(R) especificado en ficha técnica (1-5h) a 30-90min y ajustarlo a la urgencia y modalidad del procedimiento. La absorción de lidocaína a los 30min de exposición fue significativamente superior (81,3%) en pacientes pediátricos respecto a jóvenes adultos.

342. ANÁLISIS COSTE UTILIDAD DE ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN EN ESPAÑA

AUTORES: Sanz Granda A, Rey Barbosa C, Alvarez Novoa I, Toledo Guijarro A, Naidoo . S.

Weber Economía Y Salud. Norias, 123. Madrid. España

OBJETIVO: Estimar el coste-efectividad de enzalutamida (ENZ) respecto de las alternativas terapéuticas abiraterona (ABI) y cabazitaxel (CAB) en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a castración (CPmRC), tras fracaso con docetaxel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Considerando los resultados de los ensayos clínicos (AFFIRM, COU-AA-301 y TROPIC, respectivamente) se realizó un análisis coste-utilidad, bajo la perspectiva del Sistema Nacional de Salud de España. Se utilizó un modelo de Markov probabilístico, en un horizonte temporal de 10 años, para estimar el coste y los años de vida ajustados a calidad (AVAC) obtenidos en una cohorte teórica de pacientes con CPmRC, tratada con ENZ (160 mg/d), ABI (1000 mg/d) o CAB (25 mg/m² c/3 sem). Los costes y los beneficios fueron descontados con una tasa del 3% anual.

El modelo presenta 3 estados de salud: estable, progresión y muerte. Los pacientes comienzan en el estado estable y reciben el tratamiento activo, después de lo cual y en ciclos de 21 días, pueden permanecer estables, progresar o fallecer. Los pacientes que progresan cesan el tratamiento activo y reciben un tratamiento de soporte.

Se incluyeron sólo costes sanitarios directos (€, 2015): adquisición de los fármacos, tratamientos concomitantes, consultas médicas, estancias hospitalarias, procedimientos diagnósticos, test de laboratorio y tratamiento de los efectos adversos. Los precios unitarios se tomaron de bases de costes públicos; los AVAC fueron calculados utilizando valores de las utilidades obtenidas mediante el instrumento EQ-5D durante el ensayo clínico AFFIRM (estable: 0,702; progresión: 0,640). El estimador de la eficiencia se expresó como ratio coste-utilidad incremental, RCUI, (€/AVAC).

RESULTADOS: El caso base estimó un coste de 47.184 € (IC95%: 43.935-50.345), 48.647€ (IC 95%: 45.335-52.031) y 46.016 (IC 95%: 40.643; 51.777) para ENZ, ABI, and CAB respectivamente, así como un beneficio de 1,109 QALY (IC 95%: 0,978; 1,270), 1,091 AVAC (IC 95%: 0,884; 1,246) y 0,924 (IC 95%: 0,802; 1,057), respectivamente. La curva de aceptabilidad de coste efectividad mostró que ENZ presentaba una probabilidad del 98% de ser coste-efectiva respecto de ABI y del 97% respecto de CAB, ambas para una disposición a pagar de 30.000 €/AVAC.

CONCLUSIONES: En el tratamiento de segunda línea del CPmRC, los resultados muestran que enzalutamida es una opción terapéutica coste-efectiva respecto de ABI y CAB, para una disposición a pagar inferior al umbral habitualmente utilizado en España

1047. IMPACTO ECONOMICO ANUAL DE LA OPTIMIZACION DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Ramirez Herraiz E, González Álvaro I, Tomero Mujriel E, Serra López-Matencio Jm, Morell Baladrón A, García Vicuña R.

Hospital Universitario La Princesa. Diego De León 62. Madrid. España

OBJETIVOS: La optimización de la terapia biológica (TB) en artritis reumatoide (AR) es una estrategia clínica que permite una disminución cautelosa de las dosis de TB, conservando su beneficio clínico y minimizando los costes. La Sociedad Española de Reumatología (SER) y de Farmacia Hospitalaria (SEFH) han publicado recientemente un documento de consenso donde se establecen recomendaciones para la optimización con el objetivo de unificar criterios dentro de la práctica clínica habitual

El objetivo del estudio fue calcular el ahorro económico de la optimización de la TB en AR en el año 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AR que recibían dosis optimizada (dosis trimestral de la TB £ 83% de la dosis aprobada en ficha técnica (FT)) con TB (infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumab pegol, tocilizumab y abatacept) durante todo el año 2013. Los datos registrados se obtuvieron de la base de datos de la Unidad de Terapias Biológicas (UTB) del hospital. Datos recogidos: demográficos (edad, sexo, peso), clínicos (presencia de factor reumatoide (FR), Ac antipéptido cíclico citrulinado (ACPA), forma erosiva), farmacológicos (nº biológicos previos, dosis y pauta) y económicos (coste a PVL 2013-descuento RD 8/2010+4% IVA).

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 15.0.

RESULTADOS: 256 pacientes recibían tratamiento con TB para AR, de los cuales 76 (29,7 %) utilizaban dosis optimizadas. La mediana de edad fue 61,5 años (IQR X-X) y 65 (85,5 %) pacientes eran mujeres. 49 (64,5 %) y 50 (65,8 %) pacientes presentaban FR y ACPA +, respectivamente. 58 (76,3 %) pacientes tenían enfermedad erosiva. Respecto al tratamiento

con biológicos previos al estudio, 48 (63,1 %) pacientes eran naive, 16 (21,1 %) habían recibido 1 biológico, 6 (7,9 %) 2 biológicos y 6 (7,9%) 3 o más biológicos. De los 76 pacientes optimizados, 26 (34,1 %) estaban en tratamiento con adalimumab, 23 (30,3 %) con etanercept, 13 (17,1 %) con tocilizumab, 6 (7,9 %) con abatacept, 4 (5,3%) con certolizumab y 4 (5,3 %) con infliximab. La mediana de tiempo hasta la desintensificación fue 24,8 meses. El coste total de la TB en AR según FT en el año 2013 sería de 1.358.319 € frente al coste en práctica clínica real de 842.513 €. El ahorro económico que supuso la optimización en el 2013 fue 257.903 €, con la siguiente distribución por fármaco: 100.588 € etanercept, 93.562 € adalimumab, 44.400 tocilizumab, 6.936 € abatacept, 6.936 € certolizumab y 5.481 € infliximab.

CONCLUSIONES: El 30% de los pacientes en tratamiento con TB para AR recibieron dosis optimizadas en 2013 respecto a ficha técnica, lo que supone un 38% de ahorro económico.

El uso más frecuente de adalimumab y etanercept podría explicar que sean estos fármacos los que más contribuyeron a la reducción de costes.

311. IMPACTO ECONÓMICO DEL CAMBIO EN LA TÉCNICA DE FRACCIONADO DE JERINGAS PRECARGADAS DE RANIBIZUMAB DE ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTREA

AUTORES: Fernández Peña S, Hernando Verdugo M, Sanchez Sanchez Mt.

Hospital Clinico Universitario De Valladolid. Avenida Ramon Y Cajal S/N. Valladolid. España

OBJETIVOS: 1. Describir el procedimiento de fraccionado de viales comerciales de Ranibizumab para la elaboración de jeringas precargadas de administración intravítrea, para el tratamiento de la Degeneración Macular Asociada a la Edad, Edema Macular Diabético, Edema Macular Secundario a Oclusión Venosa y membrana neovascular miópica, y compararle con el procedimiento de fraccionado usado anteriormente.

2. Analizar el ahorro económico que ha supuesto la implantación del nuevo fraccionado frente a la técnica anterior y frente al no fraccionado de los viales.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Técnica de elaboración: El Servicio de Farmacia realiza el fraccionamiento del vial comercial de Ranibizumab 2.3mg/0.23 ml en campana de flujo laminar horizontal en jeringas unidosis de 0.5mg/0.05ml de administración intravítrea. Anteriormente se han estado utilizando jeringas de 1 ml sin aguja incorporada. Desde el 1/07/2014 se han usado jeringas de 0.5ml con aguja incorporada 0.33 mm(29G)x12.7 mm, y por tanto sin espacio muerto en el cono de la jeringa.

Para el análisis económico se utilizó el programa de Gestión Económica versión 2.5, y para la localización de los pacientes y unidades dispensadas se utilizó el programa de Pacientes Ambulantes versión 2.5, ambos de Farmatools. El periodo de estudio fue de 10 meses (01/07/2014-30/04/2015).

RESULTADOS: Con la técnica de fraccionado anterior se obtenían 3 jeringas a partir de 2 viales comerciales de Ranibizumab (1,5 jeringas/vial), en la técnica actual se obtienen 9 jeringas a partir de 3 viales (3 jeringas/vial). El coste neto (PVL-Dto oficial 7,5% + 4% IVA) de 1 vial de Ranibizumab es de 644,54€, por lo que el coste medio de cada jeringa con la anterior técnica de fraccionado era de 429,69€ y con la actual técnica el coste se ha reducido a 214,85€.

Durante los 10 meses de estudio se trataron 443pacientes y se dispensaron 1.480 jeringas, por lo que el ahorro total en el periodo de estudio (10 meses) respecto a la técnica de fraccionado anterior ha sido de 317.963,20€ y respecto al no fraccionado del vial ha sido de 635.941,20 €.

En estos cálculos no se han tenido en cuenta los costes asociados a recursos humanos y al material desechable empleado.

CONCLUSIONES: Al preparar jeringas precargadas se disminuyen los costes, y se facilita la manipulación en quirófano, sin comprometer la seguridad del paciente ya que el fraccionado se realiza en condiciones asépticas.

El tipo de jeringa utilizada es importante, debido al espacio muerto que presentan las jeringas sin aguja incorporada en el cono de la jeringa.

El cambio de jeringas ha supuesto un gran ahorro económico para el hospital. Dado que las patologías retinianas están en aumento, esta repercusión económica será cada vez más significativa.

1107. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD

AUTORES: Ruiz Ramos J, Ramirez Galleymore P, Carrera Hueso Fj, Favieres Puigcerver C, Poveda Andres JI.

Hospital Universitario La Fe. Av. Fernando Abril Martorell N°106, 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: El aumento de resistencias bacterianas constituye una de las mayores amenazas para la salud pública. La reducción en el consumo de antimicrobianos se ha identificado como una medida eficaz para reducir la selección de cepas multirresistentes. Los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) han mostrado ser la estrategia con mayor impacto sobre el consumo de antimicrobianos.

El objetivo del presente estudio es valorar la eficiencia de la implantación de un PROA centrado en la optimización del tratamiento en el paciente crítico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se construyó un modelo que evalúa los efectos de la implantación de un PROA a corto y largo plazo en un hospital con 50 camas para pacientes críticos, estimando un total 2474 ingresos anuales. Los costes de implantación incluyeron los sueldos de un especialista en enfermedades infecciosas, microbiología y farmacia hospitalaria, con una dedicación a tiempo completo. El modelo consideró exclusivamente costes médicos directos (datos en €, año 2014).

Basado en estudios publicados, a corto plazo se consideró una reducción del coste por paciente (-51,2%), así como en la incidencia de *Clostridium difficile* (-48,0%). Se diseñó un árbol de decisión, considerando los efectos de la implantación sobre pacientes con sepsis (10% de ingresos), neumonía comunitaria (25%), neumonía asociada a ventilación mecánica (3,0%), bacteremia relacionada con catéter (2,0%) e infección del tracto urinario (2,8%).

A largo plazo, la evolución de pacientes se simuló mediante un modelo de cadenas de Markov, considerando que la implementación conseguiría una reducción de la incidencia de infección por bacterias multirresistentes del 20%. El impacto de la reducción de resistencias se consideró para el conjunto de infecciones nosocomiales, considerando una incidencia del 7,84%, siendo el 40% causadas por bacterias multirresistentes y considerando un coste y mortalidad adicional de las mismas de 5.500€ y 40%. A largo plazo, se consideró una reducción anual del consumo de antimicrobianos del 10% respecto al año previo.

Se realizó un análisis de sensibilidad univariante a corto plazo considerando las variables con mayor incertidumbre, así como un análisis de sensibilidad multivariante (simulación de Monte-Carlo) sobre las variables consideradas a largo plazo para evaluar el coste por resistencia evitada y por año de vida ganado (AVG).

RESULTADOS: A corto plazo, la implantación de un PROA reduce el consumo de antimicrobianos respecto al grupo intervención, con un beneficio neto de 99.434€. La reducción en el coste diario del tratamiento fue el valor que más afecta al modelo a corto plazo, siendo el valor umbral de beneficio una reducción del 34,2% del coste medio por paciente. A largo plazo, el mantenimiento del programa supondría un coste adicional de 80.817€. El coste por paciente con resistencia evitada fue de 5.516€, con un coste por AVG de 6.217€. La implantación del PROA fue eficiente en todas las situaciones testadas en el análisis de sensibilidad.

CONCLUSIONES: La implantación de un PROA centrado en la optimización de antimicrobianos en las unidades de críticos constituye una herramienta coste-efectiva considerando un amplio rango de variables.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

967. CONTROL DEL PH EN LA ELABORACIÓN DE VEHÍCULOS LÍQUIDOS ORALES: ¿REALMENTE SON IMPORTANTES LOS EXCIPIENTES?

AUTORES: Merino Bohorquez V, García Palomo M, Portillo Vazque S, Murillo Izquierdo M, Ávila Álvarez Jr, Camean Fernandez M.

Hospital Universitario Virgen De La Macarena. Avda. Dr. Fedriani 3. Sevilla. España

OBJETIVO: Para elaborar una fórmula magistral es necesario tener en cuenta el pH de máxima estabilidad del/de los principio(s) activo(s) que se vaya(n) a incorporar en la misma. Algunos principios activos como fenobarbital tienen un pH de máxima estabilidad alcalino (8-9), otros como propranolol lo tienen en un rango ácido (3). Los conservantes pueden modificar drásticamente el pH de un jarabe o solución una vez elaborado. Por tanto, se hace necesario tener caracterizados los distintos pH de los vehículos en función de los conservantes que se vayan a utilizar con el fin de mantener las propiedades fisicoquímicas del principio activo que se vaya a incorporar lo más estables posible. El objetivo de este trabajo es caracterizar los pHs finales de distintos vehículos orales utilizados comúnmente en formulación magistral partiendo de materias primas diferentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: se elaboraron cuatro lotes de cuatro tipos vehículos líquidos orales:

- Jarabe simple (64 partes sacarosa/36 partes de agua)
- Jarabe simple con conservantes parahidroxibenzoato (PHA) de metilo y propilo (Nipagin® al 0.06% p/v y Nipazol® base 0.04%)
- Jarabe simple con conservantes PHA de metilo sódico y propilo sódico (Nipagin® sódico 0.06% p/v y Nipazol® sódico 0.04% p/v)
- Solución de sorbitol al 70% con conservante (sorbato potásico 0.15 % p/v) csp. 100 mL

En la elaboración de los vehículos se utilizaron dos tipos de agua, ultrapurificada (tipo Milli-Q) y agua purificada PhEur (Grifols®). Para la elaboración de los jarabes se utilizaron dos tipos de azúcar: sacarosa PhEur y azúcar de uso doméstico. Se hicieron medidas del pH en continuo durante 10 minutos hasta estabilizar la medida de cada lote por triplicado. La medida del pH se hizo a 23 ± 0.5 °C.

RESULTADOS: los valores de pH (media±DE) para las distintas combinaciones son:

1. Agua purificada PhEur + Azúcar doméstico:
 - A. 6.89±0.050
 - B. 6.32±0.017
 - C. 8.79±0.005
2. Agua purificada PhEur + Sacarosa PhEur:
 - A. 6.60±0.005
 - B. 5.69±0.015
 - C. 8.71±0.010
- D. Solución sorbitol en agua purificada PhEur: 6.44±0.005
3. Agua ultrapurificada Milli-Q + Sacarosa PhEur:
 - A. 6.87±0.080
 - B. 6.41±0.010
 - C. 8.75±0.010
4. Agua ultrapurificada Milli-Q + Azúcar doméstico:
 - A. 6.49±0.051
 - B. 6.06±0.026
 - C. 8.90±0.050
- D. Solución sorbitol en agua Milli-Q: 6.45±0.005
5. pH agua Milli-Q=6.58±0.010.
6. pH agua purificada PhEur= 5.56±0.010.

CONCLUSIONES: - Para la elaboración de soluciones orales cuyos principios activos sean estables a pH básico se debería utilizar el vehículo C. Para principios activos cuya estabilidad máxima sea en medio ácido podrían utilizarse A, B y D según convenga y un ácido débil (p.e., ácido cítrico) para llegar al pH óptimo, teniendo en cuenta también el pH de máxima estabilidad del conservante, para PHA metilo y propilo base (pH 4-8), PHA sódicos (9.5-10.5), sorbato potásico (pH 4.5-6).

- El azúcar doméstico en general, aporta más alcalinidad a los vehículos frente a la sacarosa PhEur probablemente por las impurezas que aporta.

- El agua Milli-Q aporta más alcalinidad que el agua purificada probablemente por tener un pH más cercano a la neutralidad que el agua purificada.

- No hay diferencias de pH en la elaboración de sorbitol como vehículo utilizando los dos tipos de aguas.

332. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LAS PERFUSIONES ENDOVENOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. IMPACTO DE LA CENTRALIZACIÓN

AUTORES: Chaguaceda Galisteo C, Del Río Torres Hj, López Cabezas C, Codina Jané C.

Hospital Clinic I Provincial De Barcelona. Calle Villarroel N°170. Barcelona. España

OBJETIVO: La clasificación de los preparados estériles en niveles de riesgo es una recomendación de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación (GBPP), basada en los requerimientos propuestos por la Resolución europea CM/ ResAp(2011)1.

Los objetivos del estudio son: i)establecer el nivel de riesgo de las perfusiones endovenosas definidas en el hospital, ii)analizar las causas del nivel de riesgo resultante y iii)valorar el impacto de la centralización de la preparación de estas mezclas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron las perfusiones endovenosas pautadas durante el primer cuatrimestre de 2015. Se utilizó la matriz de riesgo para preparaciones estériles (versión 2.0) de la GBPP para clasificar los preparados en riesgo bajo, medio o alto. De los preparados clasificados como riesgo medio que no se preparan habitualmente en el servicio de Farmacia, se analizaron las siguientes variables: 1)la causa de este riesgo en base a los criterios establecidos en la matriz, 2)frecuencia de prescripción, 3)estabilidad físico-química, 4)impacto de la centralización sobre la carga de trabajo.

RESULTADOS: Se evaluaron 156 perfusiones endovenosas protocolizadas en el hospital. 79 (50,6%) fueron clasificadas como riesgo medio, estando ya centralizadas en Farmacia 7 de ellas (8,9%). El resto fueron clasificadas como riesgo bajo (49,4%). La dificultad del proceso de preparación, especialmente debido al elevado número de viales/ampollas necesarios, junto con el perfil de seguridad del medicamento, constituyeron las principales causas de clasi-

ficación de los preparados en riesgo medio. En el 57% de las mezclas (45/79) coincidieron los dos criterios, mientras que en 8 mezclas para analgesia controlada por el paciente (PCA), a estos dos se sumó el criterio de susceptibilidad a la contaminación microbiológica. Estas 53 mezclas fueron las priorizadas para su preparación centralizada, destacando como más pautadas las perfusiones con mórficos, los fármacos vasoactivos, las mezclas con potasio y las mezclas para PCA.

Se revisó la estabilidad físico-química de las 10 mezclas de riesgo medio prescritas con más frecuencia que reunían 2 o tres criterios de riesgo elevado. En 3 mezclas para PCA no se disponía de datos de estabilidad físico-química. Por otra parte, la perfusión de noradrenalina no parece estable más allá de 24h. Las 6 restantes presentan una estabilidad aceptable para su preparación centralizada, según la evidencia disponible. La carga de trabajo resultante de la centralización de estas 6 mezclas supondría unas 18 horas semanales de trabajo técnico, distribuidas de la siguiente forma: 5,5h PCA remifentanilo+bupivacaína, 4,5h perfusiones morfina y fentanilo, 3,5h perfusión dobutamina(X4), 4,5h mezclas de SF o SG% con 30 mEq potasio.

CONCLUSIONES: Aproximadamente el 50% de las perfusiones endovenosas protocolizadas son de riesgo medio, según la GBPP.

La carga de trabajo que conlleva la centralización de las preparaciones de elevado riesgo hace necesario establecer criterios de priorización, para poder realizar una asignación de recursos progresiva y realista.

La estabilidad físico-química puede ser una limitación a la hora de plantear la centralización de las mezclas

El ajuste de algunas presentaciones comerciales a las necesidades reales de la preparación de medicamentos contribuiría a disminuir el riesgo de muchas preparaciones.

698. FORMULACIÓN DE TIOSULFATO SÓDICO TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA CALCINOSIS CUTIS

AUTORES: Del Río Torres Hj, Chaguaceda Galisteo C, Lopez Cabezas C, Mascaro Galy Jm, Codina Jane C. Hospital Clínic I Provincial De Barcelona. Calle Villarroel 170. Barcelona. España

OBJETIVOS: La calcinosis cutis o calcificación cutánea es una patología que cursa con depósitos de calcio en la piel. Se clasifica según el origen de la calcificación en distrófica, metastásica, idiopática o iatrogénica. Es frecuente observarla en el contexto de conectivopatías como la esclerosis sistémica y la dermatomiositis.

El tiosulfato sódico es una molécula inorgánica que actúa como quelante del calcio siendo de utilidad en el tratamiento de la calcifilaxia. Objetivos del estudio:

1. Evaluación de la viabilidad de una formulación tópica de tiosulfato sódico para el tratamiento de las lesiones cutáneas de calcinosis cutis.
2. Análisis de la efectividad y tolerancia de este preparado en un grupo de pacientes diagnosticados de calcinosis cutis.

MATERIAL Y MÉTODOS: El tiosulfato sódico ha sido formulado en vaselina filante por sus propiedades protectoras y oclusivas. Se ha considerado apropiada una concentración del 25% puesto que en la bibliografía revisada el rango de concentraciones oscilaba entre 10-25%. Previamente, el tiosulfato sódico debe humectarse con agua para favorecer una dispersión homogénea en la vaselina.

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, en el que se han incluido 17 pacientes (14 mujeres) con desarrollo de calcinosis cutánea, en seguimiento por el Servicio de Dermatología. Las variables incluidas han sido: (i) la disminución del dolor, (ii) el tamaño y progresión de las lesiones cutáneas y (iii) la tolerancia al preparado. Dada la dificultad de poder cuantificar la mejoría clínica de una forma objetiva, ésta se ha evaluado en función del grado de mejoría utilizando una escala del 0 al 2 (0: sin mejoría; 1: mejoría leve; 2: mejoría moderada-importante) según la valoración del médico y del paciente.

RESULTADOS: Se consigue una formulación estable y homogénea de tiosulfato sódico. Reológicamente, la pomada presenta consistencia media al ser batida en el mortero. La extensibilidad baja es la adecuada para que pueda permanecer en el lugar de aplicación más tiempo.

Las patologías de base que presentaron los pacientes fueron: esclerosis sistémica (n=11), enfermedad injerto contra huésped crónica esclerodermiforme (n=1), dermatomiositis (n=2), paniculitis postraumática (con calcificación distrófica secundaria) (n=1) y solapamiento de esclerosis sistémica y dermatomiositis (n=2). Respecto a la efectividad, 12 de los 17 pacientes han presentado una mejoría evidente con disminución del tamaño de las lesiones y desaparición de las de menor tamaño, obteniendo en la escala propuesta una puntuación de 2. De los 5 restantes, 4 de ellos han obtenido una puntuación de 1 y 1 de ellos puntuación de 0. Los pacientes con lesiones más profundas requerirán la aplicación de técnicas de imagen (radiografías y ecografías) para poder evaluar la mejoría a largo plazo de forma satisfactoria.

La posología ha sido de 2-3 aplicaciones diarias, con una duración de tratamiento variable en función de la mejoría de las lesiones. No se han descrito efectos adversos tópicos o sistémicos.

CONCLUSIONES: La formulación de tiosulfato sódico en vaselina al 25% es viable en las condiciones propuestas en el estudio.

La pomada ha sido efectiva en el 94% de los pacientes tratados y bien tolerada por todos ellos.

103. MEZCLAS BINARIAS DE MIDAZOLAM Y FUROSEMIDA ALMACENADAS EN SISTEMAS DE INFUSIÓN CONTINUA: COMPATIBILIDAD Y ESTABILIDAD

AUTORES: Sánchez Rojas F, Espinosa Bosch M, Bosch Ojeda C.

Hospital Regional Universitario De Málaga. Avda. Carlos Haya S/N. Málaga. España

OBJETIVO: La mezcla de distintos fármacos para utilizar en sistemas de infusión continua es una práctica común en cuidados paliativos, pero el estudio analítico de su compatibilidad y estabilidad no siempre está disponible. El objetivo de esta investigación es estudiar disoluciones de la mezcla midazolam-furosemida a diferentes concentraciones y temperaturas preparadas en NaCl 0.9% y almacenadas en infusores, en todos los casos protegidas de la luz.

MATERIAL Y MÉTODO: Se prepararon mezclas de midazolam y furosemida en NaCl 0.9% a tres concentraciones (0.3 mg/ml – 0.6 mg/ml; 0.3 mg/ml – 0.7 mg/ml y 0.35 mg/ml – 0.6 mg/ml de midazolam y furosemida respectivamente) y se conservaron a dos temperaturas de almacenamiento, 25°C y 37°C cada una, empleando estufa de cultivo. Cada una de estas seis alternativas se almacenó en tres infusores elastoméricos y se conservaron protegidas de la luz. A partir de cada mezcla se prepararon cinco patrones de distintas concentraciones para su congelación y posterior utilización para establecer la curva de calibrado los días de estudio de estabilidad.

ESTABILIDAD QUÍMICA: Las concentraciones de las mezclas se han determinado mediante HPLC-UV en fase inversa por interpolación de las curvas de calibrado preparadas los días 0, 1, 2, 3, 4, 7, 10, 14, 17, utilizando las siguientes condiciones: columna C18; fase móvil acetonitrilo:agua 80:20 (v/v); flujo de fase móvil 1.5 ml/min; detección a $\lambda=235$ nm; tiempo de registro del cromatograma 3.5 min; tr(furosemida)=1.5 min y tr(midazolam)= 2.3 min. La estabilidad química se midió como retención de >95% de la concentración inicial de los fármacos así como el análisis de la curva de HPLC para la detección de picos derivados de productos de degradación.

RESULTADOS: La estabilidad de las mezclas diluidas en NaCl 0.9% son: midazolam–furosemida (0.3 mg/ml – 0.6 mg/ml) es estable (retiene más del 95% de la concentración inicial 17 días a 25°C y 24 horas a 37°C; (0.3 mg/ml – 0.7 mg/ml) es estable 24 horas a ambas temperaturas; (0.35 mg/ml – 0.6 mg/ml) es estable 24 horas a ambas temperaturas.

CONCLUSIÓN: La estabilidad de las mezclas estudiadas depende de la concentración de las mismas y de las condiciones de almacenamiento. Las mezclas de midazolam y furosemida en NaCl 0.9% en infusores elastoméricos sólo pueden usarse con seguridad en cuidados paliativos durante 24 horas.

436. NUEVA FORMULACIÓN DE NEOMICINA Y ESTREPTOMICINA PARA LA DESCONTAMINACION DIGESTIVA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS

AUTORES: López-Santamaría Donoso J, Albornoz López R, Viguera Guerra I.

Hospital Reina Sofia. Avda. Menendez Pidal, S/N. Cordoba. España

OBJETIVO: Desarrollar una formulación oral de neomicina y estreptomicina en cápsulas para la descontaminación digestiva selectiva de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) y evaluar su efectividad en pacientes con colonización intestinal por la misma en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes a los que se prescribió cápsulas de neomicina y estreptomicina desde el 1 de junio de 2014 hasta el 31 de enero de 2015. La fórmula magistral se desarrolló ante la necesidad de una alternativa terapéutica a la pasta y suspensión oral de gentamicina para la descontaminación de pacientes colonizados por KPC. Para ello se recurrió a dos antibióticos aminoglucósidos con efectividad sobre *Klebsiella pneumoniae* y que, al no absorberse vía oral, realizasen una acción local en el intestino. Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer la dosificación más idónea de neomicina y estreptomicina en nuestra formulación. La efectividad de la fórmula se valoró a través de los informes de Microbiología y la historia clínica digital del paciente, analizándose los resultados de cultivos rectales anteriores y posteriores al tratamiento.

RESULTADOS: Se desarrolló una fórmula magistral de cápsulas de neomicina 40 mg y estreptomicina 80 mg. Para la elaboración de 100 cápsulas se pesaron 4 gramos de neomicina sulfato (Fagron Ibérica) y 8 gramos de estreptomicina sulfato (Fagron Ibérica), completándose el volumen hasta 37 ml con maltodextrina (Fagron Ibérica). Se emplearon cápsulas de gelatina dura del número 2, asignándole a la fórmula una caducidad de 6 meses. Un total de 16 pacientes (9 hombres y 7 mujeres) con una mediana de edad de 69 años (22-84) recibieron tratamiento con neomicina 40 mg/estreptomicina 80 mg durante el período de estudio, con una pauta de administración de 1 cápsula cada 8

horas y una duración de tratamiento de 14 días. En 5 pacientes no se pudo evaluar la efectividad de la formulación; 4 de ellos por exitus a los pocos días de comenzar el tratamiento de descontaminación selectiva, mientras que en un caso no tuvimos resultados de cultivos rectales posteriores al tratamiento. Los 11 pacientes restantes finalizaron correctamente su tratamiento; 5 de ellos negativizaron KPC en su cultivo rectal, mientras que los otros 7 continuaron con cultivo rectal positivo a pesar del tratamiento.

CONCLUSIÓN: Esta nueva formulación ha demostrado ser efectiva en el 45,45% de los pacientes evaluados, suponiendo una nueva alternativa terapéutica a la descontaminación selectiva con pasta y suspensión oral de gentamicina.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

923. ESTIMACIÓN DEL AHORRO ECONÓMICO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO COMBINADO CON SUEROS LUER EN LA PREPARACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS.

AUTORES: González-Haba Peña E, Manrique Rodríguez S, Pérez Castán P, Herranz Alonso A, Iglesias Peinado I, Sanjurjo Saez M.

Hospital Gregorio Marañón. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVO: Para garantizar que el nivel de exposición a fármacos peligrosos sea lo más baja posible, es necesaria la utilización de sistemas cerrados en la preparación y administración de dichos fármacos.

En nuestro hospital se implantó el sistema valvular de ICU Medical en combinación con los sueros Fleboflex® de Grifols con conexión luer. Previamente se realizó revisión bibliográfica y evaluación de un sistema tipo árbol, sistema valvular de ICU Medical y valvular combinado con los sueros luer. Tras seleccionar un sistema valvular, se realizó un estudio experimental con fluoresceína en el que determinamos que la opción más coste-efectiva consistía en utilizar conector a jeringa, punzón de apoyo y los sueros Fleboflex® con conexión luer.

El objetivo del estudio fue estimar el ahorro económico de la implantación de dicho sistema valvular de ICU Medical® en combinación con los sueros Fleboflex®.

Como objetivo secundario estimar el ahorro en tiempo que supone utilizar estos sueros en lugar del punzón CLAVE® a una bolsa de suero convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se calculó el coste medio de una preparación sumando el coste del conector, punzones de apoyo y el incremento que supone utilizar el suero Fleboflex® frente a los sueros Viafló® de Baxter® que eran los que utilizábamos. Se calculó también el coste de una preparación con el sistema ChemoCLAVE® sumando el conector (Spirox®), punzones de apoyo y punzón a bolsa de los sueros Viafló® de Baxter®. Se estimó que en nuestro hospital el número medio de punzones que hay que utilizar para cada preparación es de dos, que corresponde a dos viales, ya que para evitar contaminación es necesario emplear un punzón por vial. No se ha tenido en cuenta el coste de la alargadera que se conecta al sistema de bomba necesaria para la administración, ya que este coste no repercute al Servicio de Farmacia.

Para los sueros se utilizó el PVL + IVA, y para los componentes del sistema cerrado los precios medios de venta en nuestro país que nos proporcionó Hospira, el distribuidor de ICU Medical®.

Se ha calculado la mediana del tiempo que se midió en 30 tratamientos con la utilización del suero luer, y en otros 30 tratamientos con la utilización del punzón a bolsa.

RESULTADOS: Estimamos un coste en los sistemas cerrados para la preparación de fármacos peligrosos de 9,47 € si se utiliza el sistema valvular combinado con sueros luer, y 10,58 € si se utiliza el sistema valvular ChemoCLAVE®. Por tanto, la introducción de los sueros permite un ahorro de 1,11 € por bolsa.

En nuestro hospital se elaboran una media de 3.161 tratamientos mensualmente en bolsas, por tanto estimamos un ahorro mensual de 3.508,71 €.

Se estima un ahorro medio de tiempo de 15 segundos (0:53 vs 1:08) por cada preparación en bolsa con la utilización de los sueros luer.

CONCLUSIONES: La introducción de los sueros luer Fleboflex® ha permitido un ahorro económico considerable y menos tiempo necesario para la elaboración, sin que se vea afectada la seguridad de los manipuladores de fármacos peligrosos.

978. ESTUDIO COMPARATIVO DE PREPARACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS MEDIANTE SIMULACIÓN CON FLUORESCEINA CON VARIAS MODALIDADES DE SISTEMAS CERRADOS.

AUTORES: Gonzalez-Haba Peña E, Manrique Rodríguez S, Moreno Gálvez M, Herranz Alonso A, Iglesias Peinado I, Sanjurjo Saez M.

Hospital Gregorio Marañón. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVO: Comparar la contaminación ambiental generada durante la preparación y administración de citostáticos en condiciones reales de trabajo con la utilización de diferentes componentes de sistemas cerrados de tipo valvular y sus combinaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio experimental comparativo de elaboración de mezclas de fluoresceína con diferentes combinaciones de sistemas cerrados en un hospital que dispone de una unidad centralizada de elaboración de citostáticos en el Servicio de Farmacia, que en el año 2014 realizó un total de 46.323 preparaciones.

Para la realización del estudio se utilizaron punzones con conector CLAVE® con filtro de venteo 0,2 µm (universal y con anclaje a vial de 20 mm), conector macho cerrado de jeringa (Spirox®), punzón a bolsa con válvula de bioseguridad CLAVE® (sistema ChemoCLAVE®) y alargadera de ICU Medical que distribuye Hospira en nuestro país. También se utilizaron los sueros Fleboflex® de Grifols con conexión luer.

Las diferentes combinaciones compararon la seguridad durante la fase de elaboración utilizando jeringas con o sin conector y punzones de apoyo frente a anclaje.

Durante la fase de elaboración y administración se comparó el sistema valvular ChemoCLAVE® frente al valvular combinado con sueros Fleboflex® con conexión luer.

Se calculó un tamaño muestral de 120 preparaciones en cada brazo (conector vs sin conector, punzón anclaje vs apoyo) para detectar una diferencia de proporciones del 5%, con una potencia estadística del 80% y una significación del 5%.

Se elaboraron 240 mezclas mediante simulación de la preparación de citostáticos, utilizando viales de fluoresceína. Posteriormente se simuló la administración.

La variable principal fue la detección cualitativa de contaminación ambiental mediante luz ultravioleta (UV) y fluoresceína y la medición del tamaño de las gotas y salpicaduras que se originan durante la manipulación en la cabina de seguridad biológica.

El análisis estadístico de comparación de proporciones se realizó con la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$).

De forma secundaria, para determinar la seguridad durante la administración se valoró la presencia en celulosa de contaminación del punto crítico de la válvula CLAVE® o de la válvula luer del suero.

RESULTADOS: Únicamente se visualizaron salpicaduras en 4 de las 240 preparaciones, todas en el paño estéril que se coloca en la superficie de la cabina. Una de las salpicaduras tuvo lugar sin conector y con punzón de anclaje y las tres restantes sin conector y con punzón de apoyo.

A pesar de que no encontramos diferencias estadísticamente significativas, si comparamos la elaboración con o sin conector ($p > 0,05$), sí es relevante el poner de manifiesto que sin un conector el sistema no es completamente cerrado.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre utilizar punzón apoyo vs anclaje ($p > 0,05$).

En la simulación de la administración no se han encontrado diferencias entre utilizar ChemoCLAVE® o el sistema valvular combinado.

CONCLUSIONES: Es importante utilizar el conector de jeringa para que el sistema sea completamente cerrado. Los punzones de abrazadera no parecen presentar ventajas frente a los de apoyo. El uso de sueros Fleboflex® es seguro en combinación con el sistema valvular de ICU Medical.

39. EVALUACIÓN DEL CONSUMO E IMPACTO ECONÓMICO DE PRODUCTOS SANITARIOS CORTOPUNZANTES CON SISTEMA DE BIOSEGURIDAD EN 4 CENTROS HOSPITALARIOS SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LEGISLACIÓN VIGENTE

AUTORES: García Cases S, Gaspar Carreño M, Ponce Sillas A, Aguinagalde Toya A, Moreno Diaz R.

Servicio De Farmacia Sociosanitario La Florida. C/ Tomas Aznar Domenech, 43. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluación del consumo de productos sanitarios cortopunzantes (PSC) según recomendaciones de la orden ESS/1451/2013 de 29 julio por la que entre otras medidas, hace necesaria la implantación de dispositivos de seguridad en estos productos en los centros sanitarios.

Valoración del impacto económico que supone la adquisición y empleo de los PSC con sistema de bioseguridad, al lograr un entorno de trabajo más seguro ante la aparición de accidentes post-exposición a agentes biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, multicéntrico en 3 centros hospitalarios y 1 centro sociosanitario durante dos periodos de tiempo: doce últimos meses con PSC convencionales y doce primeros meses con los mismos PSC con sistema de bioseguridad. Se evalúa en cada centro la variación de consumos y costes de los PSC, número y probabilidad (Px) de accidentes postexposición previo al cambio y coste mínimo del tratamiento de un accidente post-exposición (CMT) para que se considere rentable el empleo de los PSC con sistema de bioseguridad. Para el

cálculo de CMT, empleamos la siguiente fórmula: $CMT > [(Coste\ medio\ PSC\ con\ sistema\ de\ bioseguridad) - (Coste\ medio\ PSC\ convencional)] / Px$.

RESULTADOS: La variación de consumo de los últimos doce meses de los PSC convencionales y los doce primeros meses de los PSC con sistema de bioseguridad es de 3,81%, 7,95%, 33,85% y 108,27% con una variación del coste de 150,46%, 30,98%, 39,22% y 1041,58% en los centros A, B, C y D respectivamente.

El número de accidentes post-exposición fueron de 11, 7, 10 y 3 con una Px de 0,011%, 0,011%, 0,003% y 0,015% en los centros A, B, C y D respectivamente.

El CMT para que se considere rentable el empleo de los PSC con sistema de bioseguridad es de 411,05€, 424,31€, 373,74€ y 1471,45€ para los centros A, B, C y D respectivamente.

CONCLUSIONES: Los dispositivos de seguridad en los PSC permiten mejorar el empleo de estos productos aunque exista una tendencia al incremento de su consumo en los cuatro centros.

El número de accidentes notificados en cada centro, indica que presentan una Px similar.

Se demuestra que el cambio es una medida económicamente favorable para los centros A, B y C, ya que el CMT es inferior al coste real del tratamiento de un accidente post-exposición, que, según la bibliografía, en función del estado serológico de la fuente oscila entre 172€ y 1786€. En cambio, para que se vea favorecido el cambio en el centro D, la fuente debe ser desconocida o con un alto riesgo de infección.

Por tanto y aunque desde el punto de vista económico, la aplicación de esta Directiva supondrá un incremento en los costes derivado del uso de dispositivos de seguridad, el impacto económico del cambio no se reduce simplemente a la diferencia de costes entre los dispositivos convencionales y los de seguridad, sino que también hay que considerar los costes de los accidentes laborales con material cortopunzante, que disminuyen con la adquisición de los dispositivos de seguridad, posibilitando lograr una correcta optimización de los recursos sanitarios.

677. INCIDENTES ADVERSOS ASOCIADOS A LA ADMINISTRACION DE 5-FLUOROURACILO EN INFUSORES ELASTOMÉRICOS

AUTORES: Escudero Brocal A, Luque Mesa JA, Escandell Marí C, Sequeda Reyes MT, Prieto Gonzalez I, Estaun Diaz de Villegas E.

Hospital Can Misses. Carrer de Corona, 32-36, 07800 Ibiza, Illes Balears. Islas Baleares. España

OBJETIVO: Analizar los incidentes adversos ocurridos con infusores elastoméricos (IE) empleados para la administración de 5-fluorouracilo (5-FU) en infusión intravenosa continua. Plantear sistemas de mejora para la prevención y detección de este tipo de incidentes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de 5 meses de duración (enero-mayo 2015) realizado en un Hospital Comarcal. Se incluyeron todas las mezclas de 5-FU diluido en suero: Fisiológico al 0,9% (SF0,9%) o Glucosado al 5% (SG5%) contenidas en un IE. Se registraron todos los IE (característica y lote) y se analizaron los eventos adversos comunicados, teniendo en cuenta los factores que afectan la precisión de la infusión descritos por el Grupo de Productos Sanitarios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GPS SEFH). Se comprobó si los incidentes adversos ocasionaron algún error de medicación (EM) en el momento en que se detectó y se tipificaron según la escala de gravedad del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. El personal sanitario implicado en la preparación de IE realizó propuestas de mejora para la detección y prevención de estos incidentes.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se han empleado 49 IE: 8 IE con velocidad de flujo de 0,5 ml/h (7 días), 5 de ellos preparados con SG5%, 2 IE con velocidad de flujo de 2 ml/h (4 días) preparados con SG5% y 39 IE con velocidad de flujo de 5 ml/h (46 horas) preparados con SG5%.

Se registraron 3 incidentes adversos (6% de los ciclos de 5-FU) que incluyeron IE con lotes distintos entre sí:

- Incidente nº1 (IE de 0,5 ml/h, porcentaje de llenado 84%). El paciente observó, transcurridas 48 horas, que no había variado el volumen de 5-FU diluido en SF0,9%.
- Incidentes nº2 y nº3 (IE de 5 ml/h, porcentaje de llenado 96%). La enfermera observó un retraso de 10 y 12 horas respectivamente en la administración del 5FU diluido en SG5%.

Todos los incidentes adversos ocasionaron EM de Categoría D. Ante esta casuística, se realizaron las siguientes propuestas de mejora:

- Diseño de un tríptico informativo para los pacientes portadores de IE (a partir de la plantilla del GPS SEFH).
- Revisión de las mezclas de 5-FU para cambiar el diluyente a SF0,9%.
- Recordatorio a los profesionales sanitarios las obligaciones de comunicación de incidentes adversos (acorde al Real Decreto 1591/2009 por el que se regulan los productos sanitarios y la Ley 14/1986 General de Sanidad).

- Notificación de estos incidentes a la Unidad de Seguridad de Paciente disponible en nuestro centro y a los laboratorios fabricantes en caso de sospecha de fallo del IE.

CONCLUSIONES: La mayoría de los incidentes adversos ocurridos con IE empleados para la administración 5-FU están relacionados con la dilución de 5-FU en SG5% y son detectados por el personal de enfermería, sin llegar a ocasionar ningún daño para el paciente.

La implicación de los profesionales sanitarios y de los pacientes en la detección y prevención del riesgo asociado al uso de IE favorecerá la recogida de información durante las fases de post-producción de estos productos sanitarios.

577. MALLAS QUIRÚRGICAS: CLASIFICACIÓN, SELECCIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN

AUTORES: Cantudo Cuenca MD, Cantudo Cuenca MR, Horno Ureña F.

Complejo Hospitalario De Jaen. Avda. Ejercito Español, 10. Sevilla. España

OBJETIVOS: En la actualidad se dispone de una amplia gama de mallas para tratamiento de hernias inguinales y ventrales, por lo que se hace imprescindible conocerlos y realizar la elección adecuada. El objetivo del estudio es caracterizar los grupos existentes de mallas quirúrgicas usadas en hernioplastia para establecer un sistema de gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Revisión bibliográfica para determinar los sistemas de clasificación basados en estándares internacionales. 2. Solicitud a proveedores del catálogo de especificaciones técnicas de las mallas comercializadas en España. 3. Indicaciones de uso de las mallas usadas en el hospital.

RESULTADOS: De acuerdo con estándares internacionales, las mallas se clasifican principalmente: 1. Según tamaño de los poros y comportamiento durante la integración al huésped. A. Macroporosas/reticulares (tipo I): poros mayores de 75µm, compuestas la mayoría por polipropileno (PP) o poliéster (PE), no absorbibles y alta adherencia al intestino en contacto directo. B. Microporosas/laminares (tipo II): poros menores 10-75µm, compuestas la mayoría por politetrafluoretileno expandido o ePTFE. Menor índice de formación de adherencias. C. Mixtas (tipo III): formadas por PP o PE, al que se añade una barrera antiadherente absorbible (colágeno-poli(etilenglicol)-glicerol, ácido hialurónico carboximetilcelulosa, celulosa oxidada regenerada y ácidos omega3) o irreabsorbible en cara visceral (silicona, poliuretano o PTFE-e). D. Orgánicas (tipo IV): no tienen trama tejida, ni poros. Materiales usados: matriz dérmica acelular, mucosa intestinal porcina, pericardio de bovino, entre otros. 2. Según la cantidad final de material protésico incluido en la cicatriz. A. Alta densidad. 95-110 g/m². B. Mediana densidad. 45-90 g/m². C. Baja densidad. 35-38 g/m². 3. Atendiendo a indicaciones de uso: A. Reparación en interfase tejido/tejido sin contacto con el peritoneo visceral: PP o PE, prótesis que debe separarse de vísceras abdominales para evitar la adherencia. B. Reparación en contacto con peritoneo visceral: mixtas y/o ePTFE. En función de esta información y el defecto a reparar se caracterizaron los siguientes grupos: Mallas para hernias inguinales. 1. Mallas preformadas "plug & patch" para técnica de Rutkow: PP, poros >1mm, peso ≤50 gr/m². 2. Mallas planas para hernioplastias con técnica de Lichtenstein: PP, poros >1 mm, peso ≤50 gr/m², rectangular, cuadrada o precortada. 3. Mallas preformadas para hernioplastias por vía preperitoneal: PP en forma anatómica tridimensional adaptada al espacio preperitoneal, en dos tamaños y para ambos lados de la pelvis. Mallas para hernias ventrales. 4. Mallas planas para hernioplastias extraperitoneales: PP, poros >1mm, peso ≤50 gr/m² y grosor inferior a 0,55 mm, en cuatro medidas. 5. Mallas recubiertas para hernioplastias intraperitoneales: material monofilamento irreabsorbible, recubierto por una capa de material reabsorbible, en diferentes medidas y formas. 6. Mallas preformadas para hernioplastias laparoscópicas, umbilicales y perineales: material monofilamento irreabsorbible, recubierto con capa de material reabsorbible. Uso umbilical (medidas 4-9 cm) y uso perineal (mallas oval).

CONCLUSIONES: La caracterización de la amplia gama de mallas quirúrgicas existentes en el mercado permite realizar una selección adecuada mejorando la gestión de las mismas y es considerada una herramienta eficiente, contribuyendo a la sostenibilidad y promoviendo una asistencia de calidad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1093. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA TRAS EL PRIMER AÑO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: PICAZO SANCHIZ G, RUBIO CEBRIÁN B, MARTÍN CASASEMPERE I, SANTAOLALLA GARCÍA I, GARRIDO PEÑO N, SEGURA BEDMAR M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. Río Jucar, s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas desde el servicio de farmacia tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica. Conocer el grupo farmacoterapéutico y los servicios implicados así como el grado de aceptación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado durante 2014 en el proceso de validación tras la implementación, en diciembre de 2013, del programa de prescripción electrónica. Diariamente el farmacéutico valida las ordenes médicas de todos los pacientes hospitalizados, quedando excluidos los servicios de urgencias y neonatos. En aquellos medicamentos en los que era necesario hacer cualquier modificación, el farmacéutico agregaba las intervenciones pertinentes a través del programa informático Farmatools®. Los motivos de intervención se clasificaron en: indicación, efectividad, seguridad, interacción farmacológica e insuficiencia renal. Todas las intervenciones quedaban reflejadas con diferentes iconos en el programa de prescripción electrónica Selene®, a excepción de insuficiencia renal e interacción farmacológica, para las cuales se creó una nota específica que quedara incluida en el evolutivo del paciente llamadas "Nota Farmacia Insuficiencia Renal" y "Nota Farmacia Interacciones" respectivamente. El grado de aceptación se confirmó a través de la traza del sistema informático Farmatools.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se realizaron 11.688 intervenciones en 3.709 pacientes, lo que corresponde a 3,15 intervenciones por paciente. Desglosado por motivo de intervención: indicación 67,03%, efectividad 18,73%, seguridad 9,04%, insuficiencia renal 2,83% e interacción farmacológica 2,37%. Detallando cada intervención por tipos, dentro de indicación: el 77,50% fueron debidas a cambios de presentación para ajustar a la dosis prescrita, 9,30% a intercambios terapéuticos para adaptarse a la guía farmacoterapéutica del hospital, 13,11% a cambios de vía de administración y 0,08% a medicamentos no indicados para la situación del paciente. En cuanto a efectividad: el 100% fueron debidas a infradosificación (57,97% como consecuencia de dosis por debajo de lo recomendado y 42,03% por frecuencia incorrecta). En el caso de seguridad: 97,92% se debieron a sobredosificación (70,58% referido a dosis inadecuada, 27,34% a frecuencia incorrecta, 1,70% por duplicidad terapéutica y 0,19% por duración inadecuada). Dentro de las interacciones farmacológicas la más frecuente fue la producida por la combinación de clopidogrel-omeprazol (27,44%) y respecto a insuficiencia renal los fármacos que requirieron más ajustes por función renal fueron levofloxacino (15,84%), alopurinol (10,87%) y meropenem (10,25%). Los grupos ATC en los que hubo mayor número de intervenciones fueron del grupo C (20,48%), N (20,60%), A (13,99%) y B (13,50%). Los servicios que recibieron un mayor número de intervenciones fueron: medicina interna (41,72%), traumatología (10,00%), cardiología (8,70%) y cirugía general y digestivo (8,54%). El grado de aceptación total fue del 77,10 %.

CONCLUSIONES: La introducción del sistema de prescripción electrónica ha permitido realizar un mayor control y registro de las intervenciones farmacéuticas. A pesar del aumento en el número de intervenciones se ha alcanzado un elevado porcentaje de aceptación por parte de los servicios médicos. Sería necesario revisar la causa de por qué el grupo ATC con mayor número de intervenciones es el C.

670. EFICACIA COMPARADA DE SECUKINUMAB Y OTROS TRATAMIENTOS PARA PSORIASIS RE-FRACTARIA

AUTORES: Palomo Palomo C, Fénix Caballero S, García De Paredes Esteban Jc, Alegre Del Rey Ej, Gándara Ladrón De Guevara Mj, Ríos Sánchez E.

Hospital Universitario De Puerto Real. Carretera Nacional Iv, Km 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: Establecer si secukinumab, infliximab, etanercept, adalimumab, ustekinumab y apremilast pueden considerarse alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) en eficacia en psoriasis en placas moderada-grave (PP).

MATERIAL Y MÉTODOS: La ausencia de comparaciones directas entre todos los fármacos indicados en PP, justifica la realización de una comparación indirecta (CI). Se realizó una búsqueda de ensayos clínicos (EC) de los fármacos anteriores, en fase III, doble-ciego, controlados con placebo, eficacia evaluada a las 12 semanas o próximas, con población diagnosticada de PP y candidatos a fototerapia o terapia sistémica. Como variable principal para la comparación se utilizó la reducción del 75% en el índice de gravedad y área afectada de psoriasis (PASI75). Se realizó un meta-análisis para los fármacos con más de un EC. La CI se hizo mediante el método de Bucher (con la calculadora "ITC" de Wells) tomando como fármacos de referencia aquellos que presentaban mayores resultados numéricos frente a placebo: infliximab y secukinumab. Considerando que el fracaso puede ser recuperado con una segunda línea eficaz, se tomó como valor delta para PASI75 el valor empleado en el cálculo del tamaño muestral del EC de ustekinumab frente a etanercept (Griffiths et al): 14%. Se estableció el posicionamiento basado en la Guía ATE.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 EC, 4 de secukinumab, 2 adalimumab, 2 ustekinumab, 2 apremilast, 3 etanercept y 2 infliximab. Como limitación, se encontró que la variable PASI75 se evaluó en la semana 16 en los EC de apremilast y en la semana 10 en los de infliximab. Se incluyeron tanto pacientes naive como previamente tratados con terapia biológica. La diferencia en PASI75 entre infliximab 5mg/kg y los otros fármacos expresada como RAR(IC95%) fue: secukinumab 300mg [-3%(3,72;-9,72)], ustekinumab 90mg [-11%(-1,13;-20,86)], infliximab 3mg/kg [-13,2%(-1,11;-25,28)], secukinumab 150mg [-14%(-7,59;-20,40)], adalimumab [-16%(-9,89;-22,10)], ustekinumab 45mg [-16%(-9,89;-22,10)], etanercept 2x50mg [-33%(-25,56;-40,43)], etanercept 2x25mg [-48%(-41,27;-54,72)], apre-

milast [-53%(-45,92;-60,07)], etanercept 25mg [-69%(-61,07;-76,92)]. Según la guía ATE, secukinumab 300mg y 150mg, ustekinumab 90mg e infliximab 3mg/kg podrían considerarse ATE en eficacia para PASI75 con respecto a infliximab 5mg/kg, pues las diferencias son probablemente irrelevantes. Para adalimumab y ustekinumab 45mg existen diferencias probablemente relevantes con respecto a infliximab, no se consideran ATE. Sin embargo en la CI de secukinumab 300mg frente a adalimumab y ustekinumab 45mg, la diferencia en PASI75 fue: adalimumab [-13%(-7,29;-18,70)] y ustekinumab 45mg [-13%(-7,29;-18,70)]. Con respecto a secukinumab, adalimumab y ustekinumab 45mg podrían considerarse ATE al presentar diferencias probablemente irrelevantes. Para etanercept y apremilast existen diferencias tanto estadísticas como clínicamente relevantes; no son ATE.

CONCLUSIONES: Infliximab, secukinumab y ustekinumab 90mg/kg serían ATE entre sí en cuanto a la eficacia. Adalimumab y ustekinumab 45mg podrían considerarse ATE con respecto a los dos últimos, pero no frente a infliximab. Etanercept y apremilast no podrían ser declarados ATE en eficacia con respecto a los anteriores. Para una declaración definitiva de ATE de estos fármacos, habría que considerar también criterios de seguridad y adecuación.

10. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES: Alcalá Galán M, Grutzmancher Saiz S, Rodríguez Molins E, Contreras Rey Mb, Yañez Feria D, Bocanegra Martín C.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Ronda Exterior Norte S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Evaluar la calidad de la información farmacoterapéutica en los informes de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna, e identificar los puntos que requieren adoptar medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de monitorización de la calidad mediante la metodología de aceptación de lotes (LQAS). El marco muestral se definió por la totalidad de pacientes ingresados en Medicina Interna que habían recibido el alta durante el primer trimestre de 2015. Se seleccionó una muestra aleatoria de 19 IAH de pacientes. Se evaluaron los Indicadores de Calidad establecidos en el "Documento de consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas". Los indicadores evaluados fueron: I1: Se define con claridad el nombre del fármaco. I2: Se define la vía de administración. I3: Se define la posología. I4: Se define la duración del tratamiento. I5: La prescripción se realiza por PA (En caso de usar nombres comerciales se debe hacer constar el PA). I6: Se indica actitud a tomar respecto al tratamiento domiciliario previo. Para cada indicador se establecieron los criterios de cumplimiento y su estándar. Para la evaluación de los resultados se utilizó la tabla de distribución binomial de P. J. Saturno y adaptada por A. Rabadán.

RESULTADOS: De la evaluación de cada indicador se obtuvieron los siguientes resultados, siendo A el número de fallos de cumplimiento encontrados y B el mínimo porcentaje de informes que, en consecuencia, podemos asegurar que cumplen el estándar del indicador.: I1: A=1; B= 75%. I2: A=6; B=50%. I3: A= 7; B=45% . I4: A=2; B= 70%. I5: A=3; B=65%. I6: A=8; B=40% . Los fallos de cumplimiento más frecuentes fueron la no inclusión de las unidades de medida de las dosis de los fármacos y la no aclaración de la vía de administración ni la forma farmacéutica del fármaco. Un alto porcentaje de IAH no hace mención alguna respecto a las medidas a tomar en cuanto a la medicación domiciliaria previa del paciente.

CONCLUSIONES: En general, la información farmacoterapéutica contenida en los IAH no se ajusta a los criterios de calidad establecidos, observándose para la mayoría de los indicadores un estándar de cumplimiento bajo o muy bajo, siendo sólo aceptable para I1 e I4. A raíz de éstos resultados, podemos concluir que existe un problema de calidad en la elaboración de IAH, esperándose que la comunicación de los mismos a los clínicos contribuya a mejorar los resultados de futuras evaluaciones.

853. GESTION CLINICA DEL FARMACEUTICO DE HOSPITAL ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Fernandez Ruiz-Moron A, Hernandez Tapias S, Puebla Garcia V, Manzano Lorezo R, Borrego Hernando Mi, Arias Fernandez MI.

Hospital Clinico San Carlos. Profesor Martin Lagos S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Análisis del impacto del desabastecimiento o suministro discontinuado de medicamentos en un hospital de tercer nivel, y de la actuación del farmacéutico de hospital derivada en estas circunstancias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo retrospectivo. Se diseñó una base de datos de los desabastecimientos detectados en el Servicio de Farmacia (SF) de junio-2014 a febrero-2015: medicamento implicado, motivo del desabastecimiento, resolución y actuación farmacéutica derivada. Además, fueron revisadas las notificaciones de información de medicamentos efectuadas por el SF al Hospital y las peticiones de medicamentos extranjeros a través de la aplicación de Agencia Española del Medicamento.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se recogieron 193 desabastecimientos de medicamentos, correspondientes a 157 medicamentos diferentes.

Ante la falta de evidencia al respecto, se elaboró una clasificación de los desabastecimientos según las consecuencias derivadas y su riesgo potencial, de mayor a menor en: extranjero diferente composición > extranjero igual composición > utilización de otro medicamento como alternativa terapéutica de segunda opción > elaboración nueva fórmula magistral > adquisición nuevo medicamento de distinta presentación de dosis > sustitución por medicamento de distinta dosis disponible GFT > sustitución de especialidad farmacéutica genérica (EFG) por comercial o viceversa > sustitución entre EFG > cambio en el formato del envase del medicamento.

En 68 de los casos (35,1%) el desabastecimiento no tuvo consecuencias en el hospital, debido a su corta duración y/o disponibilidad de stock suficiente.

En 126 (64,9%), si se produjo impacto en el hospital, que obligaron a una intervención del farmacéutico. Las medidas adoptadas fueron diferentes. En 5 casos (3,9%) requirió la importación de un medicamento extranjero de diferente composición, y en 17 casos (13,4%) un medicamento extranjero de igual composición. En 23 de las incidencias (18,1%), no se pudo solventar y requirió la utilización de otro medicamento como alternativa terapéutica de segunda opción. En 3 (2,4%) se necesitó la elaboración de una nueva fórmula magistral para suplir el desabastecimiento. Se adquirió un nuevo medicamento de distinta presentación de dosis en 11 (8,7%). Se realizaron sustituciones por: medicamento de distinta dosis disponible GFT en 22 casos (17,3%), sustitución de EFG por comercial o viceversa en 25 (19,7%) y sustitución entre especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) en 8 (6,3%). En 12 incidencias (9,4%) la única repercusión fue el cambio en el formato del envase.

Del total de 193 desabastecimientos, en el 50,5% se ha requerido actividad adicional consistente en: formación del personal, difusión de notas informativas, reetiquetado de medicamentos para aportar algún dato adicional, actualización de las bases de datos de los programas informáticos del hospital e información telefónica adicional.

CONCLUSIONES: El creciente número de desabastecimientos, obliga al farmacéutico a la toma de decisiones, tanto para evitar errores de medicación, como para cubrir la demanda terapéutica del hospital. Sería importante cuantificar la actividad necesaria en la resolución de los problemas relacionados, para optimizar los recursos en esta área, ya que es fundamental la intervención del farmacéutico en la seguridad del paciente a nivel tanto de gestión como de información del medicamento

379. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A CENTROS SOCIOSANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Pagan Nuñez Ft, Ramirez Corcoles A, García Martínez Em, Saez Valencia G, Rodriguez Samper Mc, Sola Morena Md.

Hospital General De Almansa. Avda. Adolfo Suarez S/N. Albacete. España

OBJETIVO: Evaluar la diferencia entre el gasto generado por receta en oficina de farmacia con el modelo actual en un Centro Socio-Sanitario (CSS) y el importe económico estimado que supondría la prestación farmacéutica especializada a través del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) del área y los depósitos de medicamentos vinculados a éste.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en un CSS geriátrico con 59 pacientes institucionalizados y 16 usuarios del Centro de día. El periodo de estudio fue de enero a mayo de 2014. Mediante la aplicación informática Digitalis®, para la explotación de los datos de prescripción por receta, se obtuvo el consumo desglosado por medicamentos dispensados en oficina de farmacia y facturados al Servicio de Salud. La población del estudio se seleccionó filtrando por el médico que atiende en exclusiva a los usuarios del CSS y se excluyeron efectos y accesorios. Cada medicamento se trató según las siguientes opciones: mismo principio activo (PA) si estaba incluido en la Guía Fármaco-Terapéutica específica de CSS del Área de referencia (GFT) y misma forma farmacéutica (FF), mismo PA pero necesidad de adaptación de FF, PA incluido en el Programa de Intercambio Terapéutico (PIT), medicamentos no disponibles actualmente en el hospital pero si incluidos en GFT y por último no incluidos en GFT. Se cuantificó el coste de las unidades equivalentes según la base de datos del SFH Farmatools® (Dominion®). Analizamos de la misma forma los consumos de dietoterápicos del CSS. Por último se calculó la diferencia entre el coste actual por receta y el coste del potencial suministro directo.

RESULTADOS: Se analizaron 700 medicamentos que contenían 266 PA o asociaciones de PA diferentes y 10 productos dietoterápicos. Para estos 710 tratamientos, se asignaron 528(74,4%) PA incluidos con la misma FF en GFT y se detectaron 182(25,6%) intervenciones: 60(8,5%) adaptaciones de FF, 83(11,7%) sustituciones según PIT, 20(2,8%) medicamentos que habría que adquirir por estar incluidos en GFT y 19(2,7%) no incluidos por considerarse de baja utilidad terapéutica. Para el periodo analizado se habían facturado 55.251,88€, frente a 21.014,32€ que se calculó según el modelo propuesto, lo que supone un ahorro de 34.237,56€(62%).

CONCLUSIONES: La prestación farmacéutica especializada a través del SFH, tal y como se recoge en el Artículo 6 del RDL 16/2012, supone un ahorro extrapolado a un año de 82.170,14€. Esta reducción del coste se basa en un sistema de gestión de compra directa integrado en el SFH, la selección de medicamentos según criterios de eficiencia y un mejor control de la dispensación mediante sistema de dosis unitarias. Además se consigue una mejora asistencial gracias a la Atención Farmacéutica al paciente institucionalizado en este ámbito, que tiene un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la farmacoterapia por su perfil de anciano, crónico y pluripatológico.

El modelo propuesto se sirve de los recursos e infraestructuras ya existentes en el SFH y es extensible al resto de CSS del área, pero para llevarlo a cabo es imprescindible inversión en recursos humanos, ampliamente justificada por las ventajas mostradas.

891. REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS MEDIANTE CUESTIONARIOS ESTANDARIZADOS

AUTORES: Aguilar Barcons I, Gratacós Santanach L, Olmo Martínez M, Soler Rotllant F, Toro Blanch C, Sacrest Güell R. Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Av. França S/N. Girona. España

OBJETIVOS: a) diseñar un nuevo sistema para la realización de las auditorías internas del Servicio de Farmacia (SF) b) evaluar la satisfacción de los auditores con el nuevo sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñaron distintos cuestionarios individualizados de auditoría para estandarizar la metodología de realización de auditorías internas en un SF con certificación UNE-EN ISO 9001:2008 desde el año 2012.

El cuestionario se estructuró en tres partes con una extensión máxima de una página cada una. La primera contenía preguntas de la documentación del proceso y era común en todos ellos. La segunda parte era específica para cada proceso y se diseñó en base al diagrama e instrucciones del proceso y los requisitos de la norma. La última parte se componía del informe de la auditoría. Los auditores internos (personal de las distintas categorías profesionales del SF) los utilizaron para la realización de las auditorías internas efectuadas durante el 2014.

Se cuantificaron el número de desviaciones y oportunidades de mejora encontrados con este nuevo método, diferenciando las relacionadas con documentación de las relacionadas con la funcionalidad de los procesos.

En 2015, se realizó una encuesta a aquellos auditores que habían realizado auditorías previamente para conocer la satisfacción del nuevo sistema en comparación con la metodología anterior (sin cuestionario). Se realizaron 7 preguntas con un rango de 1 a 5, siendo 5 "totalmente de acuerdo" y 1 "muy en desacuerdo".

RESULTADOS: Se diseñaron 17 cuestionarios de auditoría, uno para cada proceso. La primera parte se componía de 8 preguntas de documentación y la segunda, entre 6 y 18 preguntas de proceso con una media de 10 preguntas por cuestionario. La tercera parte se compuso de 4 apartados: no conformidades, observaciones, puntos fuertes y oportunidades de mejora.

En la realización de las auditorías se detectaron 37 no conformidades/observaciones (20 de documentación y 17 de proceso) y 25 acciones de mejora (3 de documentación y 22 de proceso).

La encuesta de satisfacción la realizaron 7 auditores con una experiencia de 2 a 4 años como auditores y la puntuación media de las preguntas fue 4,77.

De las 7 preguntas, 5 tuvieron una puntuación mayor de 4,85 y estaban relacionadas con la facilidad de la realización de la auditoría y el informe, la optimización del tiempo, la satisfacción del nuevo método y la utilidad de éste. Las dos preguntas restantes sobre el número de preguntas y la facilidad de detección de puntos débiles obtuvieron una puntuación de 4,6 y 4,3, respectivamente.

CONCLUSIONES: Se diseñaron cuestionarios individualizados para cada uno de los procesos certificados, mediante los cuales se consiguió crear un nuevo sistema de realización de auditorías internas más homogéneo y con informes más estandarizados.

Los auditores internos mostraron un nivel de satisfacción muy alto con el nuevo sistema de auditorías, especialmente con la facilidad y optimización del tiempo en la realización de la auditoría y el informe.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

316. ADECUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSA

AUTORES: Gonzalez Garcia J, Nazco Casariego G, Gonzalez De La Fuente G, Calzado Gomez G, Gonzalez Perera I, Gutierrez Nicolas F.

Complejo Hospitalario Universitario De Canarias. C/Ofra S/N San Cristobal De La Laguna. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar el impacto en racionalización del uso de inmunoglobulinas IV (IgIV) tras la implantación de un protocolo de uso racional de las mismas aprobado en la comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo tipo pre- y post-intervención en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les prescribió IgIV. Se compararon el consumo de IgIV entre los años 2.013 previa implantación del protocolo y 2.014, tras la implantación.

Se elaboró un documento de solicitud normalizada en la que el clínico prescriptor debía especificar la indicación de uso y duración de la terapia.

Los datos de consumo fueron extraídos del aplicativo informático SAP®, se estudiaron todos los pacientes a los que se prescribió y dispensó IgIV en el periodo de estudio.

En dicho protocolo, el uso de IgIV quedó restringido a las indicaciones recogidas en ficha técnica o en aquellos supuestos con evidencia científica suficiente que avalase el beneficio de su empleo.

RESULTADOS: Tras la introducción del protocolo para el uso de IgIV, se registró un total de 144 solicitudes. El 85.4% (123/144) se ajustaron a las indicaciones del protocolo. Los servicios con un menor grado de adecuación al protocolo fueron: reumatología 0/1 (0%), hematología 27/34 (79%), medicina interna 1/2 (50%) y neurología 21/28 (75%).

El gasto en IgIV en el año 2.014 (post-protocolo), fue de 689.400 € (3.909 viales). Mientras, en el año 2.013 (pre-protocolo) el consumo en IgIV fue de 745.863 € (4.126 viales). Lo cual representa, un ahorro de 56.463 € respecto al año anterior a su implementación.

CONCLUSIONES: La implantación de un protocolo consensuado de uso de IgIV ha conseguido racionalizar el uso de este hemoderivado. El seguimiento de su cumplimiento realizado por el Servicio de Farmacia ha permitido obtener un ahorro en este medicamento a través del uso racional del mismo. Sin embargo, es necesario una mayor difusión del mismo, especialmente a los servicios que menos se adecuaron al protocolo con el fin de garantizar la utilización de IgIV dentro de los supuestos aprobados por la comisión de Farmacia y Terapéutica.

203. ANÁLISIS DEL GRADO DE ADECUACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS A LAS GUÍAS CLÍNICAS

AUTORES: Miarons Font M, García Sánchez V, Moreno Gil Q, Camps Ferrer M, López Faixó D, Campins Bernadas L. Hospital De Mataró. C/Cirera S/N. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN: En los últimos años hemos observado en nuestro servicio un notable aumento de la variedad de patologías para las que se solicita el uso terapéutico de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) inespecíficas. Sin embargo, no existe aún una guía de recomendaciones disponible en el hospital en la cual los especialistas puedan basar los especialistas sus prescripciones.

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la utilización y adecuación de las IgIV en adultos y niños en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y transversal desarrollado en el Hospital de todos los pacientes a los que se les ha prescrito inmunoglobulinas durante los años 2013, 2014 y primer semestre del 2015.

Los datos se obtuvieron del programa de registro y gestión de medicamentos del hospital (marca comercial, dosis y número de administraciones) y el registro de indicaciones y el esquema terapéutico de la Historia clínica del paciente.

Para evaluar las indicaciones se revisaron los textos de referencia: la Clinical Clinical Guidelines for Inmunoglobulin Use, second Edition (2008) junto con la second Edition Update (2011), editadas por el Department of Health (DH) británico y su traducción y adaptación por el Grupo Español de Medicamentos Hemoderivados (GEMEH) y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

RESULTADOS: Se incluyeron 60 pacientes con edad media de 53,6 años, un 55,6% fueron hombres y un 16,7% de los pacientes eran menores de 18 años.

Las indicaciones por las cuales se usaron las IgIV fueron: Guillain-Barré: 26,7% (n=16 pacientes, grado de recomendación A/Ia), púrpura trombocitopénica idiopática (PTI): 16,7% (10, A/Ia), polimiositis: 10% (6, C/III), todas las inmunodeficiencias primarias (IDP): 11,7% (7, B/IIb), inmunodeficiencia variable común (IDVC): 6,7% (4, B/IIb), anemia hemolítica autoinmune: 6,7% (4, C/III), miastenia gravis (exacerbaciones): 5% (3 B/Ia), encefalitis límbica: 5% (3 C/III), síndromes paraneoplásicos: 3,3% (2, C/III), leucemia linfocítica crónica: 3,3% (2, A/Ib), polirradiculopatía desmielinizante: 1,7% (1, A/Ia), neutropenia autoinmune: 1,7% (1, C/III) y encefalomiелitis diseminada aguda: 1,7% (1, C/III).

En resumen y según el grado de recomendación/evidencia, un 45% (27) tenían un grado de recomendación/evidencia A/1a, un 3,3% (2) A/1b, un 5% (3) B/1a, un 28,4% (17) B/IIb y un 18,4% (11) C/III. No se encontró ninguna indicación en la que el uso de IgIV no estuviera recomendada por la Clinical Clinical Guidelines for Inmunoglobulin Use.

CONCLUSIONES: Existe una buena adecuación a las guías clínicas para el uso de inmunoglobulinas por parte de los profesionales sanitarios de nuestro centro. No obstante, sería apropiado establecer mecanismos precoces de detección de inicios de tratamiento con IgIV para que el farmacéutico pueda intervenir además de implementar un guía de recomendaciones para la utilización de IgIV en el hospital.

636. DOSIFICACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS AJUSTADA AL PESO CORPORAL IDEAL COMO ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN

AUTORES: Gómez Lluch Mt, Araque Arrollo P, Nieto-Sandoval Martin De La Sierra P, Sanchez Serrano JI, Zamora Ferrer E, Andres Navarro N.

Hospital General La Mancha Centro. Avd. Constitución Nº3. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) representan una opción terapéutica de elevado coste económico y disponibilidad limitada. Su utilización a la dosis efectiva más baja es razonable, contribuyendo así a reducir los efectos secundarios. Existe controversia para muchas indicaciones, habiéndose planteado que la dosificación se haga ajustada al peso corporal ideal (PCI). Esto sería posible por las características farmacocinéticas de este medicamento; bajo volumen de distribución y elevada vida media. El objetivo de este estudio fue analizar la utilización de IGIV en el ámbito hospitalario con el fin de valorar el impacto asociado a la dosificación ajustada al PCI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de las prescripciones de IGIV realizadas en un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2014. Se calculó el ahorro económico que supondría ajustar la dosificación de IGIV al PCI, excepto en neonatos y aquellos pacientes cuyo peso corporal actual (PCA) fuese menor que el PCI. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, talla, PCA (previo a cada administración), PCI (según fórmula de Devine), indicación, dosis de IGIV (gramos)/ciclo de administración y adecuación a ficha técnica (FT) y guías recientes (grado de recomendación y nivel de evidencia). Se calculó el coste asociado a cada ciclo de administración ajustado al PCA y PCI. Para ello se consideró el precio medio del gramo de IGIV de los últimos 4 años.

RESULTADOS: Se analizaron 91 pacientes, edad media $52,9 \pm 24,9$ años; 52,7% mujeres; PCA medio $66,8 \pm 26$ kg; PCI medio 52kg y 66 Kg, para mujeres y hombres, respectivamente. El total de gramos administrados durante los 4 años del estudio fue de 27.121. El 36,3% de las prescripciones eran indicaciones aprobadas en FT. De las indicaciones fuera de ficha técnica (FFT), el 52,7% estaban avaladas científicamente y el 10,9% no estaban avaladas científicamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron: miastenia gravis (13,2%), púrpura trombopénica idiopática (12,1%), Guillain Barré (11%), esclerosis múltiple remitente recidivante (8,8%), neuropatía multifocal motora (7,7%) y polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria crónica (6,6%). En cuanto al grado de recomendación, el 64,8% de las indicaciones tenían un grado A. El 15,4% y 8,8% de las mismas presentó un grado B y C, respectivamente. Respecto al nivel de evidencia, el 62,6% de las indicaciones tenían un nivel 1A. El resto se distribuyó: 5,5% nivel 1B, 1,1% nivel 2A, 1,1% nivel 2B y 29,7% nivel 3 y sin nivel de evidencia. Si la dosificación de IGIV se hubiera realizado según PCI, el consumo hubiera sido de 21.214 g, lo que supondría un ahorro de 5.907 g de IGIV y 181.173 €.

CONCLUSIONES: El análisis revela que la dosificación ajustada al PCI supondría una nueva estrategia de optimización. Además, se continúa haciendo un uso mayoritario de indicaciones FFT (63,7%) aunque el 64,8% presentan un grado de recomendación A. Subyace por tanto, la necesidad de regular el uso de este tipo de medicamentos y establecer nuevas líneas de dosificación en base a la mejor relación coste-eficacia.

303. ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN DE FACTOR DE COAGULACIÓN CON ÁCIDO TRANEXÁMICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA

AUTORES: Molina Cabezuelo M, Rossignoli Montero A, Romero Garrido Ja, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluación de la asociación de factor de coagulación (FC) vía I.V. con ácido tranexámico (TXA) intraarticular en cirugía de prótesis total de rodilla (PTR) en pacientes adultos con hemofilia A grave.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron 10 pacientes adultos, diagnosticados de hemofilia A grave, sometidos a cirugía de PTR. Los pacientes se dividieron en 2 grupos de 5. A los pacientes de uno de los grupos se les administró, además del FC correspondiente por vía I.V., 5 ampollas de TXA intraarticular en el momento final de la cirugía. En todos los pacientes se analizó el tipo de FC y las unidades (UI) consumidas, así como su coste durante el periodo de ingreso. Además, se estudió en ambos grupos los siguientes parámetros: días de ingreso hospitalario, tiempo hasta la retirada del redón y volumen de sangre drenado por el mismo, número de sangrados y requerimiento de transfusiones. También se analizaron parámetros hematológicos como el descenso de hematocrito, hemoglobina, Tiempo de Protrombina (TP) y Tiempo de Tromboplastina Parcial activada (TTPa).

Todos los datos se recogieron revisando las historias clínicas y los registros de dispensación de FC del Servicio de Farmacia. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de comparación de medias para datos paramétricos y se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando $p \leq 0,05$. Para las variables no paramétricas como tipo de factor y requerimiento de transfusión se compararon las prevalencias en ambos grupos.

RESULTADOS: El grupo de pacientes a los cuales se les administró TXA además del FC, requirieron menos días de ingreso (14 vs 19). En el grupo de TXA, el consumo total de UI de FC fue menor en 27300 UI de media entre ambos grupos, suponiendo un ahorro económico de 14073 € por episodio quirúrgico. Los pacientes tratados con TXA

requirieron un menor número de días con redón en la articulación operada que fue estadísticamente significativo ($p \leq 0.05$), observándose además un menor volumen de sangre drenada en este grupo de pacientes (46 vs 408 mL). El número de sangrados fue menor en los pacientes con TXA, no requiriendo transfusión ninguno de los pacientes tratados con antifibrinolítico, frente a los pacientes que no llevaron TXA, los cuales necesitaron transfusión en el 40% de los casos.

En todos los parámetros hematológicos analizados se observó una diferencia estadísticamente significativa en los valores postquirúrgicos, a favor de los pacientes tratados con TXA (Hto: 42.06 vs 33.5 %; Hb: 14.36 vs 11.52 g/dL; TP: 11.6 vs 13.64 segundos; TTPa: 25.78 vs 31.04 segundos).

CONCLUSIONES: La administración de FC vía I.V. con TXA intraarticular, en los pacientes estudiados, mostró un efecto beneficioso en los pacientes tratados con el antifibrinolítico frente a los tratados únicamente con el FC.

Este efecto beneficioso se manifestó por un menor volumen de sangre drenada por el redón, menores sangrados, transfusiones y mayor recuperación de los parámetros hematológicos (hematocrito, hemoglobina, TP y TTPa).

Los pacientes tratados con TXA consumieron menos UI de FC, necesitaron menos días con redón y de hospitalización, suponiendo un menor coste económico del episodio quirúrgico.

15. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS DIFERENTES VELOCIDADES DE ADMINISTRACIÓN DE LAS IMMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS (IgIV) SOBRE LA INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: González Guerrero C, Fernández Polo A, Montoro Ronsano Jb.

Hospital De La Vall D'Hebrón. Paseo De La Vall D'Hebrón, 119-129, 08035 Barcelona. Barcelona. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto económico sobre la infraestructura asistencial de un hospital terciario de las diferentes velocidades de administración de las IgIV.

MÉTODO: se realiza un análisis de coste-oportunidad y de minimización de costes, en base a los registros de Hospital de Día de adultos y de pediatría. Se comparan las especialidades disponibles en el hospital estudiado: Intratect®-100g/l (a), Plangamma® 50g/l (b), Flebogamma DIF® 100g/l (c), Gammagard® S/D 50g/l (d), Kiovig® S/D 100g/l (e), Octagamocta® 100g/l (f) y Privigen® 100g/l (g).

Los presupuestos de modelización son los siguientes:

-Paciente tipo: adulto de 70Kg/ pediátrico de 30Kg

-Dosis a administrar: 0.5g/Kg

-Velocidad de infusión inicial según ficha técnica: 1,4 (a), 1,2 (b), 0,6 (c), 0,5 (d), 0,5 (e), 0,6 (f), 0,3 (g) ml/Kg/h

-Velocidad de infusión máxima recomendada según ficha técnica 8 (a), 6 (b), 4,8 (c), 4 (d), 8 (e), 8 (f), 4,8 (g) ml/Kg/h

-El valor contable de la administración de un fármaco por vía intravenosa en la Unidad de Hospital de Día de un hospital de tercer nivel, se sitúa, por el Servei Català de la Salut, en 200€ por proceso, independientemente de la duración del mismo.

RESULTADOS: Análisis coste-oportunidad:

- Tiempo necesario para administrar 35gr (adultos) / 15g (pediatría) de IgIV (los primeros 30 minutos a velocidad inicial + el resto a velocidad máxima): 62,25 (a), 124 (b), 88,75 (c), 176,25 (d), 65,63 (e), 65,25 (f), 90,63 (g) minutos.

- Ingresos que recibiría la Unidad de Hospital de Día, por parte del Servei Català de la Salut, por la administración de fármacos por vía intravenosa, independientemente de la duración de los mismos:

o En una jornada de 12 horas: 2400 (a), 1200 (b), 1600 (c), 800 (d), 2400 (e), 2400 (f), 1600 (g) €

o En 200 días funcionales de 12 horas: 462.650 (a), 232.258 (b), 324.507 (c), 163.404 (d), 438.857 (e), 441.379 (f), 317.775 (g) €

Análisis de minimización de costes:

- Tiempo necesario para :

o 3000 administraciones de IgIV en el Hospital de Día de adultos (250 pacientes tratados 12 meses): 3112,5 (a), 6200 (b), 4437,5 (c), 8812,5 (d), 3281,25 (e), 3262,5 (f), 4531,5 (g) horas.

o 410 administraciones en el Hospital de Día pediátrico (34 pacientes tratados 12 meses): 425,38 (a), 847,33 (b), 606,46 (c), 1204,38 (d), 448,44 (e), 445,88 (f), 619,31 (g) horas.

- Incremento horas, respecto a Intratect®:

o Adultos: +3087,5 (b), +1325 (c), +5700 (d), +168,75 (e), +150 (f), +1419h (g) horas.

o Pediatría: +421.95 (b), +181.08 (c), +779 (d), +23.06 (e), +20.5 (f), +193.93 (g) horas.

CONCLUSIONES: - La velocidad máxima de infusión es la mayor para Intratect®. Para un mismo tiempo, el Hospital de Día puede administrar más tratamientos e ingresar más dinero por tratamientos intravenosos administrados (inde-

pendientemente de la duración de éstos). También se ahorra en horas de enfermería, pudiéndose destinar la jornada de 1-3 enfermeras (1664 horas/jornada) a otras labores más necesarias.

- Esto resultaría especialmente relevante en el paciente pediátrico, el cual requiere de un ratio de enfermera/o por paciente mayor (1,5:1), dado que acostumbra a requerir técnicas de inmovilización del punto de inserción para evitar extravasaciones y una atención más exclusiva.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

746. DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C: ¿MENOR GRADO DE IMPLICACIÓN POR PARTE DEL FARMACÉUTICO CON LOS ANTIVIRALES DIRECTOS?

AUTORES: Estefanell Tejero A, Rudi Sola N, Borrás Trias L, Oliver Ferrer E, Sanchez Perez I, Gorgas Torner MQ. Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari. Parc Taulí, 1. CP 08208. Barcelona. España

OBJETIVOS: Objetivo primario:

-Cuantificar y clasificar los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados en las visitas de atención farmacéutica en pacientes con hepatitis C.

Objetivos secundarios:

-Comparar los PRM entre las distintas pautas de tratamiento para la hepatitis C.

-Cuantificar el tiempo dedicado por parte del farmacéutico a la resolución de los PRM.

-Cuantificar la vía mayoritaria de comunicación de los PRM al equipo médico.

MATERIAL Y MÉTODOS: -Estudio observacional y retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento para la hepatitis C entre noviembre de 2012 y abril de 2015 en un hospital de segundo nivel.

- Análisis de los registros de la base de datos de Farmacia Ambulatoria para el seguimiento del tratamiento de la hepatitis C.

-Variable principal de estudio:

Número de PRM registrados durante este periodo y clasificación de éstos según el Tercer Consenso de Granada.

-Variables secundarias de estudio:

Número y porcentaje de PRM según pauta de tratamiento.

Tiempo dedicado por parte del farmacéutico a la resolución de los PRM de forma global y por pauta de tratamiento.

Medio de comunicación principal de los PRM al equipo médico.

RESULTADOS: Entre noviembre de 2012 y abril de 2015, 232 pacientes iniciaron tratamiento para la hepatitis C en nuestro centro: 27 con Peginterferón+Ribavirina (biterapia) y 205 con antivirales directos (AD). Se detectaron PRM en 165 pacientes (71.12%): 21 pacientes con biterapia (77.78%) y 144 pacientes con AD (70.24%). Dentro del grupo de los AD, presentaron PRM un 61.90% de los pacientes tratados con biterapia+boceprevir/telaprevir (AD de primera generación), un 81.25% de los pacientes tratados con biterapia+simeprevir/sofosbuvir (AD de segunda generación) y un 63.39% de los pacientes tratados con terapia libre de interferón. El total de PRM registrados en este periodo fue de 341 (2.07 PRM/paciente).

De los 341 PRM detectados, 105 (30.79%) fueron por efectos adversos (EA), 88 (25.81%) por interacciones, 62 (18.18%) por errores de prescripción, 36 (10.56%) por incumplimiento, 33 (9.68%) por administración errónea, 13 (3.81%) por errores de dispensación, 2 (0.59%) por conservación inadecuada y 2 (0.59%) por error de dosis, pauta o duración de tratamiento.

La mayoría de PRM detectados en pacientes tratados con biterapia, biterapia+boceprevir/telaprevir y con biterapia+simeprevir/sofosbuvir fueron debidos a EA (48.57%, 37.96% y 47.06% respectivamente). Mientras que en el grupo de pacientes tratados con terapias libres de interferón, el PRM mayoritario detectado fue por interacciones (43.70%).

El tiempo medio dedicado por PRM fue de 13.60 minutos para la biterapia, 14.78 minutos para la biterapia+boceprevir/telaprevir, 17.5 minutos para la biterapia+simeprevir/sofosbuvir y 19.52 minutos para las terapias libres de interferón.

Los principales medios de comunicación de estos PRM al equipo médico fueron el correo electrónico (48.97%) y la comunicación oral directa (29.33%).

CONCLUSIONES: La introducción de los AD en terapias libres de interferón ha supuesto un cambio a nivel de tipo de PRM detectado, así como un aumento en el tiempo dedicado por el farmacéutico a su resolución.

El correo electrónico y la comunicación oral directa han sido cruciales para poder informar al equipo médico de la existencia de PRM.

1248. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TELAPREVIR Y BOCEPREVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Gándara Ladrón De Guevara Mj, Palomo Palomo C, Rios Sanchez E, Garcia De Paredes Esteban J, Blanco Castaño Ma, Fenix Caballero S.

Hospital Univ. De Puerto Real. Ctra. N-IV, Km 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: Describir la efectividad y seguridad de los inhibidores de proteasa (IP)telaprevir y boceprevir en pacientes con hepatitis C genotipo 1 que completaron la triple terapia (TT) con IP, interferón pegilado (PEGIFN) y ribavirina(RBV). Analizar los resultados obtenidos en nuestro hospital con los obtenidos en los estudios pivotaes de Telaprevir (TPV) y Boceprevir (BOC).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron pacientes mono infectados y coinfectados que completaron tratamiento hasta finales de 2014. Se recogieron las variables: sexo, edad, grado de fibrosis, tipo de IP utilizado y tipo de respuesta previa a PEGIFN y RBV (naïve, recidivante, respondedor parcial, y respondedor nulo). La efectividad se valoró mediante la respuesta viral sostenida (RVS), definida como la carga viral indetectable 24 semanas después de finalizar el tratamiento. Los resultados de efectividad obtenidos se compararon con los resultados de los estudios pivotaes de TPV (ADVANCE / REALIZE) y de BOC (SPRINT-2 /RESPOND-2). Para medir la seguridad, se describieron las principales reacciones adversas (RAM) recogidas durante la TT.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes(26 hombres), 4 fueron coinfectados. La edad media fue de 54 años (39-70). El grado de fibrosis presentado fue: 23 pacientes F4, 14 pacientes F3 y 2 pacientes F2. Se trataron 30 pacientes con TPV y 9 con BOC. La respuesta previa en los pacientes tratados con TVP fue: 9 naive, 15 recidivantes, 2 respondedores parciales y 4 respondedores nulos. Para los pacientes tratados con BOC la respuesta previa fue: 2 naive, 5 recidivantes y 2 respondedores nulos. Para valorar la efectividad se excluyeron 2 pacientes (1 tratado con TVP y otro con BOC) que abandonaron el tratamiento por RAM. La RVS se alcanzó en 26 pacientes (89.6%) con TVP y en 8 pacientes (100%) con BOC. Según la respuesta previa en los tratados con TVP la RVS fue: 100% en naive y recidivantes, 50% en respondedores parciales y 50 % en respondedores nulos. Para los pacientes con BOC la RVS fue de 100% en todos los casos. Según el grado de fibrosis, la RVS para pacientes tratados con TVP fue 100% (1/1) para F2, 88% (8/9) para F3 y 89.5%(17/19) para F4. Para pacientes con BOC fue 100% para F2(1/1), F3 (4/4) y F4(3/3). Los resultados comparativos con los pivotaes fueron: 100% en naive y recidivantes con TVP y BOC vs 75-68% en los pivotaes, 50% y 100% en respondedores parciales vs 60% de los estudios y 50% y 100% en respondedores nulos vs 30%). Las principales RAM recogidas fueron: astenia (77 %), disgeusia (33.3%), prurito (30.7%), hemorroides (30.7%), síndrome pseudogripal(28.2%), náuseas(25.6%), irritabilidad(25.6%), insomnio (23%) anorexia (23%), anemia (17.9%), cefaleas (17.9%), neutropenia(12.8%)y reacción dermatológica(10.2%).

CONCLUSIONES: La RVS se alcanzó en la mayoría de los pacientes tratados. Los resultados fueron superiores a los alcanzados en los estudios pivotaes, a pesar de tener un elevado número de pacientes cirróticos. Las RAM tuvieron una frecuencia elevada pero no condicionaron un alto abandono del tratamiento.

151. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO COMBINADO DE SOFOSBUVIR + SIMEPREVIR DURANTE 12 SEMANAS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

AUTORES: Villalobos Torres L, Asensi Diez R, Garcia Agudo S, Madera Pajin R, Muñoz Castillo Im.

Hospital Regional Universitario De Malaga. Avenida Carlos Haya S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento combinado de simeprevir (SMP)+ sofosbuvir (SOF) durante 12 semanas, empleado en la infección por virus C (VHC), en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo desde Octubre 2014-Febrero 2015. Criterios de inclusión: pacientes con infección por VHC que iniciaron tratamiento antiviral con SOF+SMP en el periodo de estudio. Criterios de exclusión: pacientes con inicio del tratamiento antiviral posterior a Febrero 2015 y aquellos pacientes de los cuáles no se disponía de datos. Se recogieron las siguientes variables: Variables demográficas: edad y sexo. Variables clínicas: Carga Viral (CV) basal, Respuesta Virologica Rápida (RVR) semana 4, CV semana 8 y 12 (CV8, CV12) en UI/ml, grado de fibrosis hepática F0-F4 (METAVIR); trasplante hepático; genotipo de VHC; coinfección con VIH; tipo de paciente según tratamientos anteriores/respuesta, perfil hepático: albúmina (g/dL); perfil hematológico: plaquetas ($\times 10^9/L$). Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes y del sistema informático de dispensación farmacéutica a pacientes externos.

RESULTADOS: Se incluyeron 46 pacientes (31 hombres, 16 mujeres), media edad: $56,85 \pm 8,63$ años. El 23,9%(11/46) de los pacientes eran naive y un 76,1%(35/46) habían fracasado a un tratamiento previo con ribavirina (RBV) y peg-interferón alfa (PEG-IFN). Un 23,2%(11/46), eran coinfectados con VIH-1. El 15,2%(7/46) habían tenido un trasplante hepático. Según el grado de fibrosis, un 78,3%(36/46) tenía F4, un 13%(6/46) F3, y un 8,7%(4/46) F1-F2. Respecto a la distribución genotípica de VHC: El 89,1% (41/46) eran genotipo 1, de los cuales 45,6%(21/46) eran

genotipo 1a, el 17,4%(8/46) genotipo 1b y el 26,1%(12/46) genotipo 1 sin definir subgenotipo. El 10,9%(5/46) restante era genotipo 4. Respecto a la CV basal el 67,4% (31/46) tenían una CV>800.000 UI/ml. En semana 4 alcanzaron RVR (≤ 15 UI/ml) un 84,8% (39/46) de los pacientes. El resto de pacientes (7/46) tuvieron RVR de 63 ± 44 UI/ml. Un 97,8%(45/46) de los pacientes tuvieron CV indetectable en las semanas 8 y 12. Sólo un paciente mostró CV de 266 UI/mL en semana 12. Respecto a los niveles de albúmina y plaquetas se mantuvieron constantes respecto a los basales en $4,04\text{g/dL} \pm 0,62$ y $109,16 \pm 15(x10^9/L)$ durante las 12 semanas de tratamiento. No se detectaron efectos adversos significativos en los pacientes evaluados en nuestro estudio.

CONCLUSIONES: La irrupción de los nuevos antivirales de acción directa representa un gran avance en el panorama del VHC, estableciéndose la combinación de SOF+SMP durante 12 semanas como una alternativa de tratamiento según guías de tratamiento europeas y nacionales para los genotipos 1 y 4. La tasa de RVR de nuestro estudio, con mayoría de pacientes genotipo 1, fue de 84,8%. Estos resultados están acordes con los obtenidos en el ensayo clínico COSMOS (RVR 80% en la cohorte 2 a subgrupo SOF+SMP sin RBV a 12 semanas de tratamiento en la población ITT). Sin embargo, es necesario esperar a los resultados de respuesta viral sostenida (RVS) en semana 12 tras finalizar el tratamiento. Por el momento, resulta ser eficaz para disminuir la CV y mantenerla indetectable, sin alterar significativamente parámetros analíticos, mostrando un buen perfil de seguridad.

521. FIABILIDAD DE LA ESCALA ESTAR PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C.

AUTORES: Pavon Plata A, Robustillo Cortes Mdla, Guzman Ramos Mi, Almeida Gonzalez Cv, Calvo Cidoncha E, Morillo Verdugo R.

Hospital Univ. Virgen De Valme. Ctra. De Cádiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Valorar la fiabilidad y validez interna del cuestionario de satisfacción con la medicación antirretroviral (ESTAR) en pacientes infectados con el virus de la hepatitis C.

MÉTODOS: La ESTAR se diseñó para medir la satisfacción de los pacientes con el TAR. Incluía 10 cuestiones que se contestaban en base a una escala Likert entre 0 (nada satisfecho) y 6 (muy satisfecho), de forma que la satisfacción global con el TAR oscilaba entre 0 y 60 puntos. El cuestionario final elaborado fue adaptado a la patología hepática con algunas modificaciones. Al igual que la original se estructuró en dos dimensiones: satisfacción clínica y satisfacción con el estilo de vida. En el primer apartado se abordaron aspectos sobre la satisfacción con el tratamiento, su eficacia, reacciones adversas y las exigencias que conllevan, si lo recomendaría a otro paciente y si querría continuar con su tratamiento actual. En el apartado relacionado con el estilo de vida se trataron temas como la comodidad y flexibilidad del tratamiento, los conocimientos sobre su enfermedad y la adaptación del tratamiento a su forma de vida.

En la fase piloto en Abril-Mayo 2015, se realizó un análisis de fiabilidad, previo a la fase de validación de los cuestionarios. Se suministraron los cuestionarios a 30 pacientes. Se recogieron variables de edad, sexo, inhibidor de la proteasa (IP) utilizado (boceprevir o telaprevir), índice de complejidad calculado con la herramienta disponible en <http://indicedecomplejidad.com/complejidad.php> y respuesta viral sostenida (RVS).

La fiabilidad se estimó mediante el alfa de Cronbach. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0

RESULTADOS: Se facilitaron un total de 30 cuestionarios. El 90.0% fueron hombres con una edad media de 52.5 ± 8.3 . El 53.3% de los pacientes fueron tratados con triple terapia basada en Telaprevir con un valor medio de índice de complejidad de 14.5 ± 2.1 . El 80.0% de los pacientes alcanzaron la RVS.

En el apartado clínico, el 60.0% se sentía muy satisfecho con su tratamiento y el 70.0% con la eficacia de la medicación. El 40.0% se sentía poco satisfecho con las exigencias a las que le obligaba su tratamiento actual. El 63.3% recomendaría su tratamiento a otros pacientes en su misma situación y el 70.0% estaba contento de continuar con su tratamiento. En el apartado relacionado con el estilo de vida, el 33.3% de los encuestados se sentía satisfecho con la comodidad de su tratamiento. Un 53.3% valoraba muy positivamente la flexibilidad de este y el 60.0% valoraba como excelente su conocimiento de su patología. Finalmente el 36.7% consideraba que su tratamiento se adaptaba de manera óptima a su estilo de vida.

En cuanto al análisis de fiabilidad, el valor del alfa de Cronbach de la escala completa fue 0.867 y de las subescalas 0.790 el apartado clínico y 0.817 en calidad de vida, lo que representa una elevada fiabilidad.

CONCLUSIONES: El cuestionario elaborado presenta una excelente fiabilidad para medir el objetivo propuesto. En la siguiente fase se establecerá la validez de los cuestionarios según las respuestas emitidas por los pacientes.

666. UTILIDAD DE LOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES AL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Morillo Verdugo R, Ampuero Herrojo J, Cantudo Cuenca Mr, Fombuena Rubio B, Romero Gomez M.

Hospital Univ. De Valme (Área Gtión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar la influencia de los índices de comorbilidad en la toma de decisiones clínicas debido a la aparición de eventos adversos (EA) en pacientes con el virus de la hepatitis C (VHC) tratados con antivirales de acción directa (AADs).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo multicentrico, llevado a cabo en cuatro hospitales, donde se incluyeron pacientes con VHC y grado de fibrosis \geq F2 según elastografía transitoria (ET) que iniciaron tratamiento con AADs entre el 1-Enero-2015 y 31-Mayo-2015.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, albúmina, ET, genotipo del VHC, tipo de AAD, duración del tratamiento, eventos adversos desde inicio del AAD, comorbilidades basales.

Los EA se clasificaron en función del requerimiento de atención sanitaria: ingreso hospitalario ($>$ 24h); observación hospitalaria (

Los índices de valoración de comorbilidades utilizados fueron: a) "Charlson comorbidity index" (CCI) (Charlson.J Chronic Dis.1987;40(5):373-83); b) "Modified Charlson comorbidity index" (mCCI) (Berkman.Ann Intern Med.1992;117:1003-9); c) "Cirrhosis comorbidity index" (CirCom) (Jepsen.Gastroenterol.2014;146(1):147-56).

Para identificar variables independientes relacionadas con la aparición de EA, se realizó un modelo de regresión, incluyendo los tres índices, mediante SPSS@Statistics 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 104 pacientes; 75.0% hombres. Los genotipos fueron: G1 (77.9%), 1a (30.9%), 1b (61.7%), 1a/b (7.4%); G3 (8.7%); G4 (13.4%). El AAD prescrito fue sofosbuvir en el 84.6% y, en el resto, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir. La media de duración de la terapia fue 2.1 ± 1.6 meses.

El 13.5% (14/104) de los pacientes sufrieron EA, requiriendo un 6.4% (7/104) ingreso hospitalario, con un total de dos muertes; un 1.8% (2/104) observación hospitalaria y un 4.6% (5/104) visita a urgencias.

Los valores de los índices CCI (4.0 ± 1.3 vs. 2.2 ± 1.1 ; $p=0.0001$), mCCI (0.86 ± 0.86 vs. 0.24 ± 0.55 ; $p=0.001$) y CirCom (1.0 ± 0.88 vs. 0.38 ± 0.55 ; $p=0.001$) fueron mayores en los pacientes que tuvieron EA frente aquellos con ausencia de éstos, siendo el área bajo la curva ROC (IC95%) de 0.86 (0.76-0.95); p

Un $CCI \geq 3$ se asoció a mayor probabilidad de aparición de EA (23.6% (13/55) vs. 2% (1/49); logRank 6.77; $p=0.009$), así como un $mCCI \geq 1$ (33.3% (9/27) vs. 6.5% (5/77); logRank 12.59; $p=0.0001$) y $CirCom \geq 1$ (24.4% (10/41) vs. 6.3% (4/63); logRank 10.21; $p=0.001$). Los niveles de albúmina también estuvieron relacionados con la aparición de EA (3.4 ± 0.5 vs. 3.9 ± 0.4 g/dl; p

Ajustados por edad, sexo, albúmina y ET se diseñaron tres modelos, incluyendo el score de cada índice, para identificar variables independientes predictoras de EA: a) CCI [HR 2.66(95%CI 1.53-4.65); $p=0.001$]; b)mCCI [HR 2.35(95%CI 1.61-3.42); $p=0.0001$] y albúmina [HR 0.99(95%CI 0.99-1.00); $p=0.040$]; c) CirCom [HR 4.48(95%CI 1.98-10.14); $p=0.0001$] y albúmina [HR 0.997(95%CI 0.995-0.999); $p=0.040$].

CONCLUSIONES: Los pacientes con VHC tratados con AADs y alto grado de comorbilidad basal tienen mayor riesgo de sufrir EA. Los índices de Charlson y el CirCom podrían ser importantes a la hora de evaluar el beneficio clínico del tratamiento para VHC, más allá de la erradicación del virus. Los pacientes con un $CCI > 3$ requieren un análisis individualizado antes de iniciar el tratamiento con AADs.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

827. ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE DOS CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE APLICACIONES MÓVILES DESTINADAS A PACIENTES VIH.

AUTORES: Robustillo Cortés Mdl, Cantudo Cuenca Mr, Montero Delgado A, Manzano Garcia Mm, Haro Marquez Ca, Morillo Verdugo R.

Hospital Univ. Virgen De Valme. Ctra. De Cádiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Determinar la correlación existente entre dos cuestionarios diseñados para evaluar la calidad de las aplicaciones para dispositivos móviles (apps) destinadas a pacientes VIH+.

MÉTODOS: Para la realización del estudio se llevó a cabo una búsqueda, actualizada a enero de 2015, en las dos principales tiendas para smartphone (App Store y Google Play) de apps destinadas a pacientes VIH+. Para ello se utilizaron los términos "HIV", "SIDA" y "acquired immune deficiency syndrome". Se excluyeron aquellas no disponibles en inglés o español. Para determinar la puntuación de cada aplicación se emplearon dos cuestionarios: uno propio basado en diferentes recomendaciones de calidad para apps sanitarias existentes hasta diciembre 2012, elaborado según metodología delphi, y el cuestionario iSYScore. En el primer cuestionario (10 ítems) se abordaban aspectos como la accesibilidad, transparencia, credibilidad, calidad y actualización de contenidos, soporte técnico, publicidad, privacidad y protección de datos y seguridad lógica. El segundo (16 ítems) incluía los apartados: interés popular, confianza y utilidad.

Las variables cuantitativas se caracterizaron con medias y desviaciones típicas o medianas y rangos intercuartílicos; las variables cualitativas, con frecuencias y porcentajes. Para la estimación de la correlación entre los dos cuestionarios, empleando la media de la puntuación total de cada uno de ellos, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para variables paramétricas. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS® Statistics 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 34 apps. En el primer cuestionario, el aspecto con mayor puntuación fue la accesibilidad con un 97.1% (n=33) de cumplimiento, seguido de la transparencia con un 72.1% (n=25) y la calidad y actualización de los contenidos con un 44.1% (n=15). Con una valoración intermedia se encontraban los apartados de credibilidad y soporte técnico con un 20.6% (n=7) de apps aprobadas, respectivamente. Los apartados peor valorados fueron la publicidad, que no se cumplía en ninguna app; la seguridad lógica con tan sólo una app que cumplía este ítem; y la privacidad y protección de datos, donde tres de las apps lo cumplían.

En el segundo cuestionario se obtuvieron mejores resultados en todos los ámbitos con un 44.1% (n=15) de cumplimiento en el apartado de interés popular, un 38.2% (n=13) en la confianza y un 32.5% (n=11) en la utilidad. Entre los puntos de mejora destacan que sólo seis apps son declaradas de interés por las asociaciones de afectados y sólo ocho emplean juegos para promocionar la salud. Entre las aspectos positivos destacan que el 95.9% proporciona información, el 71.4% de las apps tiene una valoración positiva por parte de los usuarios y en el 59.1% se identifica la organización responsable.

La correlación entre ambas escalas fue muy buena con un coeficiente de Pearson de 0,68 ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Existe una buena correlación entre los dos cuestionarios. Sin embargo, la calidad de las apps evaluadas es baja, encontrándose sólo una con criterios de excelencia.

940. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DENTRO DEL PROGRAMA SAP PARA EL REGISTRO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE LA VALIDACIÓN

AUTORES: Barrera Puigdollers MT, Murgadella Sancho A, Aguado Jodar A, Sánchez López Ó, Merino Méndez R. Hospital Dos de Maig. C/dos de maig nº 301. Barcelona. España

Introducción: En abril de 2014 se implantó en nuestro centro el programa de prescripción SAP medication. Hasta entonces el registro de las intervenciones farmacéuticas se realizaba en un excell a parte. En SAP se creó una herramienta que facilita el registro y la clasificación de las intervenciones realizadas.

OBJETIVOS: - Describir la herramienta que permite el registro de intervenciones durante la validación.

- Cuantificar las intervenciones realizadas desde la implantación del sistema y clasificarlas por tipo de intervención.

- Comparar los datos registrados en SAP con los datos promedio del mismo periodo del 2012 y 2013.

MÉTODO: Cuando el farmacéutico realiza una intervención, en la misma pantalla dónde se ésta se notifica al prescriptor, existe un campo desplegable que permite registrarla y clasificarla. Posteriormente las intervenciones pueden explotarse por fecha, fármaco, etc.

Se ha realizado un estudio observacional en el que se han cuantificado y clasificado las intervenciones realizadas durante el periodo de abril-diciembre de 2014 (SAP) y se han comparado con los datos promedio del mismo periodo de los años 2013 y 2012 (Excell).

RESULTADOS: En el periodo de abril-diciembre de 2014 se registraron con la nueva herramienta 742 intervenciones. De éstas, se excluyeron 153 relacionadas con incidencias derivadas del cambio de programa. Así pues, para los cálculos posteriores se consideró un total de 589 intervenciones. El número de medicamentos prescritos en dicho periodo fue de 98.684. Por lo tanto, el porcentaje de intervención fue del 0.0059%.

De estas intervenciones, un 39% (n=232) estaban relacionadas con una dosis/intervalo supraterapéutico, un 16% (n=94) con duplicidades terapéuticas, un 11% (n=65) con dosis/intervalo infraterapéutico y el 34% restante (n=198) con otros tipos de incidencia.

El promedio de intervenciones realizadas en el periodo abril-diciembre de los años 2012 y 2013 fue de 314 intervenciones/año. El promedio de medicamentos prescritos/año fue de 79.536. Por lo tanto, el porcentaje de intervención medio fue del 0.0039%.

Del total de intervenciones, un 40% estaban relacionadas con una dosis/intevalo supraterapéutico (n promedio= 127), un 14% (n promedio=45) relacionadas con duplicidades terapéuticas, un 11% (n promedio= 36) con dosis/intervalo infraterapéutico y el 37% restante (n promedio=120) relacionadas con otros tipos de intervención.

Cuando se comparó el porcentaje de intervención promedio de los años 2012 y 2013 (0.0039%) con el porcentaje de intervención del año 2014 (0.0059%) se observaron diferencias estadísticamente significativas (Test exacto de Fischer, $p < 0.005$).

CONCLUSIONES: - La herramienta creada en SAP medication permite registrar las intervenciones de forma rápida y clasificarlas en el mismo momento que se realizan optimizando el tiempo dedicado a la validación.

- Los tipos de intervención más frecuentes no variaron con la implantación de SAP medication y fueron en este orden: detección de una dosis/intervalo supraterapéutico, detección de duplicidades y detección de una dosis/intervalo infraterapéutico.

- La nueva herramienta facilita un registro más real de la actividad obteniendo un incremento significativo del porcentaje de intervención farmacéutica ya que evita olvidos de registro propios de los sistemas no integrados (excell).

1181. DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA DE ALIMENTACIÓN ENTERAL

AUTORES: Cantudo Cuenca Md, Acuña Vega A, Domínguez Aguado Mb, Sánchez Ruiz A, Caba Porras I, Horno Ureña F.

Complejo Hospitalario De Jaen. Avda. Ejercito Español, 10. Jaén. España

OBJETIVOS: Diseñar y desarrollar una aplicación para dispositivos móviles (app) como soporte en la prescripción y/o administración de medicamentos mediante sonda enteral (SE). Esta herramienta pretende facilitar a los profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores un apoyo para la selección y administración segura de medicamentos por esta vía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las principales bases de datos sin restricción de fecha, idioma o estado de la publicación por 4 revisores independientes. También se hizo una revisión manual incluyendo las referencias citadas en los artículos más relevantes, otras fuentes primarias, guías de administración de medicamentos por SE, fichas técnicas, informes técnicos de los fabricantes y Apps de salud. Para los citostáticos orales se ha realizado un ensayo de dispersión dada la escasa información disponible. Se analizó también si los medicamentos estaban comercializados actualmente en el mercado nacional. Una vez armonizado el contenido y seleccionados aquellos aspectos de mayor utilidad se llevó a cabo el diseño de la app en conjunto con especialistas en programación.

RESULTADOS: Se ha obtenido una app denominada AppSonda® compatible para Android, con datos sobre la correcta administración de 646 principios activos (PA) por los diferentes tipos de SE. Está estructurada en cuatro ítems: Búsqueda, Recomendaciones, Videos e Información.

-Búsqueda: permite acceder a la información sobre correcta administración del medicamento buscando tanto por principio activo (PA) como por marca comercial. La información a la que se accede contiene recomendaciones y datos de interés, de fácil comprensión para todo tipo de usuario, estructurada en: forma farmacéutica (FF) recomendada, FF de elección, alternativas disponibles, observaciones (interacciones con nutrición enteral, interacciones con otros PA, precauciones...), estabilidad de la formulación y link con un vídeo explicativo sobre correcta manipulación de la FF de elección. Cuando no se encontraron datos en las fuentes consultadas, aparece el siguiente aviso: No existe información bibliográfica referente a su administración por sonda enteral.

-Recomendaciones: incluye información en formato Pregunta-Respuesta clasificada en dos grupos: Generalidades sobre administración de medicamentos por sonda y complicaciones relacionadas con la administración.

-Videos: contiene información visual de corta duración donde se expone cada paso a realizar en la manipulación, preparación y administración de diferentes FF por SE, ilustrado con subtítulos para mejorar su comprensión.

-Información: se encuentra la lista detallada de los autores y colaboradores, advertencias a los usuarios, bibliografía usada, abreviaturas e información sobre el desarrollo de la app.

Como valor añadido, se ha conectado la app con la sede electrónica de la AEMPS, por lo tanto, los medicamentos se presentan constantemente actualizados.

CONCLUSIONES: AppSonda® constituye una herramienta ágil, sencilla y validada como soporte en el uso seguro de fármacos administrados por SE que pretende ser empleada por todo tipo de usuario y evitar la administración de forma inadecuada y sus posibles complicaciones. El avance de la tecnología de la información constituye una herramienta de mejora del ejercicio profesional y favorece la participación proactiva de pacientes y/o cuidadores en su tratamiento.

793. PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN Y SU IMPACTO EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO DE DISCAPACITADOS FÍSICOS

AUTORES: Ferro Uriguen A, Beobide Telleria I, Miró Isasi B, Barral Juez I, Genua Goena Mi.

Hospital Ricardo Bermingham (Matia Fundazioa). Camino De Los Pinos 35. Guipúzcoa. España

OBJETIVO: En agosto de 2014 se abre una unidad de emblistado en el Servicio de Farmacia (SF), que tiene como objeto la dispensación de medicamentos a centros socio-sanitarios por paciente y toma a través del Sistema Automatizado de Dispensación (SAD) Xana 4001U2-Tosho®. Son objeto de automatización, formas farmacéuticas orales en presentación de cápsula y/o comprimido que son acondicionadas en material fungible adoptado para ello. A su vez, se instala el Sistema Automatizado de Comprobación(SAC) MDM2-Global Factories® que comprueba automá-

ticamente el contenido de cada toma de medicamentos fabricada por el SAD. El objetivo de este trabajo es medir el impacto en seguridad de la dispensación de medicamentos a un centro de discapacitados físicos, tras la incorporación de un SAD y un SAC en un SF.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realiza un análisis comparativo de los errores de dispensación de medicamentos registrados por la unidad de enfermería en un centro de discapacitados físicos con capacidad para 77 personas entre dos periodos de fechas, coincidiendo con el cambio del sistema de dispensación en el SF. Dicho registro, se realiza vía electrónica a través del programa de notificación voluntaria de errores de medicación, siguiendo la taxonomía validada por el ISMP-España.

01/01/2014-31/05/2015 (Fase I): el sistema de dispensación de medicamentos utilizado fue la bandeja de dosis unitaria semanal a partir de la prescripción médica electrónica (PME), donde desde el SF se dispensaban los medicamentos contados para un consumo semanal en su blíster original dentro de la bandeja y era en las unidades de enfermería del centro donde acondicionaban los medicamentos por tomas, fuera de su envase original lista para su administración.

01/01/2015-31/05/2015 (Fase II): se realiza una dispensación semanal de medicamentos a través del SAD y es comprobada por el SAC, previo interfaz de estos sistemas con el módulo de PME de la organización.

RESULTADOS: Los siguientes datos presentados fueron calculados para la Fase I y Fase II respectivamente; una edad media 52,0/51,2 años siendo en un 67%/65% hombres, y consumiendo una media de 7,10/7,37 de medicamentos por paciente y día. Fueron dispensadas 116719/119906 dosis de medicamento, por lo que consideramos cada dosis de medicamento como una oportunidad de error (OE).

El número de errores de dispensación comunicados por las unidades de enfermería y analizados y clasificados por el equipo asistencial del SF fue de 410 para la Fase I y 1 para la Fase II, con una Odds Ratio de 422,7 (IC95% 59,4; 3007,8. $p < 0,001$). A su vez, se midió la tasa de OE clasificado según la ISMP siendo para la Fase I; Omisión de dosis 240(0,206%), Dosis Incorrecta 100(0,086%), Paciente Equivocado 42(0,036%), Medicamento Incorrecto 28(0,024%). En la Fase II se identificó únicamente un error (0,001%) de Dosis Incorrecta.

CONCLUSIONES: la política de notificación y registro de errores de medicación de nuestra organización ha permitido evidenciar una importante minimización de errores ligados a la automatización del proceso de dispensación de medicamentos. Dicho avance, supone un nuevo impulso en el modelo de atención farmacéutica en centros socio-sanitarios y el uso seguro de medicamentos a este nivel asistencial.

652. ¿EN QUÉ PODRÍAN AYUDAR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES?

AUTORES: Collado Borrell R, Escudero- Vilaplana V, Ribed Sanchez A, Ibañez García S, Herranz Alonso A, Sanjurjo Saez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Dr. Esquerdo, 6. Madrid. España

OBJETIVO: Los antineoplásicos orales (ANEOS) son fármacos de alto riesgo utilizados en una población frágil. Por estas características e incremento en los últimos años, la e-salud 2.0 se posiciona como una herramienta útil para realizar un seguimiento farmacoterapéutico a tiempo real. Para su diseño debemos conocer la situación basal en la práctica clínica.

Por tanto, el objetivo es analizar las características de los pacientes onco-hematológicos en tratamiento con ANEOs en cuanto a su seguridad, adherencia y resultados en salud (RS), para detectar los posibles puntos de mejora y requerimientos específicos antes de la implantación de un programa e-salud 2.0.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en el contexto de la fase preimplantación de un programa de e-salud2.0. Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con los ANEOs más dispensados (abiraterona, axitinib, capecitabina, crizotinib, dasatinib, enzalutamida, erlotinib, everolimus, gefitinib, imatinib, lenalidomida, nilotinib, sunitinib y pazopanib) entre enero-noviembre 2014 y que estuvieran al menos 6 meses en tratamiento.

Los resultados fueron evaluados mediante una entrevista clínica al sexto mes de tratamiento.

Variables recogidas: demográficas, clínicas (ECOG, diagnóstico), farmacoterapéuticas (ANEO, número medicamentos), seguridad [interacciones, efectos adversos (EA) según la clasificación CTCAE.v4.0, problemas relacionados con la medicación (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) según el Tercer Consenso de Granada], adherencia (cuestionario SMAQ y registro de dispensaciones) y RS (visitas a urgencias e ingresos).

RESULTADOS: Se analizaron 41 pacientes (65.9% hombres) con una edad media de 68,3 años (DE=11.2). El 90.2% tenían ECOG \leq 1. Los diagnósticos más prevalentes fueron: mieloma múltiple (26.8%), carcinoma renal y de pulmón (19.5%) y carcinoma de próstata (12.2%). Los principales ANEOs incluidos fueron: lenalidomida (31.7%), gefitinib (14.6%), capecitabina y pazopanib (12.2%) e imatinib (9.8%). La media del número de fármacos concomitantes por paciente fue 5.1 (DE=2.9).

SEGURIDAD: se identificaron 18 interacciones, de las cuales un 33.3% tenían categoría X (FDA). Todos los pacientes presentaron al menos un EA, siendo los más frecuentes fatiga (51.2% de los pacientes), diarrea (41.5%), toxicidad cutánea (31.7%) y náuseas (24.4%), que motivaron la reducción de dosis en el 17,1% de los pacientes. En el 82.9% fueron G1, 26.8% G2, 24.4% G3 y 2.4% G4. Se encontró al menos un PRM en el 61% de los pacientes; los más frecuentes fueron: interacciones clínicas relevantes (42.9%), probabilidad de EA por falta de alguna medida preventiva (23.8%) e incumplimiento del tratamiento (16.7%). El 53.7% presentó al menos un RNM; los más frecuentes fueron: 34.4% ineffectividad no cuantitativa, 26.9% inseguridad cuantitativa y 18.8% problema de salud no tratado. Adherencia: la media según el SMAQ fue 97.2%; según el registro de dispensaciones, 91.8%.

RS: el 39% acudió a urgencias y el 14.6% tuvo algún ingreso durante los 6 meses.

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con ANEOs son pacientes de edad avanzada, polimedicados, adherentes, con al menos un EA y con PRM. La seguridad se ha posicionado como el aspecto más importante en el seguimiento de los pacientes con ANEOs. Un programa de e-salud 2.0 focalizado en la identificación de interacciones, prevención y manejo de EA podría mejorar la calidad de la farmacoterapia con ANEOs.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

986. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL A LAS FÓRMULAS ESTANDARIZADAS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

AUTORES: Pérez Morales J, Gutiérrez Zúñiga L, Vallecillo Capilla P, Valencia Soto Cm.

Hospital Univ. Virgen De Las Nieves. Avda De Las Fuerzas Armadas N°2. Granada. España

OBJETIVO: La estandarización de fórmulas de Nutrición Parenteral Total(NPT) tiene como objetivo la simplificación en la prescripción y elaboración, disminuyendo posibles errores asociados. Como inconveniente deben ser lo suficientemente variadas, para cubrir los requerimientos nutricionales de la mayor parte de la población adulta. En nuestro hospital se disponen de 7 tipos de dietas protocolizadas, seleccionadas en colaboración con el servicio de Nutrición y Dietética. En este estudio se analiza la adecuación de la prescripción de NPT estandarizadas en una unidad de trasplante de médula ósea(TMO), respecto a los requerimientos nutricionales individuales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a pacientes en TMO con NPT desde Octubre de 2014 a Mayo de 2015. A partir de las historias clínicas se recogieron variables demográficas (edad, sexo), variables relacionadas con el estado nutricional (Peso, talla, comorbilidades asociadas), variables relacionadas con la prescripción (tipo de fórmula estandarizada, duración).

Para el cálculo individualizado de los requerimientos energéticos totales, debido al procedimiento de TMO, se consideró un grado de estrés metabólico III. Considerando como valor mínimo en la demanda proteica de 0.240 g Nitrogeno(N)/kg/día y una relación N/Kcal no proteicas de 1/130.

En función del IMC del paciente en el momento de la prescripción, se utilizó un peso para el cálculo de los requerimientos: Peso ideal(IMC20 y 25)

La adecuación de la prescripción de NPT se valoró como positiva siempre que fuera la fórmula protocolizada que más se ajustara a los requerimientos estimados.

Además se calcularon las diferencias en el aporte proteico y energético entre la NPT prescrita y los requerimientos estimados, considerando como diferencias significativas ± 0.040 g N/kg/día y ± 600 kcal/día.

RESULTADOS: Se analizó un total de 35 pacientes con una edad media de 44 años, el 69% hombres. La mediana de duración de NPT fue de 10 días (1-115 días). En el momento de la prescripción el 29% se encontraban en normopeso, 20% en bajo peso y 51% en sobrepeso.

El porcentaje de adecuación de la prescripción a las dietas estandarizadas según los requerimientos nutricionales fue del 51%.

El porcentaje del total de NPT prescritas, cuyo aporte proteico y energético fue deficitario respecto a los requerimientos individuales fue del 41% y 46% respectivamente. Considerando solo las prescripciones aceptadas como adecuadas, el 24% y 26% fueron deficitarias proteico y calóricamente, respectivamente.

CONCLUSIONES: Los resultados del estudio constatan, que aproximadamente la mitad de las fórmulas seleccionadas no eran las que más se adaptaban a las necesidades de los pacientes. La simplificación en la prescripción de NPTs con la selección de fórmulas protocolizadas, puede conllevar el riesgo de no calcular los requerimientos nutricionales individualizados y en función de estos seleccionar la fórmula estandarizada más adecuada.

Aproximadamente la mitad de las NPTs prescritas tenían un déficit calórico-proteico, respecto a los requerimientos estimados. Esto puede tener especial relevancia en los servicios donde la estancia y duración con NPT sea prolon-

gada, como una unidad de TMO. Por lo que la revisión de las dietas estandarizadas disponibles es necesaria para minimizar dichas deficiencias.

169. DISFAGIA COMO FACTOR DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Torres Bondia Fi, Grau Manresa G, Queralt Lopez A, Lopez Sotillo K, Navarro Brugueras M.

Hospital De Santa María. Avda. Alcalde Rovira Roure, 44. Lleida. España

OBJETIVOS: Valorar la relación entre desnutrición y disfagia al ingreso, el estado nutricional y la relación entre la prescripción de espesante para líquidos y la presencia de disfagia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo, realizado mediante valoración nutricional al ingreso, revisión de la historia clínica y encuesta a pacientes ingresados en un hospital comarcal. Para valorar el estado nutricional se empleó el método NRS 2002, que clasifica a los pacientes en varios scores, dependiendo del grado de malnutrición y de la severidad de la enfermedad de base. Para valorar la disfagia al ingreso, se utilizó el cuestionario Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10), instrumento analógico verbal, unidimensional y de puntuación directa. El reclutamiento de los pacientes se realizó mediante la aplicación informática Silicon® de prescripción electrónica asistida. Se seleccionaron pacientes de cualquier edad y sexo que ingresaron en las unidades clínicas de Medicina Interna, Geriátrica de Agudos, Unidad Socio Sanitaria y Salud Mental y los que se les prescribió al ingreso nutrición enteral artificial y/o espesante para líquidos. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS® 22.0. Para establecer la relación entre la disfagia y desnutrición se realizó la prueba estadística del Chi-cuadrado.

RESULTADOS: Se incluyeron 96 pacientes, de los cuales un 47% (45) fueron hombres y un 53% (51) mujeres. La edad media fue de 82 años. La distribución por servicio fue de un 38% (37) en Medicina Interna, un 38% (36) en Geriátrica de Agudos, un 22% (21) en la Unidad Socio Sanitaria y un 2% (2) en la Unidad de Psiquiatría. Del total de pacientes estudiados, un 50% (48) presentaron desnutrición al ingreso. Un 33% (32) se les diagnosticó desnutrición proteica y un 17% (16) desnutrición mixta. Un 67% (64) presentó disfagia. Al valorar si la disfagia fue un factor de riesgo de desnutrición, un 44% (28) de los pacientes con disfagia presentaron algún tipo de desnutrición, frente a un 56% (36) normonutridos, siendo no estadísticamente significativo ($p=0.083$). Al hacer el análisis por tipo de desnutrición, tampoco se estableció relación estadísticamente significativa ($p=0.218$). Al analizar la prescripción de espesante, en un 89% (57) de pacientes con disfagia se les prescribió espesante para líquidos y al 11% (7) de pacientes restante no se les prescribió. De los pacientes con prescripción de espesante, un 11% (7) no presentaron disfagia.

CONCLUSIONES: Se constata la alta prevalencia de desnutrición en el ámbito hospitalario. A pesar de que la bibliografía revisada refleja que la disfagia es un factor de riesgo, el presente estudio no lo ha podido demostrar. El hecho de que se desconozca los antecedentes de uso de espesante por parte del paciente, podría justificar los resultados obtenidos. Por otra parte, el estudio de utilización de espesante está acorde con la presencia de disfagia. Este resultado justifica la necesidad de estudios que, no solo corroboren la disfagia como factor de riesgo de desnutrición, si no que sirva como oportunidad de mejora de cara a evitar este problema.

121. EFECTOS DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL CÍCLICA EN LA PARAMETRIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN HEPÁTICA ASOCIADA A LA NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: Álvaro Sanz E, Moreno Santamaria M, Arenas Villafranca Jj, Nieto Guindo M, Tortajada Goitia B, Abilés Osinaga J.

Hospital Costa Del Sol. Autovia A-7 Km 187. Málaga. España

INTRODUCCIÓN: La nutrición parenteral (NP) no está exenta de complicaciones, siendo de las más frecuentes la disfunción hepática (DH) asociada a los tratamientos de larga duración. El objetivo del estudio es evaluar el efecto de la Nutrición parenteral cíclica (NPc) sobre el descenso los marcadores hepáticos, en pacientes tratados previamente con NP continua y que presenten alteraciones relevantes dichos marcadores (DH) a consecuencia de la NP. De una manera secundaria analizar la influencia de otros factores relacionados sobre dicho descenso de marcadores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel. Criterios de inclusión: pacientes hospitalizados >18 años desde octubre 2012 hasta diciembre 2014, ambos inclusive, que recibieran NP y en algún momento del tratamiento fuese pautada de forma cíclica (NP con descanso durante la infusión). Criterios de exclusión: antecedentes de patologías hepáticas graves o fracaso renal, éxitus durante la NP o duración de NPc ≤ 4 días. La composición de la NPc fue individualizada según las recomendaciones de la ESPEN. No se excedieron en ningún caso los 5g/kg/día de hidratos ni los 1,5g/kg/día de lípidos. Variables estudiadas: demográficos, insulina en la NPc, infección durante la NPc, estímulo entérico durante NPc y realización de maniobras previas al ciclado para mejorar la DH (cambio de solución de aminoácidos a enriquecidos con taurina o reducción de aportes de hidratos/lípidos en NP). Se analizaron al inicio y al final de la NPc los siguientes parámetros: Aspartato-aminotrans-

ferasa(GOT), alanil-aminotransferasa(GPT), gamma-glutamyl-transferasa(GGT), fosfatasa alcalina(FA) y bilirrubina total(BT). Para la BT solo se tuvieron en cuenta los pacientes con $BT \geq 1,2 \text{ mg/dL}$ al inicio del ciclado. Se compararon los cambios entre valores previos y posteriores al ciclado mediante test de Tstudent apareada; para variables cualitativas mediante test U de Mann-Whitney; y la correlación bivariada entre variables cuantitativas mediante coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se pautó NP a 56 pacientes, de los que finalmente se incluyeron 37: $61,2 \pm 13,7$ años, 59,5% mujeres, $24,0 \pm 6,5$ de IMC. Los valores, expresados como media \pm desviación standard, de los marcadores hepáticos antes y después de la NPTc fueron respectivamente: GOT(UI/L) $78,2 \pm 89,1$ vs. $34,8 \pm 17,3$ ($p=0,004$); GPT(UI/L) $132,5 \pm 245,4$ vs. $55,0 \pm 36,2$ ($p=0,058$); GGT(UI/L) $539,5 \pm 372,9$ vs. $414,2 \pm 321,5$ ($p=0,040$); FA(UI/L) $238,3 \pm 156,8$ vs. $239,6 \pm 199,9$ ($p=0,968$); $BT > 1,2 \text{ mg/dL} (\text{mg/dl})$ ($n=5$) $1,5$ (Rango Intercuartilico: $1,2-6,2$) vs. $0,8$ (Rango Intercuartilico: $0,2-3,1$) ($p=0,047$). Como maniobras previas al ciclado se redujo el aporte de lípidos/hidratos en 3 pacientes y se adicionó taurina en 14. El 54,1% de los pacientes presentó infección una vez iniciada la NPc (48,6% confirmada por cultivo), el 43,2% recibió aporte de insulina en la NPc y el 54,1% recibió estímulo entérico durante la infusión. No se halló relación significativa entre las variables demográficas, las maniobras previas o los demás factores con respecto al descenso de los marcadores.

CONCLUSIONES: Se observó mejoría significativa en todos los marcadores hepáticos estudiados salvo la FA. Ninguno de los parámetros estudiados influyó de manera significativa a este descenso, por lo que podemos concluir que la perfusión cíclica de la NP parece ser objetivamente beneficiosa en el manejo de la DH asociada a este tipo de soporte nutricional.

45. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LOS EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LÍPIDOS EN LAS ALTERACIONES HEPÁTICAS EN NEONATOS CON NUTRICION PARENTERAL

AUTORES: Donoso Rengifo MC, Jimenez Pichardo L, Lopez-Santamaria Donoso J, Moya Martin ML, Murillo Izquierdo M. Hospital Universitario Virgen Macarena. av doctor fedriane 3 41017. Sevilla. España

OBJETIVOS: La administración de nutrición parenteral (NP) se ha asociado a alteraciones hepatobiliares como colestasis. En base a un primer estudio observacional en el que se concluyó que las alteraciones hepáticas en neonatos parecen disminuir con las nuevas generaciones de lípidos, el objetivo de este estudio es ampliar la población neonatal comparando lo que ocurre en otros hospitales y así avalar los resultados observados en seguridad y eficacia.

METODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico realizado en hospitales de 3º y 2º nivel, en pacientes neonatos con NP durante el periodo comprendido entre Enero de 2012 y Diciembre 2014. Para la selección de pacientes se recurrió al registro informático del Servicio de Documentación Clínica. Se descartaron los pacientes con NP de duración

Se asignaron los consumos de lípidos mediante el programa de gestión económica.

Las variables recogidas fueron: dosis lipídica, tipo de lípido utilizado, duración NP y diagnóstico colestasis.

RESULTADOS: De 375 pacientes pediátricos (291 hospital 3ºN/84 hospital 2ºN), 99(81/18) estuvieron con NP durante >10 días. Fueron registrados 45(37/8) pacientes en 2012 (43 de ellos neonatos), 31(24/7) en 2013 (30 neonatos) y 23(20/3) hasta diciembre de 2014 (22 neonatos). Fueron diagnosticados de colestasis 6 neonatos(4/2) durante el periodo de estudio, 5 de ellos prematuros. Las pautas de dosificación se iniciaron con $0,5 \text{ g/kg/día}$, con incrementos diarios de $0,5 \text{ g/kg/día}$ hasta un máximo de 3 g/kg/día . La media de duración de la NP fue $58,8/15,5$ días respectivamente. El hospital de 2º Nivel utilizó lípidos de 2ª G durante todo el periodo de estudio mientras que el de 3º Nivel comenzó con 2ªG hasta Enero 2013 que cambió a 3ªG. 5 de los 6 casos ocurrieron siendo la fuente lipídica administrada una emulsión con triglicéridos de cadena media y larga (2ª generación). Un único caso fue diagnosticado coincidiendo con el cambio a emulsiones lipídicas que contienen omega-3 (3ª generación).

CONCLUSIONES: Se observa una tolerancia a la NP del 95%/89% en la población neonatal estudiada, con lo que se avala la seguridad y eficacia de las nuevas generaciones de lípidos. Parece existir una tendencia a una menor incidencia de alteraciones hepáticas con el uso de lípidos de 3ª generación, ya que las alteraciones hepáticas observadas coinciden en ambos hospitales con la administración de lípidos de 2ªG. Sería conveniente analizar un periodo de tiempo más amplio incluyendo otros centros de tercer nivel con el fin de obtener datos más representativos.

469. POSIBLE INFLUENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN EL DESARROLLO DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

AUTORES: Tejada González P, Tornero Torres O, Fuentes Irigoyen R.

Hospital Central De La Cruz Roja. Avda. Reina Victoria 24, 28003. Madrid. España

OBJETIVO: El objetivo es comprobar los niveles de vit D en sangre en pacientes ingresados con infección por Clostridium Difficile y su posible relación causal. Numerosos trabajos describen que la vit D juega un papel importante en

la regulación del sistema inmune y en las infecciones adquiridas en el hospital y en concreto en la infección por *Clostridium difficile* (CD). Las células del sistema inmune, expresan un receptor de la vit D. Algunos estudios demuestran que la activación de macrófagos a través del receptor de la vit D, por unión de esta, induce la producción del péptido "catelicidina" con propiedades antibacterianas endógenas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio observacional retrospectivo en los pacientes ingresados con diagnóstico comprobado microbiológicamente de CD durante el periodo de enero de 2013 al 15 de marzo de 2015. Se tomó el valor de vit D al ingreso antes del desarrollo de la infección .

Para conocer los valores de vit D habituales en nuestra población de pacientes , se tomaron un total de 7121 determinaciones de vit D realizadas en el laboratorio durante el mismo periodo de tiempo y se compararon con el valor obtenido de vit D al ingreso de los pacientes en los que desarrollaron infección por CD.

Las sociedades científicas establecen que los valores de vit D son adecuados a partir de 20-30 ng/ml

RESULTADOS: De los 7121 pacientes de muestra 5142 eran mujeres con una media de edad de 73 +- 19 años y niveles de vit D: 24,57+-17,30 ng/ml ; Los varones fueron 1979 con una media de edad 75+-20 años y niveles de vit D: 21,57+- 15,92 ng/ml .

Un total de 38 pacientes desarrollaron infección por CD, de los cuales sólo 23 tenían niveles de vit D al ingreso. En los 23 pacientes valorables que desarrollan infección por CD, 6 eran mujeres con una media de edad de 73+- 10 años y niveles de vit D 13,5 +- 12,14 ng/ml y 17 varones con edad media de 75 +- 20 años y nivel de vit D .14,6+-6,59 ng/ml De estos 23 pacientes con CD, 16 presentaron niveles de vit D por debajo del rango de normalidad recomendado por las sociedades científicas, lo que representa el 69,57% y valores significativamente menores que la media de vit D de los pacientes que se tomó de referencia: (10,92 +- 15 ng/ml) vs (23,72+-16,98 ng/ml) respectivamente.

CONCLUSIONES: 1. La alta prevalencia de déficit de vit D en la población que desarrolla infección por C.D. durante el ingreso, hace pensar en una relación causal entre el déficit de vit D y la infección por C. D.

2. Se necesitan más estudios con mayor nº de pacientes para confirmar esta hipótesis.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

533. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA 1ª LÍNEA DE TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB EN ADENOCARCINOMA COLORRECTAL METASTÁSICO.

AUTORES: Borràs Trias L, Cruel Niebla M, Pericay Pijaume C, de Pedro Ambrosio V, Frias López MC, Gorgas Torner MQ.

Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. parc tauli s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de la utilización de bevacizumab en 1ª línea en pacientes afectados de adenocarcinoma colorrectal metastásico (CCRm). Analizar el coste de este tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, unicéntrico y observacional que incluyó todos los pacientes que recibieron alguna línea de tratamiento con bevacizumab para el CCRm en un hospital secundario entre abril 2007 y octubre 2013. Se recogieron los datos de variables demográficas y variables clínicas: localización del tumor y de las metástasis y estudio mutacional RAS. Se estudió la efectividad de la 1ª línea con bevacizumab (grupo A) comparado con el resto de tratamientos (grupo B) con variables de supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y el coste de ambos grupos.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 104 pacientes, con una mediana de edad al diagnóstico de 58,50 años (RIQ: 51,25-65,0). 49 de ellos (47,1%) presentaban RAS mutado y 18 (17,3%) pacientes sin determinar. Los resultados de respuesta obtenidos en 1ª línea fueron: 17 (16,3%) respuesta completa, 51 (49%) respuesta parcial, 19 (18,3%) enfermedad estable y 17 (16,3%) progresión. La mediana de la SG fue de 33 meses y la de la SLP fue de 11 meses.

63 pacientes (60,6%) recibieron bevacizumab en 1ª línea (grupo A) y 41 (39,4%), otros tratamientos (grupo B).

Los resultados en SG según la 1ª línea fueron 35 meses en el grupo A vs. 32 meses en el grupo B y en SLP fueron 11 meses vs. 10 meses, respectivamente.

En RAS wild-type, la mediana de la SG fue 40 meses en el grupo A vs.32 meses en el grupo B. La SLP fue de 11 meses vs. 8 meses, respectivamente.

El coste promedio de la 1ª línea de tratamiento fue de 12.531,99 euros. En el grupo A fue de 13.670,44 euros y en el grupo B, 10.851,42 euros. El coste promedio por ciclo de 1ª línea de tratamiento fue de 1.212,73 euros. En el grupo A fue de 1.326,54 euros y el grupo B, 1.044,67 euros.

CONCLUSIONES: La SG y la SLP obtenidas en 1ª línea con bevacizumab en pacientes afectados de CCRm fueron superiores al resto de tratamientos. Analizando el estado mutacional RAS, los pacientes con el subgrupo wild-type

fueron los que más se beneficiaron del tratamiento con bevacizumab en 1ª línea. Las diferencias en SG y SLP en este subgrupo pueden justificar el incremento de gasto por paciente.

777. COMPARACIÓN DE FÓRMULAS Y CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA DOSIFICACIÓN DEL CARBOPLATINO

AUTORES: Company Albir Mj, Georgieva Kostadinova P, Albert Mari A, García Borrell C, López Briz E, Poveda Andrés JI. Hospital Universitario Y Politecnico La Fe. Bulevar Sur, S/N. Valencia. España

OBJETIVO: Análisis comparativo entre la dosis prescrita de carboplatino en pacientes con carcinoma de pulmón no micrótico (CPNM) y las dosis teóricas aplicando los criterios normalizados propuestos por el Grupo Oncológico Ginecológico (GOG) para el cálculo del aclaramiento de creatinina (ClCr), y las dosis teóricas mediante diferentes fórmulas de ClCr.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes de CPNM con esquemas que contienen carboplatino en un hospital terciario de enero a diciembre de 2014.

Se recogen las variables talla, peso, edad, sexo, creatinina, IMC y dosis prescrita (E) del aplicativo Farmis-Oncofarm® del primer ciclo de administración del fármaco. Se ha estimado la dosis de carboplatino teórica para un AUC objetivo de $6\mu\text{g}\cdot\text{h}/\text{ml}$:

A) Siguiendo los criterios GOG: fórmula Cockcroft-Gault modificada (CG-M), peso real (PR) y si $\text{IMC}>25\text{Kg}/\text{m}^2$ peso ideal ajustado ($\text{PIA}=0,4(\text{PR}-\text{PI})$), creatinina (Cr) mínima 0,7mg/dl y ClCr máximo 125ml/min.

B) Mediante CG clásica.

C) Aplicando criterios normalizados en nuestro hospital, CG-M, PR si $\text{IMC}<18,5\text{Kg}/\text{m}^2$ y PIA si $\text{IMC}>25\text{Kg}/\text{m}^2$, Cr mínima 0,67mg/dl, y dosis máxima día 400mg/m².

D) Fórmula CDK-EPI para ClCr.

Las variables categóricas se expresan en frecuencias (%) y las cuantitativas con media e intervalo de confianza 95% (IC95%). Se ha considerado como dosis teórica de referencia la calculada con los criterios GOG. Se han hallado las diferencias absolutas y relativas entre las diferentes dosis. La significancia estadística de la diferencia entre las medias ($p<0,05$) se evaluó mediante la prueba t de Student-Fisher (SPSS versión 22) para muestras relacionadas.

RESULTADOS: Se recogieron las variables de 59 pacientes (84,7% hombres) con media de edad 64,9 años (IC95%:62,1-67,7); peso 72,4Kg (IC95%:68,6-76,2); IMC 25,8Kg/m² (IC95%:24,7-27), 61% $\text{IMC}>25\text{Kg}/\text{m}^2$; Cr 0,96mg/dl (IC95%:0,88-1,04).

Las variaciones medias absolutas y relativas respecto a A son:

B: 66mg (IC95%:43,6-89,8); 10,1% (IC95%:7,2-17,3). 37,3% de los pacientes con desviación $>10\%$ (18,6% $>15\%$).

C: 41mg (IC95%:30,9-51,1); 6,2% (IC95%:5-7,4). 20% de los pacientes con desviación $>10\%$ (5,8% $>15\%$).

D: 81mg (IC95%:64,4-97,8); 14,1% (IC95%:11,1-17,5). 55,9% de los pacientes con desviación $>10\%$ (39% $>15\%$).

E: 78,8mg (IC95%:60-97,6); 14,2% (IC95%:11,1-17,3). 50,8% de los pacientes con desviación $>10\%$ (33,9% $>15\%$).

Analizando los datos según el IMC no se detectan diferencias importantes en el porcentaje de variación.

La variación relativa media entre la dosis teórica B, C y D con la dosis prescrita es del 16%, 8,9% y 16,8% respectivamente.

La prueba de t-student de la diferencia entre medias es estadísticamente significativa, excepto para la dosis C en el grupo $\text{IMC}<25\text{Kg}/\text{m}^2$.

CONCLUSIÓN: Existe variabilidad en los criterios utilizados para dosificar el carboplatino. La fórmula y los criterios para el cálculo del ClCr influyen de forma significativa en las dosis. La normalización reduciría la variabilidad asociada al cálculo de dosis.

Los criterios normalizados en nuestro hospital no presentan desviaciones clínicamente relevantes a los propuestos por el GOG para sus ensayos clínicos, la variación media no supera el 10%, con un amplio seguimiento por los prescriptores ya que presenta la menor variación respecto a la dosis prescrita.

401. EFECTIVIDAD DE NAB-PACLITAXEL EN ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS AVANZADO

AUTORES: Llorente Romeo A, Zapico Garcia I, Plano Sanchez Ai, Gomez De Segura Iriarte L, Rodriguez Palomo A, Alaguero Calero M.

Hospital Universitario Central De Asturias. Avenida De Roma, S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de nab-paclitaxel, en monoterapia o en combinación con gemcitabina, como tratamiento en pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastásico. Identificar posibles factores que influyen en la respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes con cáncer de páncreas avanzado que iniciaron tratamiento con nab-paclitaxel entre mayo de 2013 y mayo de 2015. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, localización del tumor primario, estado funcional según escala de Karnofsky (K), tratamiento actual, líneas de terapia previas en enfermedad metastásica, fecha de progresión (diagnóstico por TAC), presencia de metástasis hepáticas y reacciones adversas reportadas. Fuente de datos: historia clínica electrónica Powerchart (Millenium®) y programa integral de prescripción oncológica Oncofarm (Farmis®). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS®v22.0. La efectividad se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP), calculada por el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 19 pacientes iniciaron tratamiento, con una mediana de edad de 62,4 años (rango 46-75). El 47,4% (n=9) del total iniciaron nab-paclitaxel como primera línea en enfermedad metastásica, el 42,1% (n=8) como segunda y el 10,5% (n=2) restante como tercera. El 70% de los pacientes con nab-paclitaxel en una línea posterior a la primera había recibido anteriormente el protocolo FOLFIRINOX. El 73,7% de los casos presentaba metástasis hepáticas al inicio del tratamiento. En relación al estado general, más de la mitad (52,6%) presentaban K90, el 42,1% K80 y el 5,3% K70. Se empleó nab-paclitaxel 125 mg/m² días 1,8 y 15, asociado a gemcitabina en 12 pacientes; los restantes (n=7) recibieron nab-paclitaxel en monoterapia (off-label) por presentar un grado alto de mielotoxicidad previo al inicio del tratamiento. Las principales reacciones adversas notificadas, atribuibles al nab-paclitaxel fueron: alteraciones hematológicas (68,5%), diarreas y dispepsias (15,8%) y neuropatías (15,8%). Al final del seguimiento el 57,9% de los pacientes había progresado (n=11), dentro de los cuales, el 36,4% fue exitus (n=4). El 36,8% (n=7) continúa con el tratamiento al final del seguimiento. Un último paciente fue omitido por traslado a otro hospital (pérdida para el estudio). La mediana de SLP (mSLP) en el global de pacientes fue de 29,7 semanas (IC95%: 4,3 a 55,2). Los datos no son lo suficientemente maduros para el análisis de la supervivencia global, es necesario un periodo de seguimiento más largo (al cierre del estudio los censurados suponían el 78,9%). Se observó una tendencia a mayor SLP para aquellos pacientes tratados con nab-paclitaxel (mSLP: 35,9 semanas) en primera línea frente a segundas/terceras líneas (mSLP: 13,1 semanas), si bien esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN: La mSLP obtenida es superior a la descrita por Von Hoff et al. para nab-paclitaxel en primera línea (mSLP: 22 semanas), si bien es cierto que el periodo de seguimiento y el tamaño poblacional del presente estudio son demasiado reducidos para poder extrapolar los resultados obtenidos en cuanto a efectividad. El perfil de toxicidad de nab-paclitaxel es tolerable en comparación con las alternativas existentes para adenocarcinoma pancreático avanzado, fundamentalmente FOLFIRINOX.

558. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS: FOLFIRINOX VS NAB.PACLITAXEL/GEMCITABINA

AUTORES: Mañes Sevilla M, Collado Borrell R, Herranz Alonso A, González Haba E, Pérez Sanz C, Sanjurjo Sáez M. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo N°46. Madrid. España

OBJETIVOS: En los últimos años esquemas basados en la administración de oxaliplatino, irinotecán, fluorouracilo y leucovorina (FOLFIRINOX) y nab-paclitaxel/gemcitabina (NabP/GZT) se han convertido en terapias de elección en adenocarcinoma de páncreas (CP). El objetivo de este estudio es comparar la efectividad y la seguridad de FOLFIRINOX vs NabP/GZT en pacientes con CP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio comparativo retrospectivo en el que se evaluaron los pacientes con CP en tratamiento con FOLFIRINOX y/o NabP/GZT desde abril 2012 hasta abril 2014. Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se registraron las siguientes variables: edad, ECOG, presencia de metástasis hepáticas, línea y duración del tratamiento, motivo y fecha de progresión, efectos adversos (EA) y reducción de dosis.

La variable de efectividad se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) medida desde el inicio del tratamiento hasta su interrupción por cualquier causa, según RECIST v.1.1.

La variable de seguridad se evaluó según el perfil de EA a partir de los criterios CTCAE v.4.0 y reducciones de dosis por toxicidad.

Los datos fueron recogidos a través del programa informático Farhosà Oncología e historia clínica electrónica. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico PASW18.

RESULTADOS: Se analizaron 48 pacientes, tratados en proporción 1:1 con FOLFIRINOX vs NabP/GZT. La media de edad fue de 60,13 años (SD 8,8). El ECOG al inicio de tratamiento fue respectivamente: 0 (12,50% vs 20,83%), 1 (66,67% vs 58,33%), 2 (8,33% vs 8,33%), no disponible (12,5% vs 12,5%). El 45,8% de los pacientes con FOLFIRINOX presentaron metástasis hepáticas frente a un 62,5% con NabP/GZT. Las líneas de tratamiento fueron respectivamente: 1ª (50%; 45%), ≥2ª (50%; 55%). La mediana de la duración de tratamiento (días) fue: 90 (14-703) vs 60 (15-301).

Efectividad (FOLFIRINOX vs NabP/GZT): la SLP en 1ª línea fue: 5 meses (IC95%:0,5-9,4) vs 2,8 meses (IC95%:0,9-10,4); en ≥2ª línea: 8,7 meses (IC95%:1,4-25,5) vs 2,1 meses (IC95%:1-5,1). El motivo principal de suspensión fue respectivamente: progresión (50%; 62,5%), EA (20,83%; 8,3%), éxitus (8,3%; 4,2%) y otros (20,87%; 25%).

Seguridad: el 85,42% de los pacientes presentaron algún EA (79,17% FOLFIRINOX vs 91,67% NabP/GZT). Los más frecuentes fueron respectivamente: astenia (16,7% vs 66,7%), náuseas y vómitos (29,2% vs 20,8%), diarrea (33,3 vs 12,5%), neuropatía (12,5% vs 41,7%) y neutropenia (8,3% vs 41,7%). De grado ≥3: astenia (12,5%; 0%), vómitos (8,3; 4,2%), diarrea (16,2; 0%), neuropatía (0%; 8,3%) y neutropenia (4,2%; 12,5%). En el 25% de los pacientes de ambos grupos se redujo la dosis por toxicidad.

CONCLUSIONES: Los pacientes tratados con FOLFIRINOX presentaron una SLP mayor. Dentro de este grupo, los que lo recibieron como 2ª o posterior línea de tratamiento, presentaron un estado inicial de ECOG más favorable y posiblemente por ello una mayor SLP.

Respecto al perfil de seguridad, los EA fueron más frecuentes en los pacientes con NabP/GZT, destacando la neuropatía y neutropenia. No obstante los EA de mayor gravedad ocurrieron con FOLFIRINOX.

En base a los resultados obtenidos, la decisión de tratamiento en pacientes con CP debería incluir un análisis pormenorizado de cada caso.

824. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PAZOPANIB EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO EN PRIMERA LÍNEA

AUTORES: García López A, Lopez Montero E, Esteban Cartelle H, Bernárdez Ferrán B, Durán Piñeiro G, Lamas Diaz Mj. Hospital Clínico Universitario Santiago De Compostela. Choupana, S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de pazopanib en pacientes con Carcinoma de Células Renales avanzado (CCR) en primera línea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con pazopanib desde abril 2013 hasta mayo 2015 o éxitus. Se identificaron a partir del programa de dispensación de farmacia (Silicon®). Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas (IANUS®). Se recogieron las siguientes variables: edad, performance status (PS), dosis de pazopanib y duración del tratamiento, reacciones adversas y motivo de retirada del tratamiento (progresión (PE), toxicidad o éxitus). Para medir la efectividad se calculó la supervivencia global (SG) desde el inicio de tratamiento hasta éxitus, el tiempo a la progresión de enfermedad (TTP) y la mejor respuesta obtenida durante el tratamiento (respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE)) mediante criterios radiológicos.

RESULTADOS: Se trataron 20 pacientes, 75% (N=15) hombres, con pazopanib en primera línea diagnosticados de carcinoma renal metastásico de células claras. La mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad metastásica fue de 77 años (rango=42,2-86,5). El PS al inicio del tratamiento era de 0 para el 20% (N=4) de los pacientes, de 1 para el 65% (N=13), de 2 para el 10% (N=2) y de 3 para el 5% (N=1) de los pacientes. El 90% (N=18) iniciaron a una dosis de 800 mg cada 24 horas y el 10% (N=2) a 400 mg cada 24 horas. La mediana de tiempo de tratamiento a la fecha del análisis fue de 7,6 meses (rango=0,13-25,4). A lo largo del estudio, al 80% (N=8) de los pacientes se le suspendió el tratamiento por PE y al 20% (N=2) por toxicidad.

La mejor respuesta alcanzada fue EE en el 55% (N=11) de los pacientes y RP en el 10% (N=2). La mediana del TTP fue de 6,2 meses (rango=0,3-11,9) y la mediana de SG fue de 9,4 meses (rango=0,7-18,6).

A la finalización del estudio, el 50% (N=10) de los pacientes continuaban en tratamiento, el 35% (N=7) eran éxitus, y el 15% (N=3) habían cambiado de tratamiento a everolimus por progresión (N=1) o toxicidad inaceptable a pazopanib (N=2).

Las reacciones adversas más frecuentes fueron: fatiga (45%), diarrea (45%), hipertensión (25%), dolor abdominal (20%), cambio coloración pelo y piel (20%), náuseas o vómitos (15%), sequedad cutánea (5%), estomatitis (5%), neutropenia (5%), eventos hemorrágicos (10%) y aumentos de enzimas hepáticas (10%). Un 20% (N=4) de los pacientes precisaron reducción de dosis a 400 mg cada 24 horas y un 30% (N=6) discontinuaron el tratamiento por toxicidad.

CONCLUSIONES: La efectividad en términos de TTP y tasas de respuestas fue inferior al descrito en la bibliografía. La tasa de respuesta tumoral fue básicamente limitada a la EE. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos fueron de grado 1-2, con una incidencia similar a los descritos en otros estudios.

Es necesario un período de seguimiento más largo para evaluar la efectividad y seguridad a largo plazo.

474. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

AUTORES: Bustó Fernández F, Calleja Chucla T, Fernández Gabriel E, Mateos Salvador M, Ramudo Cella L, Martín Herranz I.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias, S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Conocer la eficacia, en términos de supervivencia libre de progresión, y los efectos adversos de trastuzumab emtansina (T-DM1) en pacientes con cáncer de mama metastático.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y retrospectivo. Se revisan el 100 % de los pacientes con cáncer de mama metastático HER2 positivos a tratamiento con T-DM1 en nuestro hospital. Recogida de datos: edad, sexo, ECOG, enfermedad metastásica visceral / no visceral, estado de los receptores hormonales, línea de tratamiento, tratamientos previos, fecha de inicio de T-DM1, fecha y motivo de la suspensión y la toxicidad asociada. Fuentes de datos: aplicación informática ONCOFARM versión 2009.0.51.9, historia clínica informatizada IANUS y los criterios de toxicidad CTCAE version 4.0.

RESULTADOS: 7 mujeres (edad media: 50,7 años; 39-59 años) con ECOG 0 (4 pac.) - 1 (3 pac.) han sido tratadas con T-DM1 en el período Diciembre 2012 – Junio 2015. 100 % de los pacientes presentaron progresión a nivel visceral: hepático (4 pac.) o cerebral (3 pac.). En 3 pacientes (43 %) los tumores eran receptores estrogénicos y progestágenos positivos y en 4 pacientes (57 %) eran negativos. Las pacientes habían recibido una mediana de 3 líneas previas de tratamiento (rango 2 – 10), que incluía trastuzumab y docetaxel/paclitaxel. En el momento de la recogida de datos, 5 pacientes han finalizado tratamiento por progresión de la enfermedad a nivel hepático (3 pacientes) y cerebral (2 pacientes) y 2 pacientes continúan con el tratamiento. La media de líneas previas de tratamiento en los pacientes que ya han suspendido el tratamiento por progresión es 6. El número medio de ciclos recibidos fue de 6 (rango 1 - 19). La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 107 días (rango 20 – 378), en los cinco pacientes evaluados para respuesta. Los principales efectos adversos fueron reacción eritematosa en tronco grado II (1 pac.), epistaxis grado I (2 pac.), sangrado de encías grado I (1 pac.), trombocitopenia grados I (1 pac.) y II (1 pac.) y aumento de transaminasas grado II (1 pac.). El paciente con trombocitopenia grado II e incremento de transaminasas grado II requirió un ajuste de dosis a 3 mg/kg en los siguientes ciclos.

CONCLUSIONES: La supervivencia libre de progresión en las pacientes a tratamiento con T-DM1 en nuestro hospital es sensiblemente inferior a la obtenida en el ensayo pivotal, debido al perfil de pacientes multitratadas previo al inicio del tratamiento. T-DM1 es un medicamento bien tolerado. Es fundamental medir y conocer los resultados en salud de medicamentos novedosos y de elevado coste para racionalizar su uso y optimizar la eficiencia en el área oncológica.

1102. EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE MEZCLAS ESTANDARIZADAS TRIPLE INTRATECALES DE METOTREXATO SÓDICO, CITARABINA E HIDROCORTISONA FOSFATO SÓDICO.

AUTORES: Olmos Jimenez R, Espuny Miro A, Díaz Carrasco Ms, Fernandez Varón E, Valderrey Pulido M, Carceles Rodríguez C.

Hospital Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la estabilidad físico-química, en condiciones de uso, de cuatro mezclas estandarizadas de terapia triple intratecal (TIT) con metotrexato sódico (MTX), citarabina (ARA-C) e hidrocortisona fosfato sódico (HC) conservadas a temperatura ambiente (25°C) y refrigeradas (2-8°C).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboraron cuatro mezclas estandarizadas TIT diferentes según el protocolo consensuado para la elaboración y administración del hospital. El protocolo definía cuatro mezclas TIT estándares, donde la dosis de fármacos y el volumen de la mezcla variaban en función de la edad de los pacientes y se ajustaba el pH y la osmolaridad de la mezcla a valores similares a los del líquido cefalorraquídeo (LCR): TIT0 (< 1 año): 5 mg MTX + 16 mg ARA-C + 10 mg HC + 0,1 ml bicarbonato sódico (NaHCO₃) + cantidad suficiente para (csp) 4 ml suero fisiológico (SF); TIT1 (1-2 años): 8 mg MTX + 16 mg ARA-C + 10 mg HC + 0,1 ml NaHCO₃+ csp 4 ml SF; TIT2 (2-3 años): 10 mg MTX + 20 mg ARA-C + 15 mg HC + 0,15 ml NaHCO₃+ csp 6 ml SF; TIT3 (≥ 3 años y adultos) :12 mg MTX + 30 mg ARA-C + 20 mg HC + 0,18 ml NaHCO₃+ csp 8 ml SF. Se determinó a las 0, 3, 6, 9, 12 y 24 horas y a los 2, 3, 4, 5, 6 y 7 días la concentración de fármacos por triplicado, el pH y la osmolaridad para cada mezcla conservada a 25°C y 2-8°C y protegida de la luz. La determinación de la concentración se llevó a cabo mediante cromatografía líquida de alta eficacia. Las condiciones cromatográficas fueron: elución en gradiente; columna (Ultrabase 5 µm, 250 mm x 4,6 mm, 100 Å) y precolumna (ODS C18) termostabilizadas a una temperatura de 20°C, flujo de 1ml/min. y detección ultravioleta a una longitud de onda de 240 nm. La concentración inicial (0h) de MTX, ARA-C e HC fue definida como el 100%, y las concentraciones sucesivas se expresaron como porcentaje de la inicial, considerándose que los fármacos eran estables si la concentración era igual o mayor al 90% de la inicial. El pH y la osmolaridad se determinaron mediante el método validado por el Servicio de Análisis Clínicos del hospital, definiéndose como rango aceptado para este estudio, valores próximos a los fisiológicos del LCR: 7-7,5 y 280-310 mOsm/kg, respectivamente.

RESULTADOS: No se produjo una variación mayor del 10% de la concentración de MTX, ARA-C e HC respecto a la concentración inicial a ningún tiempo en ninguna de las mezclas. La osmolaridad se mantuvo en el rango aceptado

durante los 7 días de estudio, mientras que los valores de pH se mantuvieron dentro del rango aceptado durante 48 horas a 25°C y 120 horas a 2-8°C.

CONCLUSIONES: Las mezclas estandarizadas TIT de metotrexato, citarabina e hidrocortisona estudiadas son estables químicamente 7 días protegidas de la luz a. La osmolaridad se mantuvo dentro del rango aceptado durante los 7 días de estudio tanto a 2-8°C y como a 25°C, sin embargo no ocurre lo mismo con el pH, el cual se mantuvo dentro del rango aceptado 48 horas a 25°C y 5 días a 2-8°C.

1225. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD RESPECTO A LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR

AUTORES: Andrés Rosado A, Candel Garcia B, Mayo Lopez C, Letéllez Fernández J, Fernández Román Ab, Garcia Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. Camino Del Molino N°2. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con sorafenib en pacientes con carcinoma hepatocelular en un hospital general de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de carcinoma hepatocelular que recibieron tratamiento con sorafenib entre enero de 2007 y marzo 2015. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, etiología, Child-Pugh, tratamientos previos, fecha de inicio y fin del tratamiento con sorafenib, si hubo reducción de dosis, causa suspensión del tratamiento y fecha de éxitus.

La efectividad se evaluó a través de la mediana de supervivencia global (mSG) y el tiempo libre de progresión (TLP). La mSG fue calculada desde la fecha de inicio del tratamiento hasta la fecha de éxitus y el TLP desde el inicio del tratamiento hasta la fecha de progresión al mismo. Para el análisis estadístico descriptivo y el análisis de supervivencia (mediante el método de Kaplan-Meier), se utilizó el programa estadístico STATA®.

La seguridad se evaluó mediante el perfil de efectos adversos recogidos en la historia clínica del paciente durante el tratamiento.

Los resultados del estudio fueron comparados con los del ensayo pivotal.

RESULTADOS: Se incluyeron a 29 pacientes, con una media de edad de 65 años. Un 86,2% (25/29) de los pacientes eran hombres y un 27,6% (8/29) habían recibido quimioembolización como tratamiento previo. El 55,2% (16/29) de los pacientes, presentaba un Child-Pugh tipo A al inicio del tratamiento, el 17,2% (5/29) un tipo B y un 3,4% (1/29) un tipo C. En cuanto al posible agente etiológico casual del hepatocarcinoma, el 10,3% (3/29) de los pacientes estaban infectados por el virus de la hepatitis C, el 20,7% (6/29) estaban infectados por el virus de la hepatitis B y el 3,4% coinfectado por el virus hepatitis C y B. Un 27,6% (8/29) tenía antecedentes de alcoholismo y el 13,8% (4/29) también estaban infectados por el virus de la hepatitis C.

La mSG fue de 7,3 meses (IC95%: 1,9-16,9) y la de TLP fue de 2,9 meses (IC95%: 1,9-5,2). En el 58,6% (17/29) el tratamiento tuvo que ser suspendido por progresión.

En cuanto a la seguridad, en el 41,4% (12/29) de los pacientes, se tuvo que reducir la dosis de sorafenib a 200mg/12 horas debido a efectos adversos como: síndrome mano-pie, anemia, infección y mucositis. Mientras que en un 20,7% (6/29) de los pacientes, se le suspendió el tratamiento por toxicidad.

Entre las reacciones adversas que motivaron la suspensión del tratamiento se encuentran: hipertensión portal, diarrea, pancreatitis e ictericia obstructiva.

CONCLUSIONES: La efectividad en términos de supervivencia global, fue menor a la obtenida en el ensayo pivotal (SG 10,7 meses). En casi la mitad de los pacientes la dosis tuvo que ser reducida debido a los efectos adversos, y en menor porcentaje el tratamiento tuvo que ser suspendido por toxicidad.

396. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL USO DE EVEROLIMUS EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO CON RECEPTOR HORMONAL POSITIVO

AUTORES: Llorente Romeo A, Zapico Garcia I, Rosado Maria Mc, Martinez Torron A, Lazaro Lopez E, Muñiz Medrano G. Hospital Universitario Central De Asturias. Avenida De Roma, S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Everolimus, en combinación con exemestano, está indicado en el tratamiento del cáncer de mama avanzado, con receptor hormonal (+) y HER2(-), en mujeres postmenopáusicas. Describir la efectividad y el perfil de seguridad de everolimus para la indicación citada. Evaluar la adherencia de los tratamientos a los criterios de utilización de everolimus, adicionales a los descritos en ficha técnica, establecidos por la Comisión de Evaluación de Medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de todas las pacientes a tratamiento con Everolimus desde diciembre de 2012 hasta abril de 2015. Los criterios de utilización establecidos por la Comisión son: resistencia

a tratamiento endocrino (letrozol, anastrozol), estado funcional ECOG (0-1), sensibilidad a tratamiento hormonal previo (24 meses antes de recurrencia en terapia adyuvante, 24 semanas antes de progresión en enfermedad metastásica), no haber sido tratada antes con exemestano. Variable de eficacia: supervivencia libre de progresión (SLP). Fuente de datos: historia clínica electrónica Powerchart (Millenium®) y el programa integral de prescripción oncológica Oncofarm (Farmis®).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, un total de 9 pacientes iniciaron tratamiento con everolimus. La mediana de edad fue de 55 años. Se describió progresión de la enfermedad en 3 de las pacientes, con SLP de 15, 1 y 2 meses. Otras 6 pacientes continúan a tratamiento, una de ellas con 29 meses de duración hasta el momento, las otras 5 pacientes con duraciones hasta el momento entre 1 y 3 meses.

En referencia a los criterios de inclusión: todas las pacientes habían presentado resistencia a tratamiento hormonal previo (letrozol, anastrozol, fulvestrant), todas tenían un valor ECOG entre 0-1 y el 66,6% (n=6) mostraron al menos 24 meses de sensibilidad a tratamiento hormonal previo. En 3 pacientes no se cumplieron los 24 meses, sin embargo se interpreta como sensibilidad positiva al ser ésta la línea con mayor SLP. En un solo caso se incumplió uno de los criterios de exclusión, al haber estado tratada con exemestano en una línea previa a Everolimus.

Respecto a la seguridad, las reacciones adversas más frecuentemente reportadas fueron el rash cutáneo (77,8%) y aftas bucales grado I/II (88,9%). Una paciente, diabética, requirió reducción de dosis de 10mg a 5mg diarios por descompensación de la glucemia. No se notificó ningún caso de neumonitis. En ningún caso hubo que interrumpir el tratamiento debido a toxicidad.

CONCLUSIÓN: La adhesión a las recomendaciones establecidas se cumple en el 66% de los casos. En el momento actual, la respuesta es evaluable en 4 de las 9 pacientes; en 2 de ellas la SLP está por encima de la descrita en el ensayo pivotal (mediana: 11 meses). Los efectos adversos más reportados son de carácter leve. Aunque el número de pacientes en seguimiento es bajo, el diseño del presente estudio parece útil para valorar la efectividad en condiciones reales de everolimus, como alternativa para prolongar la supervivencia en pacientes con cáncer de mama avanzado, que ha recidivado tras líneas de tratamiento hormonal y quimioterapia.

381. REVISIÓN DE LAS INTERACCIONES DE LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES CON PLANTAS MEDICINALES Y ALIMENTOS

AUTORES: Collado Borrell R, Escudero- Vilaplana V, Romero Jiménez R, Iglesias Peinado I, Herranz Alonso A, Sanjurjo Saez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/Dr Esquerdo 46. Madrid. España

OBJETIVO: En los últimos años se ha producido un incremento en el uso de los antineoplásicos orales (ANEOS). A pesar de las ventajas inherentes a la vía oral, no están exentos de interacciones. Por otro lado, más de la mitad de los pacientes con cáncer utilizan plantas medicinales (PM) como tratamiento alternativo. Algunas de estas PM pueden desarrollar interacciones con los ANEOs que pueden incrementar su toxicidad o disminuir su concentración hasta márgenes subterapéuticos

El objetivo es analizar y describir el tipo de interacciones y su gravedad entre los ANEOs, PM y alimentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de las interacciones entre los ANEOs, PM y alimentos. Se incluyeron todos los ANEOs aprobados por la EMA. Se consideraron aquellos fármacos de administración oral que tienen actividad antitumoral directa, determinados inmunomoduladores, así como los fármacos hormonales o antihormonales. En abril de 2015, se realizó una búsqueda bibliográfica en pubmed utilizando los siguientes términos: ("herb-drug interactions"[MeSH Terms] OR ("herb-drug"[All Fields] AND "interactions"[All Fields]) OR "herb-drug interactions"[All Fields] OR ("herb"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "interactions"[All Fields]) OR "herb drug interactions"[All Fields]) AND ("oncology"[All Fields]). Adicionalmente, se analizó la información de cada ANEO en las fuentes Thompson Micromedex® y Lexi.comp®, y en sendas fichas técnicas.

Se definió interacción "importante" aquella que podría causar la muerte y/o requerir intervención médica para minimizar efectos adversos graves; "moderada" aquella que podría agravar la condición del paciente, y/o requerir una modificación de la terapia y "leve" como aquella que no requiere una modificación importante de la terapia.

RESULTADOS: Se analizaron 58 ANEOs. En el 58.6% se encontraron interacciones. Los ANEOs con más interacciones descritas fueron: imatinib y procarbazona (4), erlotinib, vemurafenib, pomalidomida, medroxiprogesterona y metotrexato (3). Respecto al grupo terapéutico, se encontraron interacciones en el 100% de los inhibidores tirosin kinasa (ITK). El sistema enzimático involucrado en la mayoría de interacciones fue el CYP3A4, seguido de la glicoproteína-P, CYP2D6-2C9, UGT y BCRP.

Interacciones ANEOs-PM: 38 interacciones (73.7% importantes). La PM con más interacciones fue la hierba de San Juan (HSJ), de las cuales el 92.6% estaban consideradas importantes. Del resto de interacciones, 3 estaban consideradas importantes (ginseng-imatinib, cola-metotrexato y tabaco-erlotinib y tabaco-pomalidomida) y 6 moderadas

(cafeína-venurafenib/medroxiprogesterona, HSJ-ruxolitinib/medroxiprogesterona, ajo-anagrelida y ginseng-procarbazina). De las leves, destacan astragalus, jengibre, ajo y té verde.

Interacción ANEOs-alimento: 26 interacciones (61.5% importantes). El alimento con más interacciones fue el pomelo, de las cuales el 82.4% estaban consideradas importantes. Del resto de interacciones, 1 estaba considerada importante (alcohol-procarbazina), 8 moderadas (lacteos-estramustina, etanol-metotrexato, tiramina-procarbazina, vitamina A-tretinoína/bexaroteno, pomelo-bexaroteno/etoposido/sunitinib) y 2 leves (vitamina C-imatinib/metotrexato). Del total de interacciones, en un 81.3% se recomendaba evitar la administración conjunta.

CONCLUSIONES: La revisión de interacciones de las PM y alimentos es un aspecto a tener en cuenta en el manejo de los ANEOs, ya que más de la mitad presentan interacciones descritas con PM y alimentos, de las cuales el 68.8% se consideradas importantes. Las más relevantes son la HSJ, pomelo, ginseng y tabaco. En la mayoría de las interacciones se recomienda evitar la administración conjunta. Destacan los ITK como los fármacos que más interaccionan.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1008. ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LA CARGA ANTICOLINÉRGICA GLOBAL DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES

AUTORES: Cueto Sola M, Peris Martí Jf, Fernández Villalba Em, Martínez Antequera P, Moreno Miralles A, Ortiz De Urbina Sandomingo V.

Residencia Personas Mayores Dependientes La Cañada. Calle 561 S/N. Valencia. España

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de síntomas anticolinérgicos (SAC) y de la carga anticolinérgica global (CAC) del tratamiento en pacientes de un centro sociosanitario

Determinar la relevancia de la CAC del tratamiento farmacológico en la presencia de sintomatología relacionada con esta actividad

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal en pacientes mayores de 65 años de un centro sociosanitario.

Se diseña una hoja para la recogida de variables demográficas, clínicas (diagnósticos), de valoración mental y funcional, así como para recoger la presencia de SAC (estreñimiento, sequedad de boca, disfagia, visión borrosa, mareo, caídas, confusión, etc...), fármacos para el tratamiento de estos síntomas y fármacos anticolinérgicos (FAC).

Los FAC se categorizan en tres niveles, potencial alta (FACA), baja (FACB) y controvertida (FACC), a partir de una adaptación de la propuesta de Duran y col (2013). Con la finalidad de obtener un valor normalizado de CAC del tratamiento de cada paciente, se aplica la siguiente expresión $CAC = (FACA \times 2) + (FACB \times 1) + (FACC \times 0,5)$.

Se ha analizado la asociación entre CAC y SAC mediante una regresión lineal.

Fuentes de información: historia farmacoterapéutica, historia clínica (curso clínico y notas de enfermería), entrevista con enfermería, médico y residente (en caso de considerarse necesario).

RESULTADOS: Se incluyen 92 pacientes mayores de 65 años, siendo un 76,1% mujeres. El 15,2% está diagnosticado de deterioro cognitivo sin demencia.

El 96,3% de los pacientes presenta algún síntoma anticolinérgico, siendo la mediana de 4 (mín: 0; máx:8) síntomas/paciente. Un 54,5% de los pacientes recibe de forma concomitante al menos un medicamento para contrarrestar los SAC.

En cuanto a la carga anticolinérgica, el 83,7% de los pacientes recibe al menos un FAC siendo el 10,9% FACA, el 68,5% FACB y el 28,3% FACC. La mediana de la CAC normalizada fue de 1 (mín: 0; máx: 4,5), valor que se corresponde con un FAC de potencia baja.

No se ha encontrado asociación entre la CAC y la presencia de SAC en estos pacientes ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES: Un elevado porcentaje de pacientes es tratado con FAC, circunstancia que puede contribuir a la aparición y/o potenciación de los SAC evaluados. Cabe destacar que, en la población estudiada, muchos de estos SAC son síndromes geriátricos cuyo origen es multifactorial. Esta situación junto con el hecho de que la mayoría de pacientes presenta una CAC de baja potencia podría explicar la ausencia de asociación entre CAC y presencia de SAC.

606. APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTRATIFICACIÓN DE LA SEFH EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

AUTORES: Albiñana Perez Ms, Lopez Sandomingo L, Taboada Lopez Rj, Gonzalez Bueno J, Garcia Verde Mj, Rodriguez Penin I.

Hospital Arquitecto Marcide. Xerencia Xestión Integrada De Ferrol. Avenida De La Residencia S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Identificar a los pacientes que más se pueden beneficiar de la intervención farmacéutica aplicando el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de pacientes crónicos de la SEFH en centros sociosanitarios (CSS). Valorar el número de intervenciones y el grado de polimedicación según el nivel de estratificación. Valorar la influencia de los medicamentos relacionados con el sistema nervioso (MRSN) sobre dicha polimedicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde el 2014 se ha realizado la estratificación de los residentes de tres de los siete CSS incluidos en el programa de coordinación farmacoterapéutica del Servicio de Salud y Gerencia de Gestión Integrada, aquellos con historia clínica electrónica (HCE) propia. En marzo de 2015 se realizó un corte transversal de los pacientes ingresados, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, estado cognitivo (MEC) y funcional (Barthel), nivel de estratificación, número medio de medicamentos, número de MRSN (benzodiazepinas, antidepresivos y neurolépticos), número de pacientes polimedcados (5-9 medicamentos) y grandes polimedcados (10 o más) y número de intervenciones por paciente. Se excluyeron pacientes paliativos y aquellos en que no se pudieron recoger datos. El tiempo aproximado en realizar la estratificación fue de 6 minutos por paciente. Los datos se recogieron utilizando la HCE del CSS (Resiplus®) y del sistema de salud (IANUS®). Paquete estadístico IBM-SPSSv20. Para identificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas (nivel de confianza del 95%) en la mediana de intervenciones de cada uno de los grupos se utilizaron la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y posteriormente prueba de Mann-Whitney.

RESULTADOS: La estratificación se realizó en 368 pacientes. Edad media 84,36 años (48-101), 74% eran mujeres, presentando una mediana de Barthel 40 (0-100), y una mediana de MEC de 14 (0-35).

La distribución resultante de la estratificación fue: 46% nivel 3 riesgo básico, 24% nivel 2a riesgo relacionado con el medicamento, 15% nivel 2b riesgo sociosanitario y 15% nivel 1 riesgo global.

Si tenemos en cuenta el nivel de estratificación: los pacientes de nivel 1 tenían una media de 10,04 medicamentos siendo el 46% polimedcados y el 53% grandes polimedcados. El nivel 2a tenían una media de 8,45 medicamentos, siendo el 57% polimedcados y el 36% grandes polimedcados. Los niveles 2b y 3 presentaron un media sensiblemente menor de medicamentos: 5,91 y 5,88 respectivamente. Si tenemos en cuenta los MRSN todos los grupos tuvieron una media similar: 1,85 (rango 2,11-1,46).

Se realizaron un total de 1053 intervenciones con una mediana de 3 (RI:0-20), 3 (RI:0-12), 1 (RI:0-7) y 2 (RI:0-14) intervenciones por paciente en los niveles 1, 2a, 2b y 3 respectivamente. Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de intervenciones entre las categorías 1 vs 2B, 1 vs 3 y 2A vs 3.

CONCLUSIONES: Aplicando la herramienta de estratificación, el total de pacientes identificados que requiere un nivel de atención farmacéutica media y alta es elevado.

El mayor número de intervenciones se produjo en pacientes de mayor riesgo.

Destaca la polimedicación y gran polimedicación de los niveles 1 y 2a, no siendo los MRSN los responsables del mayor grado de polimedicación de nuestra población.

243. CONCILIACIÓN AL INGRESO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA (PALIATIVOS) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: Sevilla Sanchez D, Sola Bonada N, Riera Molist N, Valls Montal C, Munell Casadesus L, Codina Jane C. Hospital General De Vic. C/Francesc Pla. Barcelona. España

OBJETIVO: Descripción, análisis y valoración de la conciliación al ingreso de pacientes con enfermedad crónica avanzada (paliativos) en un hospital universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 12 meses de duración (enero-diciembre 2014) realizado en un hospital de segundo nivel de 250 camas. Se incluyeron aquellos pacientes con ingreso > 24 h y se excluyeron los servicios de urgencias y observación.

Se identificaron todos los pacientes paliativos según los criterios NECPAL (Necesidades Paliativas) del programa de la OMS "Qualy" de atención al final de vida. Esta herramienta incluye una pregunta sorpresa (¿le sorprendería que el paciente muriese en el próximo año?) junto con indicadores específicos de enfermedad (enfermedad onco-hematológica; pulmonar; cardiovascular; neurológica; renal; hepática; o demencia) e indicadores globales de severidad y progresión (marcadores de funcionalidad, nutrición, fragilidad o uso adicional de recursos). Se considera como test positivo cualquier paciente con respuesta negativa a la pregunta sorpresa y presencia de al menos otro factor.

Se utilizó la metodología, terminología e indicadores propuestos por el "documento de consenso en terminología y clasificación de la medicación" de la SEFH.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 250 pacientes (edad media: 81.23 DE 12.16; 53.60 % hombres). Los servicios médicos (medicina interna, cardiología y oncología) representaron el 84.8 % de los ingresos (los restantes en servicios quirúrgicos).

Un 47.95 % de los pacientes no presentaron discrepancias. Del 52.05 % de los pacientes con discrepancias (requerimiento de justificación médica) el 36.75 % fueron justificadas (principalmente por 'decisión de no prescribir' con

un 79.55 % de éstas, y por 'ajuste de dosis y posología según la nueva situación clínica' con un 17.05 %); mientras que el restante 63.25 % fueron no justificadas (errores de conciliación, EM), ocasionando un total de 228 registros (errores). Los EM correspondieron a: i) omisión 68.86 %, ii) diferente dosis/posología 21.49 %, iii) mantener fármaco contraindicado 5.26 %, iv) comisión 4.39 %. El 6.14 % de los EM fueron de categoría grave. No se registraron errores muy graves o fatales. La mayoría de los EM se detectaron antes de llegar al paciente o no causaron lesión (89.04 %) o requirieron observación sin causar lesión (4.82 %).

CONCLUSIONES: Los pacientes paliativos tienen un riesgo elevado de sufrir errores de conciliación al ingreso hospitalario (principalmente de omisión y de cambio de posología/dosis). La gran mayoría de los errores son detectados antes de llegar al paciente o no causan error. Es necesario implantar políticas institucionales y sanitarias para la mejora y concienciación de los procesos de la conciliación de la medicación.

373. DIFERENCIAS EN LOS PATRONES DE MULTIMORBILIDAD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

AUTORES: Calvo Cidoncha E, Guzmán Bueno MI, González Bueno J, Cantudo Cuenca MR, Sánchez Hidalgo M, Santos Ramos B.

HOSPITAL NTRA. SRA. DE VALME. CTRA. CADIZ, KM. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVO: La multimorbilidad de los pacientes supone un importante desafío para el correcto abordaje farmacoterapéutico. Recientemente, diversos estudios han identificado que determinadas enfermedades crónicas se suelen agrupar sistemáticamente generando patrones de multimorbilidad característicos. Nuestro objetivo es identificar las diferencias de patrones de multimorbilidad en función del género en pacientes con patologías crónicas ≥ 65 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años con ≥ 3 enfermedades crónicas ingresados en una unidad de medicina interna entre Febrero y Marzo 2015. Se recogieron las siguientes variables: demográficas, número de enfermedades crónicas, número de patrones diferentes de multimorbilidad y patrón de multimorbilidad prevalente. Se consideraron patologías crónicas las 114 enfermedades recogidas en el trabajo de Salisbury et al. 2011. En función de sus patologías crónicas, los pacientes se clasificaron en los patrones de multimorbilidad descritos en el trabajo de Prado-Torres et al. 2012: cardiometabólico, mecánico y psicogeriatrico. En caso de que un paciente presentara más de un único patrón se consideró prevalente aquel del que tuviera más enfermedades. Se realizó un análisis mediante tablas de contingencia para establecer las diferencias de patrones de multimorbilidad en función del género. Para ello se empleó el paquete estadístico SPSS-20.

RESULTADOS: se incluyeron 59 pacientes, siendo 30 (50,8%) varones. La edad media fue 78 ± 7 años. El número medio de enfermedades crónicas fue 7 ± 2 tanto en hombres como en mujeres. En total, a 58 (98%) pacientes se les asignó algún patrón de multimorbilidad. El número de patrones identificados por paciente en hombres y mujeres respectivamente fue: 18 (60%)/ 8 (27,6%) un único patrón, 11 (37%)/14 (48,3%) dos patrones, 0 (0%)/ 7 (24,1%) tres patrones. Respecto al patrón de multimorbilidad prevalente, el patrón cardiovascular fue más frecuente en hombres que en mujeres (27 (90%) vs 14 (48,3%), $p < 0,05$).

CONCLUSIÓN: Existen diferencias significativas en el tipo de patrón de multimorbilidad prevalente entre ambos géneros. En los hombres el patrón predominante es el cardiometabólico mientras que en las mujeres prevalece el patrón mecánico. Respecto al solapamiento simultáneo de diferentes patrones, es más común en mujeres que en hombres. Estas diferencias en el patrón de multimorbilidad deben ser tenidas en cuenta en el abordaje terapéutico de los pacientes crónicos mayores.

522. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VITAMINA D EN POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

AUTORES: Espert Roig M, Canoves Escolano M, Romeu Quesada M, Garcia Garcia R, Garcia Cases S, Sansano Clement A.

Centro Sociosanitario La Florida. C/Tomas Aznar Domenech. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar la utilización de suplementos de vitamina D en ancianos institucionalizados en centros sociosanitarios tomando como referencia las últimas revisiones y recomendaciones del uso de esta vitamina.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio longitudinal, prospectivo realizado en 2 centros sociosanitarios en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les pautó calcifediol ($n=94$). A todos los residentes se les realizó una analítica de rutina en la que se midió los niveles de 25-hidroxivitamina D (25-OH-D), que es el mejor indicador del estado global de vitamina D, y cuyos niveles óptimos establecidos por consenso son de 30-60ng/ml.

A todos los pacientes se les pautó Calcifediol, bien en monoterapia o bien asociado a calcio carbonato 500mg o a la combinación calcio carbonato 1000mg + colestiferol 800UI, a criterio del médico prescriptor.

Siempre que fue posible se determinó los niveles de 25-OH-D a los 6 meses de iniciar el tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 94 pacientes (40 hombres, 66 mujeres) con una media de edad de 82,85 años.

Los niveles séricos de 25-OH-D antes de iniciar el tratamiento fueron clasificados como insuficientes (20-30ng/ml) en un 11,24% de los casos y deficientes (

Se detectaron 4 pautas diferentes con calcifediol: 1 ampolla/10días en un caso (1,1%), 1 ampolla/quincenal en 38 casos (40,4%), 1 ampolla/mensual en 52 casos (55,3%) y 2 ampollas/quincenal en 3 casos (3,2%).

Sólo 31 pacientes fueron suplementados con calcio: a 8 se les pautó calcio carbonato (diariamente al 62,5%, 3 días/semana al 25% y cada 48h al 12,5%), y al resto se les pautó calcio carbonato + colecalciferol con pautas diarias en 6 casos (26,09%), 2 días/semana en 1 caso (4,35%), 3 días/semana en 6 casos (26,09%) y cada 48horas en 10 casos (43,48%).

Tras 6 meses de iniciar el tratamiento se determinaron los niveles séricos de 25-OH-D en el 71,28% de los pacientes alcanzándose niveles óptimos (>30ng/ml) en el 59,7% . Se mantuvieron insuficientes en el 20,9% de los casos y deficientes en el 19,4%.

CONCLUSIONES: Dada la elevada prevalencia del déficit de vitamina D en ancianos, especialmente los institucionalizados, y sus posibles beneficios más allá del tratamiento de la osteomalacia y osteoporosis, deberíamos plantearnos la necesidad de monitorización y suplementación en este grupo de riesgo. Diferentes sociedades científicas establecen recomendaciones acerca de las dosis recomendadas de colecalciferol para alcanzar niveles óptimos de 25-OH-D en sangre, sin embargo falta información respecto a las dosis requeridas de calcifediol. Podemos concluir que a pesar de la gran variabilidad de pautas de calcifediol y colecalciferol empleadas, los niveles de 25-OH-D han aumentado e incluso alcanzado el objetivo de >30ng/ml.

459. FACTORES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN ASOCIADOS A CAÍDAS EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: Garcia Cases S, Ruiz Millo O, Garcia Garcia R, Candela Boix Mr, Sansano Clement A.

Centro Sociosanitario La Florida. Avd. Tomás Aznar Domenech, 43. Alicante. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia de caídas en pacientes mayores institucionalizados, así como identificar los factores relacionados con la medicación asociados a este problema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, realizado en 5 centros sociosanitarios dependientes de un Servicio de Farmacia Sociosanitario. Se incluyeron a todos los residentes que estuvieron institucionalizados durante el año 2014 (12 meses). Se calculó el tamaño muestral, considerando una prevalencia de caídas del 40% con una confianza del 95% y un error del 5%.

Se recogieron variables relacionadas con: 1) paciente (edad, sexo, IMC), 2) clínica: caídas, enfermedades crónicas(EC), función cognitiva definida con Escala de Deterioro Global (GDS) y/o Mini-Mental State Examination (MMSE), 3) tratamiento: número de medicamentos crónicos (excluye vía tópica, oftalmológica, otológica, nutrición enteral y administración a demanda), polifarmacia (más de 5 medicamentos), presencia, tipo y puntuación de medicamentos con actividad anticolinérgica según revisión sistemática de Salahudeen et al.(2015), presencia y tipo de medicamentos con actividad sedante (antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas y/o opiáceos), presencia de antihipertensivos, presencia y número de medicamentos inadecuados según criterios STOPP/START.

Análisis estadístico realizado con SPSS versión 15.0: Variables categóricas: frecuencias (%), cuantitativas normales: media (IC95%); cuantitativas no normales: mediana (rango). Normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar variables categóricas se utilizó la prueba Chi cuadrado, para las cuantitativas normales, el test T de Student, y para las no normales, la prueba U de Mann Whitney. Para analizar las variables asociadas a caídas se realizó un análisis por regresión logística. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 400 pacientes de edad media 82,0 años (IC95%:81,1-82,9), siendo el 59,5% mayores de 80 años y el 62,5% mujeres. IMC medio de 25,8 (IC95%:25,3-26,3) kg/m², 8,3% con IMC₂₅ kg/m². El 39,5% de los pacientes presentó un total de 402 caídas [1-15]. Las EC más prevalentes fueron: hipertensión (62,3%), demencia de cualquier tipo (42,0%), accidente cerebrovascular (24,5%), depresión (24,5%) y diabetes (23,8%). El 32,3% presentaron deterioro cognitivo moderado-grave (GDS>4 y/o MMSE

Las caídas se asociaron a: polifarmacia (OR:1,9; IC95%:1,3-3,0 $p=0,003$), medicamentos con actividad anticolinérgica ≥ 3 puntos (OR:1,7; IC95%:1,01-2,8 $p=0,04$), medicamentos con actividad sedante (OR:2,6; IC95%:1,6-4,2 $p=0,001$). No se encontró asociación de caídas con edad ($p=0,62$), IMC ($p=0,52$), antidepresivos ($p=0,23$), opiáceos ($p=0,47$), semivida de benzodiazepinas ($p=0,87$) ni con medicamentos antihipertensivos ($p=0,59$).

CONCLUSIONES: La elevada proporción de pacientes mayores institucionalizados con caídas (39,5%) pone de manifiesto la importancia del problema. Los resultados sugieren que la polifarmacia y el uso inadecuado de medicamentos (con actividad anticolinérgica y sedante, antipsicóticos, benzodiazepinas) duplican el riesgo de caídas en

pacientes institucionalizados, evidenciando la necesidad de desarrollar programas de atención farmacéutica dirigida a reducir la exposición a estos medicamentos.

246. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA SEGÚN CRITERIOS STOPP/START VERSION 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA (PALIATIVOS) AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

AUTORES: Sevilla Sanchez D, Molist Brunet N, Amblas Novellas J, Codina Jane C, Espauella Panicot J. Hospital General De Vic. C/Francesc Pla. Barcelona. España

OBJETIVO: Descripción y análisis de la medicación potencialmente inapropiada según criterios STOPP/START (versión 2) en pacientes con enfermedad crónica avanzada (paliativos) en el ingreso en una unidad de geriatría de agudos (UGA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 6 meses de duración (noviembre 2014 a abril 2015) realizado en un hospital universitario de segundo nivel de 250 camas.

Se identificaron todos los pacientes paliativos según los criterios NECPAL (Necesidades Paliativas) del programa de la OMS "Qualy" de atención al final de vida. Esta herramienta incluye una pregunta sorpresa (¿le sorprendería que el paciente muriese en el próximo año?) junto con indicadores específicos de enfermedad (enfermedad onco-hematológica; pulmonar; cardiovascular; neurológica; renal; hepática; o demencia) e indicadores globales de severidad y progresión (marcadores de funcionalidad, nutrición, fragilidad o uso adicional de recursos). Se considera como test positivo cualquier paciente con respuesta negativa a la pregunta sorpresa y presencia de al menos otro factor. Se incluyeron todos los pacientes con una duración de ingreso > 24 horas y que cumplieran criterios NECPAL.

Se analizó la adecuación farmacoterapéutica según criterios STOPP (versión 2). Los criterios START no se valoraron dado el carácter paliativo de los pacientes incluidos.

Se realizó el análisis estadístico para variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes usando el programa SPSS®.

RESULTADOS: Se incluyeron 119 pacientes (edad media 86.39 años, DE: 4.99; sexo: 65.55 % mujeres) con una media de 9.57 fármacos/paciente (DE: 3.85; rango 1-20). Se detectaron 310 criterios STOPP (media 2.60 criterios/paciente; rango 0-7) afectando al 91.60 % de la muestra poblacional. El 68.10 % de los pacientes con medicación inapropiada tuvieron > 1 criterio.

Las principales secciones identificadas fueron: i) sistema nervioso y psicótopos 25.20 % [89.66 % correspondieron al uso de benzodiazepinas > 4 semanas de uso] ii) indicación de medicación 24.20 % [85.12 % correspondieron al uso de fármacos sin evidencia de indicación, siendo los inhibidores de bomba de protones el principal grupo con un 36.99 %], iii) fármacos de riesgo en pacientes con caídas 21.00 % [61.43% fueron benzodiazepinas y 38.57 % neurolépticos].

CONCLUSIONES: Los pacientes con enfermedad crónica avanzada o (que frecuentemente son excluidos de los estudios), a pesar que son más vulnerables a resultados negativos asociados a la farmacoterapia, presentan una elevada frecuencia de medicación potencialmente inapropiada según la nueva versión de los criterios STOPP, así como un elevado uso de medicación sin indicación clínica demostrada.

988. PERFIL CLÍNICO Y PATRÓN DE PRESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

AUTORES: Ferrit Martín M, Del Moral Alcázar MDC, García Lagunar MH, Gimenez Ramos M, García Molina O, García Simón MS.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Avda. Fuerzas Armadas, 2, 18014. Granada. España

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas de los pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante (EA), así como las características farmacológicas de estos pacientes referidas a la prescripción de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antirreumáticos moduladores de la enfermedad (FAMES) y anti-factor de necrosis tumoral alfa (Anti-TNF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio nacional multicéntrico (5 hospitales), observacional retrospectivo con horizonte temporal de 5 años (Junio 2008-Mayo 2013). Se incluyeron pacientes diagnosticados de EA, >18 años y al menos 3 meses en tratamiento con Anti-TNF: Infliximab (INF), Adalimumab (ADA), Etanercept (ETN), Golimumab (GOL). Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo evolución EA, número/tipo comorbilidades propias-CP y no relacionadas-CNR, forma clínica-FC, HLA-B27, actividad enfermedad) y farmacológicas (AINES y FAMES previos Anti-TNF, línea Anti-TNF, tratamiento concomitante Anti-TNF). Las variables fueron recogidas de la historia clínica y registros de dispensación. El análisis estadístico descriptivo se realizó con SSPS®.

RESULTADOS: Se incluyeron 463 pacientes con EA siendo el 27.6% mujeres y el 72.4% hombres. La media de edad de los pacientes fue de 45.8±10.5 años. El tiempo medio de evolución de la EA fue de 11.3±7.5 años; presentaban 5 años de evolución de EA el 21.1% y 78.9%, respectivamente. El 91.4% presentaba 1 ó >1 CP (21.6%-1 CP, 20.5%-2 CP, 21.0%-3 CP, 12.3%-4 CP, 16.0-5 ó más CP); las más frecuentes: 29.9%-sacroilitis y 11.1%-erosiones. El 41.9% presentaba 1 ó >1 CNR (23.5%-1 CNR, 11.9%-2 CNR, 4.8%-3 CNR, 1.7%-4 ó más CNR); destacando las enfermedades cardiovasculares (37.6%) e infecciones (23.3%), de ellas dislipemia (13%), hipertensión arterial (12.4%) y antecedentes y/o contactos de tuberculosis (16.8%) son las más frecuentes. Las formas clínicas fueron: 64.8%-axial, 32.2%-mixta, 2.8%-periférica. El 68.5% y 87.5% de los pacientes mostraron positividad al HLA-B27 y enfermedad activa (BASDAI medio 6.4±1.8), respectivamente. Se registraron 639 episodios de inicio de fármacos Anti-TNF. Los AINES previos al inicio Anti-TNF fueron: 14.2% sin AINES y 85.2% con AINES (28.2%-1 AINE, 29.0%-2 AINES, 49.2%->2 AINES). Los FAMES previos al Anti-TNF fueron: 36.2% sin FAMES, 41.2% en monoterapia, 6.3% en terapia combinada y 16.4% desconocido. Los FAMES prescritos fueron: 58.7% metotrexato, 13.0% leflunomida, 28.3% sulfasalazina/salazopirina. Los Anti-TNF prescritos fueron: ADA (34.9%), ETN (31.8%), INF (25.5%), GOL (7.8%). Se registraron diferentes líneas de tratamiento Anti-TNF: 70.0%-1ª línea (33.1%-ADA ≈ 32.2%-ETN ≈ 31.8%-INF), 21.4%-2ª línea (43.8%-ADA > 38.0%-ETN), 7%-3ª línea (41.5%-GOL > 34.1%-ADA > 17.1%-INF), 1.6%-4ª línea (80%-GOL > 10%-ADA=10%-INF). Los Anti-TNF se prescribieron en el 8.9% sin tratamiento concomitante y 91.1% con tratamiento concomitante (55.2%-1 fármaco, 29.9%-2 fármacos, 5.9%-3 ó >3 fármacos). Los fármacos concomitantes a Anti-TNF prescritos se utilizaron en el siguiente porcentaje: 66.6% AINES, 23.6% FAMES, 9.8% corticoides.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes eran hombres, HLA-B27 positivo con predominio de formas axiales/mixtas de larga evolución y enfermedad activa. La combinación de AINES (78.2%) fue el tratamiento más utilizado al inicio del tratamiento con fármacos Anti-TNF. Adalimumab, etanercept e infliximab son los Anti-TNF más utilizados en varias líneas de tratamiento y en combinación con 1-2 fármacos (AINES>FAMES).

236. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN CUATRO INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

AUTORES: Fajreldines Torres A, Davide Vic L, Bazzano Deangelis M, Gamaleri Giacomazzo E.

Hospital Universitario Austral. Juan Domingo Peron 1500. Internacional. Argentina

OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de potenciales Prescripciones inapropiadas en una población de adultos mayores en tres ámbitos clínicos de un hospital universitario: hospitalización, ambulatorio y emergencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio de prevalencia de corte transversal de 300 casos aleatorizados de los ámbitos: hospitalización (100), ambulatorio (100) y emergencias (100), todos pacientes de 65 años o más que fueron atendidos en un hospital de alta complejidad en el mes de octubre de 2013, mediante la extracción de datos de la historia clínica electrónica, efectuados y validados por farmacéuticos entrenados en seguridad del paciente. Se utilizaron cuatro instrumentos de medición: los criterios de beers 2012, los STOPP, los START y el índice MAI. Se realizó la carga en las tablas definidas por cada instrumento y se procesaron los resultados considerando datos demográficos, diagnósticos de ingreso, grupos terapéuticos de los fármacos.

RESULTADOS: Se analizaron 1355 prescripciones de fármacos, encontrándose en pacientes internados valores de PIM de 57,7% (IC 51,2-60,1) 55% (IC 49,2-63,2), 26% (IC95% 22,4-34,8) y 80% (IC95% 69,2-83,4) según Beers, STOP, START y MAI respectivamente. En ambulatorio se halló: 36% (IC95% 33,4-42,8) 36,5% (IC95% 27,3-38,8), 5% (3,1-7,6) y 32% (IC95% 29,2-41,6) mientras que pacientes atendidos en emergencias 35% (31,7-42,9), 35% (31,7 -42,9), 6% (4,3-7,9) y 52% con las mismas herramientas, se halló asociación significativa de PIM con polifarmacia con los tres criterios ($p < 0,05$) y con sexo masculino ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: los resultados obtenidos son comparables a la literatura mundial (26-80% vs 11-73,1%), pareciera que los criterios STOP-START serían mejores estimando el problema, dado que Beers tiene en su lista medicamentos no usados localmente y el tiempo insumido para la revisión de cada paciente en la aplicación de la lista MAI es considerablemente mayor.

215. REAL WORLD DATA CON FAMPRIDINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Álvarez Payero M, Midaglia Fernandez L, Lorenzo Lorenzo K, Valeiras Muñoz C, Muñoz Garcia D, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Universitario De Vigo (Área De Xestión Integrada De Vigo). Meixoeiro, S/N. Pontevedra. España

OBJETIVOS: El objetivo principal fue evaluar la efectividad y seguridad de fampridina en la práctica clínica. Como objetivo secundario, se planteó identificar si existe un patrón de la marcha prevalente en el grupo de pacientes respondedores, como posible predictor clínico de respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que describe la experiencia con fampridina durante los 6 primeros meses de tratamiento en pacientes con Esclerosis Múltiple(EM) y alteración de la movilidad, que iniciaron entre febrero-noviembre de 2014, conforme al protocolo de tratamiento aprobado por Servicio Gallego de Salud. Variables recogidas de la historia electrónica: demográficas, fenotipo de EM, años de evolución de enfermedad, patrón de la marcha, EDSS basal y a 6 meses, tratamiento inmunomodulador concomitante, y efectos adversos(EA). Para evaluar la respuesta terapéutica se utilizó el test de la marcha cronometrada de 25 pies(T25FW) y la escala subjetiva Multiple Sclerosis Walking Scale(MSWS-12), medidos de forma basal, a los 14 días, a los 3 y a los 6 meses. Se consideró paciente respondedor aquel que experimentó una mejoría $\geq 20\%$ en la velocidad de la marcha y un descenso ≥ 6 puntos en la escala subjetiva respecto a la basal. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS vs. 15.0

RESULTADOS: 55 pacientes, 63% mujeres, edad media: 51,7 años(28-73), tiempo medio de evolución de enfermedad: 3 años (1-44) y EDSS promedio basal: 6 puntos(4-7). El 56% eran formas remitentes-recurrentes, mientras que el resto eran formas progresivas (20% secundarias y 14% primarias). El 50,9% de los pacientes tenían un inmunomodulador concomitante. Distribución del patrón de marcha: 40% parapárética, 21,8% hemipárética y 38,2% atáxica. De los 47 pacientes que llegaron a la visita de los 14 días, 39 (83%) se consideraron respondedores. Esta respuesta se mantuvo a los 3 meses en el 72,3% de los pacientes y en el 53,2% a los 6 meses (con una mejoría del 35,9% en la T25FW y una bajada media de $11,2 \pm 6,4$ puntos en la MSWS-12, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia confirma que fampridina es un fármaco efectivo, con un porcentaje de respondedores en los primeros 6 meses mayor al previamente descrito en los estudios pivotaes y reduce la necesidad de ayuda técnica mejorando la EDSS. Además es un tratamiento seguro y bien tolerado. En nuestra muestra no hemos identificado un patrón de marcha como posible predictor clínico de respuesta. Más estudios con un diseño adecuado son necesarios para su evaluación.

331. SATISFACCIÓN CON UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO INGRESADO EN UN HACLE

AUTORES: Ruiz Millo O, Climente Marti M, Navarro Sanz Jr, Izquierdo Hernandez M, Achau Muñoz R. Hospital Pare Jofre. C/ Sant Llátzer S/N. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios (PS) con un programa interdisciplinar de mejora de la calidad de la farmacoterapia y la seguridad del paciente mayor polimedcado (PICS) realizado en un hospital de atención a crónicos y media-larga estancia (HACLE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de intervención longitudinal prospectivo, de 10 meses de duración (Octubre/2013-Julio/2014) realizado en el Área Médica Integral de un HACLE con 550 ingresos/año. En el PICS, el farmacéutico participó en el seguimiento farmacoterapéutico-clínico de pacientes mayores polimedcados desde el ingreso (conciliación, plan de optimización farmacoterapéutica) hasta el alta (conciliación, entrevista con paciente y/o cuidador principal, encuesta de satisfacción).

Se diseñaron 2 encuestas, una para pacientes y otra para PS, que constaban de 17 y 14 preguntas cerradas respectivamente, con una escala de 0-10(muy insatisfecho-muy satisfecho) y recogían variables: edad, sexo, tipo de paciente (convaleciente/larga estancia/paliativo), estancia (días), percepción de salud (mala/regular/buena), respondedor (paciente/cuidador o médico/enfermero/auxiliar/otros). La encuesta de PS se realizó anónimamente durante junio/2014. Análisis estadístico (SPSS versión 17.0): variables categóricas: frecuencias(%), cuantitativas normales: media(\pm DE); normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov; consistencia interna de encuesta: coeficiente de fiabilidad α -Cronbach ($\alpha > 0,9$: excelente).

RESULTADOS: Se recogieron 119 encuestas (69 de pacientes y 50 de PS). La encuesta a pacientes obtuvo una tasa de respuesta del 97,2% (69/71), en el 74% (51/69) de los casos fue respondida por cuidador principal. Los pacientes presentaron una edad media de $80,8 \pm 6,3$ años, 55%(38/69) mujeres, 62%(43/69) convalecientes (estancia media 71 ± 31 días) y 62%(43/69) percepción de buena salud. El grado medio de satisfacción global del paciente con el PICS fue 9,5, estando 13%(9/69) satisfechos y 86%(59/69) muy satisfechos. Los aspectos mejor valorados fueron: amabilidad del médico (9,71; muy satisfechos 93%-64/69-), información farmacoterapéutica al alta por farmacéutico (9,67; muy satisfechos 91%-63/69-) y comodidad del edificio e instalaciones (9,59; muy satisfechos 91%-63/69-). El aspecto peor valorado fue: respeto a su intimidad (9,10; muy satisfechos 80%-55/69-). Coeficiente α -Cronbach: 0,951.

La encuesta a PS obtuvo una tasa de respuesta del 100% (50/50), siendo los participantes de edad media $48,9 \pm 8,4$ años, 74%(37/50) mujeres, 44% (22/50) enfermeros, 26% (13/50) médicos, 20% (10/50) auxiliares. El grado medio de satisfacción global del PS con el PICS fue 8,4, estando 20%(10/50) satisfechos y 66%(33/50) muy satisfechos. Los aspectos mejor valorados fueron: contribución a mejorar la seguridad del paciente (9,43; muy satisfechos 88%-44/50-) y la calidad de la farmacoterapia (9,39; muy satisfechos 84%-42/50-), así como a reducir problemas rela-

cionados con medicamentos-PRM- (9,22; muy satisfechos 78%-39/50-), y a mejorar la conciliación de medicación al ingreso (9,24; muy satisfechos 78%-39/50-). El aspecto peor valorado fue: conocimiento del PS acerca del PICS (6,98; muy satisfechos 38%-19/50-). Coeficiente α -Cronbach:0,925.

CONCLUSIONES: El grado medio de satisfacción global con un programa interdisciplinar de mejora de la calidad de la farmacoterapia y la seguridad en un HACLE es elevado. Los pacientes mayores polimedcados y/o sus cuidadores valoran especialmente la información farmacoterapéutica proporcionada al alta por el farmacéutico, y los profesionales sanitarios, su contribución a la reducción de PRM y a la mejora de la conciliación de la medicación al ingreso.

1250. SEGURIDAD DE LA INTERRUPCIÓN CONTROLADA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS

AUTORES: Martínez Núñez ME, Liras Medina Á, Reques Sastre B, Aragón Díez Á, Rodríguez Heredia JM, Molina García T.

Hospital Universitario de Getafe. carretera de toledo km 12.500. Madrid. España

OBJETIVO: El elevado impacto económico, junto al perfil de seguridad de los diversos fármacos biológicos destinados al tratamiento de las enfermedades articulares inflamatorias crónicas, ha conllevado en los últimos años a la práctica de distintas estrategias encaminadas a su optimización. Probablemente una de las estrategias que genera un mayor debate consiste en la interrupción controlada del tratamiento en aquellos pacientes que han alcanzado la remisión clínica (RC) de forma sostenida, término conocido como "Descanso Terapéutico" (DT). La principal controversia se basa en si tras el DT, la reintroducción del mismo agente biológico u otro distinto permite alcanzar nuevamente la RC o, en su defecto, una respuesta terapéutica óptima en términos de reducción de la actividad inflamatoria.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la seguridad de la interrupción controlada de la terapia biológica (TB) en el tratamiento de las artropatías.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se describe la estrategia DT en el tratamiento de las artropatías con fármacos biológicos.

Periodo de estudio: 1 de enero de 2008- 31 de mayo de 2015.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con artropatías: Artritis Reumatoide (AR), Espondiloartropatías (EspA), Artritis Psoriásica (APso).
- DT tras haber alcanzado la remisión clínica con los siguientes fármacos: abatacept (ABA), adalimumab (ADA), certolizumab (CTZ), etanercept (ETN), golimumab (GOL), infliximab (IFX), rituximab (RTX), tocilizumab (TCZ).

Criterios de exclusión:

- Pacientes en los que se ha interrumpido el tratamiento por deseo gestacional sin RC, o por toxicidad y/o contraindicación de TB.

Definición de las variables:

- RC:

o AR y APso: DAS-28<2,6

o EspA: BASDAI<2

- Respuesta óptima:

o AR y APso: DAS-28<3,2

o EspA: BASDAI<4

- DT: interrupción de la TB en aquellos pacientes que, tras recibir la pauta optimizada, mantienen la RC durante un periodo mínimo de 6-12 meses.

- Variable principal: % de pacientes que logran RC tras la reanudación del tratamiento.

RESULTADOS: Se realizó DT en un total de 24 pacientes, con una edad media de 57,2 años y un 58,3% eran varones. El 75% de los pacientes presentaba AR, el 25% EA y el 25% restante APso.

La duración media del tratamiento hasta el DT fue de 3,1 años. Respecto fármaco implicado en el DT, el más frecuente fue ADA (37,5%), seguido de ETN (33,3%), RTX(12,5%), CTZ (8,3%) y CTZ y TCZ (ambos 4,2%).

La duración media del DT fue de 8,2 meses (rango 1,2-18). Un 45,8% de los pacientes reanudaron el tratamiento, todos ellos con el mismo fármaco. El 54,2% restante permanece en RC. El 54,5% de los pacientes que reiniciaron el tratamiento han conseguido nuevamente la RC, el 36,4% han logrado una respuesta óptima, y el 9,1% restante (n=1) todavía no ha sido evaluado tras el reinicio.

CONCLUSIÓN: En el presente estudio el DT ha resultado ser una estrategia segura en términos de inducción de RC y/ respuesta óptima tras el reinicio de la terapia biológica, ya que no se ha detectado ningún caso de fracaso terapéutico. Asimismo se objetiva que es posible el rescate terapéutico incluso con el mismo agente biológico utilizado previamente.

337. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA-DISPENSACIÓN INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

AUTORES: García López I, García Rodríguez Mp, Martín Prado S, Cuervas-Mons Vendrell M, Martino Alba R, Pozas Del Río Mt.

Hospital Universiatrio Infantil Niño Jesús. Avd. Menezdez Pelayo N° 65. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar el impacto, asistencial y económico, de la implantación de un programa de atención farmacéutica y dispensación individualizada de medicamentos en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátrica (UCPP).

Valorar la satisfacción del personal de la UCPP respecto a la integración del farmacéutico en el equipo asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo del programa de seguimiento llevado a cabo en los pacientes paliativos pediátricos, en régimen de hospitalización domiciliaria (HD), durante un periodo de tiempo comprendido entre enero 2012 a diciembre 2014.

Para el análisis del impacto asistencial, se evaluaron los siguientes parámetros (previamente consensuados entre farmacéuticos y personal de la UCPP), divididos en tres grupos: datos sobre la población incluida en el programa, datos de actividad de Atención Farmacéutica (AF) realizada y datos relativos a la actividad de dispensación. Los datos se obtuvieron de las siguientes fuentes: programa Farmatools®_módulo unidosis y registros de AF propios del Servicio de Farmacia.

Para el análisis del impacto económico se consultó en el programa Farmatools®_módulo gestión económica, el importe del consumo de medicamentos atribuido a los pacientes en HD de la UCPP, correspondiente al periodo de estudio. No se tuvieron en cuenta costes indirectos no relacionados con la medicación.

Se realizó una encuesta estructurada para evaluar el grado de satisfacción del personal de la UCPP al año de implantación del programa.

RESULTADOS: El total de pacientes incluidos en el programa fueron 145, con una edad media de 7 años y 10 meses (horquilla de 54 días a 23 años). Un 55,9% del total de pacientes fueron niños y el 44,1% niñas.

La estancia media de los pacientes en el programa fue de 107 días.

Respecto a la actividad de AF:

Se validaron un total de 23.398 líneas de tratamiento. Los tratamientos farmacológicos tuvieron una media de 7 líneas de medicación/paciente.

Se registraron un total de 211 intervenciones farmacéuticas.

Se elaboraron 537 informes farmacoterapéuticos personalizados.

El Servicio de Farmacia elaboró un total de 13.310 fórmulas magistrales para adaptar la administración a la edad y características clínicas de estos pacientes.

En cuanto a la dispensación: se han preparado 2.263 tratamientos de forma individualizada, que suponen un total de 21.606 líneas de dispensación.

El programa ha supuesto un impacto económico de 168.301€ (0.7% del gasto hospitalario).

El 100% del equipo de la UCPP contestó estar satisfechos o muy satisfecho con la incorporación del farmacéutico a la UCPP, valorando muy positivamente su actividad.

CONCLUSIONES: La implantación de un programa de Atención Farmacéutica y dispensación individualizada en una UCPP supone un alto impacto asistencial para el Servicio de Farmacia debido al elevado número de pacientes atendidos, sus características intrínsecas y la complejidad farmacoterapéutica.

Se requiere de un farmacéutico a tiempo completo que trabaje en estrecha colaboración con el equipo de cuidados paliativos.

Con una escasa inversión económica por parte del sistema sanitario se consigue indirectamente un ahorro económico al asegurar el cumplimiento terapéutico para las familias con escasos recursos económicos y evitar ingresos hospitalarios, aunque este punto no se ha evaluado en este estudio.

416. AVANZANDO EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOHEMATOLÓGICOS

AUTORES: Yunquera Romero L, González Chávez J, Ruiz De Villegas García-Pelayo M, Gallego Fernandez C.

Hospital Regional Universitario De Malaga. Avenida Carlos Haya S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Implementar un protocolo de atención farmacéutica (AF) dirigido a pacientes onco-hematológicos pediátricos crónicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, de los pacientes crónicos de los servicios de oncología y hematología pediátricos con tratamiento activo a fecha de Diciembre de 2014. Se estratifican los pacientes en función del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la SEFH. Se seleccionan los pacientes clasificados en nivel 1 ya que son los que precisarían el modelo más completo de AF y en el que se priorizaría en la implantación del mismo. Se revisan las historias clínicas analizándose variables epidemiológicas (edad, sexo, obesidad/desnutrición, problemática sociosanitaria o cognitiva del paciente/cuidador), variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios (ingresos/ urgencias en el último año, pluripatología, estadios clínicos de la patología que requieren seguimiento y cuidados especiales) y variables relacionadas con la medicación (polimedicación, pautas complejas de administración, cambios en el régimen regular de la medicación, adherencia, sospecha /riesgo de PRM, condiciones de dispensación, medicamentos de alto riesgo /estrecho margen terapéutico). En función de los resultados obtenidos, se desarrolla un protocolo específico de AF.

RESULTADOS: Se analizan 40 pacientes, siendo 5 (12.5% del total) clasificados como de nivel 1, lo que supone un 5.5% más respecto de lo previsto en el modelo de la SEFH. El 60% de los pacientes eran varones y el diagnóstico del 80% era leucemia y del 20% inmunodeficiencia combinada grave. En relación a las variables epidemiológicas, la mediana edad de los pacientes era de 37 meses (14-154), el 40% presentaba problemas nutricionales y el 100% problemática sociosanitaria o cognitiva del paciente/cuidador. En cuanto a las variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios el 80% eran pacientes pluripatológicos, el 100% había tenido 2 o más hospitalizaciones en los 12 meses previos y el 100% requerían un seguimiento y cuidados especiales. En relación a la medicación, el 100% estaban polimedcados y tenían pautas complejas de administración. El 100% estaba en tratamiento con varios medicamentos con condiciones diferentes de dispensación y todos estaban con medicamentos de alto riesgo y/o estrecho margen terapéutico. En los 5 pacientes se sospechaba o existía riesgo de PRM y el 60% no eran adherentes al tratamiento.

En base a los resultados obtenidos, se elabora un protocolo común: Elaboración de un informe de conciliación farmacoterapéutica en la historia clínica electrónica con acceso desde atención primaria y especializada. En este se recogen, de todos los medicamentos prescritos: posología, forma de administración, interacciones y condiciones de dispensación, incluyendo fórmulas magistrales y nutrición enteral o parenteral, así como las características de la dieta. Orientado a los padres/cuidadores se elaboran un dossier en el que se incluyen un calendario de visitas al hospital, un planning de administración de los medicamentos y un prospecto con información básica de cada uno.

CONCLUSIONES: Con las limitaciones de un Modelo de AF no validado, consideramos un procedimiento útil para priorizar y desarrollar un protocolo de actuación estandarizado que facilite una AF de calidad y el acceso a la información en los diferentes niveles asistenciales.

664. GUÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN NEONATAL

AUTORES: Del Moral Sánchez Jm, Andújar Mateos A, Gutiérrez Vozmediano R, Martínez Valero A, García Monsalve A, Navarro Ruiz A.

Hospital Gral. Univ. De Elche. Camino De La Almazara, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: La utilización de fármacos en pediatría sigue siendo un problema en el ámbito de la farmacia hospitalaria, ya que resulta importante supervisar la seguridad y concienciar a todo el personal implicado en la utilización de sistemas de seguimiento más eficaces y protocolos de actuación que promuevan una farmacoterapia óptima.

La vía oral se considera de elección en el periodo neonatal por lo que resultan necesarias una serie de pautas en cuanto a la preparación y administración de medicamentos en esta población.

El objetivo es elaborar una guía de apoyo para el personal de enfermería encargado de administrar la medicación. La guía pretende garantizar la correcta preparación y administración por vía oral de preparados comerciales y fórmulas magistrales adecuándose a la edad y características del paciente neonato.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró una lista con los medicamentos orales más prescritos en la Unidad de Neonatología, distinguiendo si se trataban de preparados comerciales o fórmulas magistrales preparadas en el Servicio de Farmacia.

Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica en fichas técnicas de medicamentos, Pubmed® y fuentes terciarias como Micromedex® acerca de las características de la administración como la necesidad de realizarla con alimentos; compatibilidad con leche materna o artificial, o en mezcla con otros fármacos; y compatibilidad de administración a través de sonda. Además, se midió la osmolaridad de los preparados con el fin de recomendar posibles diluciones para la correcta preparación de la medicación a administrar y evitar formulaciones hiperosmolares.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 55 formulaciones (51% fórmulas magistrales). Con esta información se elaboró una guía de monografías por fármaco. En cada una se especifica la información recopilada en los siguientes apartados: presentación farmacéutica, preparación, administración en ayunas, compatibilidad con leche materna, compatibilidad con otros medicamentos, administración por sonda y observaciones (contenido en etanol o glucosa, hiperviscosidad, etc)

Adicionalmente, se diseñaron cuatro anexos (hiperosmolaridad, excipientes de declaración obligatoria de interés en neonatología, formas farmacéuticas orales en neonatología y, administración de nutrición artificial y fármacos).

CONCLUSIONES: La información recopilada en esta guía incluye recomendaciones que garantizan la correcta preparación y administración oral de medicamentos en el periodo neonatal.

483. IMPACTO ECONÓMICO Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA DOSIFICACIÓN DE ADALIMUMAB PEDIÁTRICO

AUTORES: Martínez Roca C, Yáñez Gómez P, Ramudo Cella L, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Xubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: El adalimumab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF que en pacientes pediátricos se dosifica en función de la superficie corporal o del peso según la indicación. En mayo del 2014, en el Servicio de Farmacia (SF) definimos un protocolo normalizado de trabajo a partir del cual elaboramos las dosis individualizadas de los pacientes pediátricos con aprovechamiento de los viales. Los objetivos del estudio son: 1.-evaluar y cuantificar el impacto económico que supone la elaboración individualizada de las dosis con aprovechamiento de viales; 2.- conocer el grado de satisfacción y preferencias de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo de un año de duración (junio 2014-mayo 2015). Se incluyeron todos los pacientes a tratamiento con la presentación pediátrica de adalimumab. Para evaluar el impacto económico se calculó el coste teórico asociado a la dispensación de un vial por administración y se comparó con los costes directos derivados de elaborar las dosis individualizadas con aprovechamiento de viales (precio de adquisición). Para evaluar el grado de satisfacción y preferencias, se les entregó a todos los pacientes una encuesta estructurada en 8 preguntas, 2 de ellas relacionadas con la eficacia del tratamiento, 4 relacionadas con la administración y 2 de respuesta libre sobre ventajas e inconvenientes de la dispensación individualizada de las dosis.

RESULTADOS: Recibieron tratamiento con adalimumab pediátrico durante el período de estudio 7 niños (media edad: 9,4 años; 4 varones y 3 mujeres). Posología media: 20 mg/14 días. El consumo real de adalimumab pediátrico fue de 5,1 viales/mes lo que supuso un gasto medio de 2.348 €/mes. Si no se hubiese dosificado en el SF, el número teórico de viales necesarios durante el período de estudio ascendería a 12,6 viales/mes y el coste asociado sería de 5.802 €/mes. Fueron encuestados todos los pacientes (respondieron la encuesta junto con los padres/tutores). Observaron mejoría tras el inicio del tratamiento 5/7 pacientes; 6/7 recibían el tratamiento antes de implementar la dosificación en el SF y el cambio no afectó a su eficacia; 3/7 pacientes se lo administran ellos mismos; 6/7 pacientes cumplen las normas de administración recomendadas; todos los pacientes refieren dolor en relación a la administración: 1/7 durante la inserción de la aguja (moderado), 7/7 durante la inyección del líquido (moderado); 3/7 tienen molestias tras la inyección (en dos casos, moderado y en el otro, intenso). Como ventaja se recogió evitar su preparación domiciliaria (3 respuestas) y como inconveniente, aumentar el número de visitas al hospital (2 respuestas).

CONCLUSIONES: La dosificación de adalimumab en el SF según un calendario de citación preestablecido constituye una importante medida de ahorro y, por tanto, una eficaz y valiosa herramienta de contención del gasto (69.624 €/año). La realización de la encuesta nos permitió comprobar que, a pesar de que los pacientes tienen que acudir con mayor frecuencia al SF, prefieren la dispensación del adalimumab dosificado porque aumenta su seguridad y comodidad a la hora de administrarlo. Además, la realización de la encuesta sirvió para reforzar las normas de administración.

640. OSMOLARIDAD DE FORMULACIONES ORALES EN NEONATOLOGÍA

AUTORES: Del Moral Sánchez Jm, Andújar Mateos A, Martí Llorca A, Murcia López Ac, Matoses Chirivella C, Navarro Ruiz A.

Hospital Gral. Univ. De Elche. Camino De La Almazara, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: La enterocolitis necrosante neonatal es la patología digestiva adquirida más frecuente en el periodo neonatal. Su etiología es todavía desconocida, lo que hace muy difícil su prevención. Uno de los factores de riesgo conocidos es la administración oral de formulaciones hiperosmolares, por lo que se recomienda administrar soluciones con osmolaridad cercana a la fisiológica (300-400mOsm/L) y, generalmente, las guías recomiendan diluir formulaciones por encima de osmolaridades en torno a 700mOsm/L.

El objetivo es determinar la osmolaridad de los medicamentos más utilizados en la Unidad de Neonatología y elaborar una serie de recomendaciones de dilución para su administración segura en la población neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró una lista con los medicamentos orales más prescritos en la Unidad de Neonatología y se determinó su osmolaridad con un osmómetro de descenso crioscópico.

Para la medición, se prepararon tres diluciones (1:1, 1:4 y 1:8) con agua para inyectables cuya osmolaridad es de 0mOsm/L. Se determinó la osmolaridad de cada muestra con tres medidas seriadas, obteniendo así una media de osmolaridad.

Para las recomendaciones de dilución, se distribuyeron los medicamentos en 4 grupos. El primero corresponde a osmolaridades menores de 750mOsm/L cuya dilución con agua para inyectables no sería necesaria; el segundo contiene medicamentos entre 750 y 1500mOsm/L con una dilución aconsejada de 1:2; el tercero es de formulaciones entre 1500 y 3500mOsm/L (dilución recomendada 1:4) y, por último, el grupo de osmolaridades superiores a 3500mOsm/L con una dilución recomendada de 1:8.

RESULTADOS: Se determinó la osmolaridad de un total de 132 muestras de dilución correspondientes a 44 medicamentos y fórmulas magistrales. El 70% las formulaciones sin diluir presentaba una osmolaridad superior a 750 mOsm/L. La distribución por grupos según recomendación de dilución con agua para inyectables fue: 7% para la dilución 1:2, 50% correspondiente a la dilución 1:4, y 14% para 1:8.

CONCLUSIONES: La determinación de la osmolaridad de las formulaciones orales que más se utilizan en neonatología nos ha permitido observar que la mayoría de éstas necesitan ser diluidas previo a la administración con el fin de aumentar la seguridad y reducir así uno de los factores de riesgo de la enterocolitis necrosante neonatal.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

154. ANÁLISIS DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACEUTICO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: Domingo Chiva E, Cuesta Montero P, Monsalve Naharro Ja, Diaz Rangel M, Garcia Martinez Em, Valladolid Walsh A.

Gerencia De Atención Integrada De Albacete. Hermanos Falcó 37. Albacete. España

OBJETIVO: Describir, analizar y evaluar la actividad clínica, asistencial y logística realizada por el farmacéutico clínico integrado en una unidad de críticos.

MATERIAL Y MÉTODO: El farmacéutico se integró en la actividad diaria del equipo multidisciplinar de una Unidad de Cuidados Intensivos del servicio de Anestesia y Reanimación con un total de 12 camas. Se registraron todas las intervenciones farmacoterapéuticas realizadas durante la visita multidisciplinar al paciente, la validación de las órdenes médicas y sobre el registro de administración de enfermería. Las intervenciones se clasificaron teniendo en cuenta la clasificación de problemas relacionados con la medicación de Hepler y Strand, modificada en base a criterios descritos en la bibliografía y de acuerdo a la propia experiencia del centro. Además, se registraron las resoluciones de consultas sobre medicamentos y las aclaraciones de órdenes médicas ilegibles y/o incompletas. Se cuantificó, también, el grado de aceptación de las intervenciones, el método de comunicación y destinatario de la intervención, así como la evaluación clínica de las intervenciones aceptadas. El análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) corresponde al periodo comprendido entre septiembre 2014 y abril 2015.

RESULTADOS: Durante 8 meses se realizaron 726 IF que se clasificaron en: 37,9% relacionadas con la posología; 8,3% relacionadas con la indicación; 0,8% fueron IF motivadas por la selección inadecuada del fármaco; 3,7% omisiones de tratamiento; 6,9% recomendación de modificación de la vía de administración o forma farmacéutica; 2,5% interacciones/incompatibilidades; 0,1% reacciones adversas; 1,8% sustituciones farmacoterapéuticas; 5,5% errores de prescripción; 5,2% prescripciones incompletas; 0,6% errores de administración; 1,5% errores de transcripción, y 25,2% consultas al farmacéutico. El 99,5% de las IF se realizaron contactando personalmente con el personal implicado; 0,4% de forma escrita y 0,1% por teléfono. Los destinatarios de las IF fueron: 92,3% médicos y 7,7% enfermería. Estas intervenciones tuvieron un grado de aceptación del 95,3% por parte del equipo de Anestesia y Reanimación. De las IF aceptadas, el 49,8% influyeron sobre la eficacia del tratamiento farmacológico, el 40,5% sobre la tolerancia al tratamiento, el 7,7% únicamente sobre el coste, y un 2,0% se clasificaron como no valorables, ya que, si bien no se descartó una mejora de la calidad asistencial, no se consideró que hubiera ocurrido toxicidad o disminución de la eficacia. Además, se realizaron otras actividades asistenciales como: elaboración de guías de administración de medicación y protocolos farmacoterapéuticos propios de la unidad, sesiones formativas a personal facultativo y de enfermería e implantación de un sistema de notificación de errores de medicación y creación de un grupo gestor multidisciplinar para analizar los EM notificados, entre otras medidas.

CONCLUSIONES: La incorporación de un fármaco en la Unidad de Cuidados Intensivos facilita la detección de problemas relacionados con los medicamentos y permite optimizar la farmacoterapia de los pacientes críticos. Además, la estrecha relación con el personal de enfermería permite la adquisición de información adicional acerca de los problemas relacionados con la medicación a los que se enfrentan cada día, y por tanto, facilita la resolución de los mismos y la posibilidad de identificar áreas de mejora.

591. CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS AL INGRESO HOSPITALARIO POR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

AUTORES: Rentero Redondo L, Iniesta Navalón C, Laso Trillo Jf, Gascón Cánovas Jj, Gil Candel M, Antequera Lardon Mt. Hospital General Universitario Reina Sofía. Av Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia y características de las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) que causan ingreso el hospitalario, así como los factores asociados a su aparición.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes dados de alta por Medicina Interna (MI) desde enero de 2006 a diciembre de 2012 utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) como fuente de datos.

Se analizaron todas las altas de MI de pacientes mayores de 18 años durante el periodo de estudio con diagnóstico de RAM (códigos CIE-9-CM E930 a E949). Se incluyeron variables sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (diagnóstico al ingreso, antecedentes patológicos) y variables de tipo administrativo (estancia hospitalaria y tipo de alta). Se calculó el grado de comorbilidad (Índice de Charlson) que lo clasifica en tres niveles: ausencia, moderada y alta.

Se realizó un estudio descriptivo presentando las variables cuantitativas como medias \pm DE y las cualitativas como frecuencias (porcentajes). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para comparar las variables cualitativas y la T-student para las variables cuantitativas asumiendo que cumplen el criterio de normalidad. Para determinar los factores asociados a un mayor riesgo de ingreso por una RAM se realizó un análisis uni y multivariante. Se incluyeron en el análisis multivariante las variables con significación clínica en el univariante. Significación clínica $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron con el SPSS versión 15.0.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 44.645 altas hospitalarias (23.953 pacientes). La media de edad fue de $65,8 \pm 19,4$ años (63,4% > 65 años), 24.221 eran hombres (54,3%) y la estancia media fue de 9,0 días (Rango: 1-378 días). La puntuación media de comorbilidad según el índice de Charlson fue de 1,4 puntos (Rango 0-12 puntos).

Se codificaron 1.173 RAM (2,6% de las altas codificadas) que afectaron a 1.085 pacientes (4,5%), de los cuales, 75 (6,9%) tuvieron más de un ingreso por RAM durante el periodo de estudio.

Los principales motivos de ingreso fueron: descompensación de la diabetes mellitus (18,1%) arritmias (11,8%), trastornos digestivos (8,6%), hemorragia digestiva (4,9%), insuficiencia renal aguda (4,9%), y alteración del equilibrio electrolítico y ácido base (4,1%). Ocho grupos farmacológicos fueron responsables del 74,1% de los ingresos por RAM: antidiabéticos (18,2%), antiarrítmicos (9,8%), AINES (7,5%), anticoagulantes (7,2%), antibióticos (6,9%), benzodiazepinas (6,6%), digitálicos (5,4%) y diuréticos (4,2%).

Los factores asociados con un mayor riesgo de ingreso por RAM fueron: edad > 65 años (OR: 1,9 [IC 95%: 1,7-2,2]), sexo femenino (OR: 1,4 [IC95%: 1,3-1,6]), ERC (OR: 1,2 [IC95%: 1,1-1,3]) y antecedentes de úlcera péptica (OR: 6,1 [IC: 4,2-9,0]).

CONCLUSIONES: Existe una elevada incidencia de ingresos por RAM y tan sólo 8 grupos farmacológicos de fármacos son responsables de la mayoría de los ingresos por este motivo.

Es importante identificar tanto las causas como los factores de riesgo de RAM, para poder diseñar estrategias que ayuden a prevenir este hecho.

579. ELABORACIÓN DE UN MODELO ESTADÍSTICO PARA PREDECIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES: Pérez Parente D, Asuncion Saldaña Mp, Fernandez Vega H, Suárez Santamaría M, San Martín Alvarez S, Piñero Corrales G.

Hospital Do Meixoeiro. Meixoeiro, S/N.. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Elaborar un modelo estadístico para identificar qué variables y la medida en que estas se asocian con la presencia de errores de medicación en un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo experimental de intervención, desarrollado durante 5 meses en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de un hospital terciario cuya área sanitaria abarca 440.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años con una estancia mínima de 24 horas que dieron su consentimiento, recogiendo las distintas variables demográficas, clínicas y de la medicación domiciliar de cada paciente. Se realizó el proceso de conciliación de la medicación a todos los pacientes, recogiendo todas las discrepancias

detectadas, y considerando las no justificadas como errores de medicación. El estudio de las variables asociadas a las discrepancias detectadas se realizó mediante regresión logística binaria, incorporando las variables significativamente asociadas al posterior análisis multivariante. Mediante el método de regresión logística binaria se realizó al análisis multivariante, permitiendo establecer un modelo a través del cual predecir la probabilidad de que se produzca un error de medicación.

RESULTADOS: Se incluyeron 196 pacientes, con un total de 395 discrepancias, de las cuales, 199 fueron no justificadas. Tras realizar la regresión logística binaria, se obtuvieron como variables con significación estadística la edad ($p=0,022$), el nivel de estudios ($p=0,000$), el número de comorbilidades ($p=0,040$), el número de medicamentos no aprobados en la Guía Farmacoterapéutica del hospital ($p=0,003$), y el número de medicamentos de alto riesgo que presentaban los pacientes en su medicación domiciliaria ($p=0,031$). Las variables edad, número de comorbilidades, número de medicamentos no aprobados y número de medicamentos de alto riesgo presentan un Odds Ratio mayor a 1, lo que implica que el riesgo de sufrir un error de medicación aumenta al aumentar el valor de estas variables. El valor obtenido para R cuadrado en el análisis multivariante fue de 0,559, lo que indica que estas 5 variables pueden predecir más de la mitad de la presencia de errores de medicación en nuestro grupo de pacientes a su ingreso.

CONCLUSIONES: El análisis multivariante estableció un modelo que permitió explicar más del 55% de los errores de medicación detectados en nuestro estudio mediante el uso de 5 variables fácilmente cuantificables. A través de los Odds Ratio obtenidos se puede estimar la influencia de dichas variables en los errores de medicación producidos. Este sencillo modelo permite identificar con que variables se relacionan la mayoría de los errores de medicación, facilitando su prevención, y por tanto, aumentando la seguridad para el paciente y disminuyendo costes sanitarios al sistema.

523. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

AUTORES: Trujillano Ruiz A, Urbietta Sanz E, Onteniente Candela M, Caballero Requejo C, García-Molina Sáez C, Gil Candel M.

Hospital Gral. Univ. Reina Sofía. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la seguridad del tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en un área de salud desde la perspectiva del Servicio de Urgencias del Hospital de Referencia de Área y su relación con la evolución del perfil de utilización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado desde un Hospital de Referencia de Área. Se incluyeron todos los pacientes del área en tratamiento anticoagulante con NACOs (dabigatrán, rivaroxabán y apixabán) mediante el análisis del consumo por recetas extraído de la aplicación que lo gestiona (ADN®) durante los últimos semestres de 2012, 2013 y 2014. A partir del CMBD de Urgencias (proporcionado por el Servicio de Documentación del centro) se analizaron, como indicadores de seguridad, los pacientes tratados que tuvieron que acudir a urgencias, media de consultas a urgencias/paciente, número de pacientes hospitalizados, diagnóstico de urgencias potencialmente relacionado con la anticoagulación (hemorrágico o isquémico) y diagnóstico establecido en Urgencias como evento adverso atribuido a NACOs. Dichas variables se analizaron para cada semestre, comprobando su correlación o no con la variación del indicador NACOs/TotalACOs, así como con la evolución del tipo de NACOs utilizados. Se utilizó la prueba chi cuadrado para valorar las diferencias con la aplicación Epidat 3.1. considerándose significativo un valor de $p<0,05$

RESULTADOS: Se incluyeron 194 pacientes en 2012 (64% mujeres, edad 73.8 ± 9.9), 441 en 2013 (56.7%, edad 76.9 ± 10.4) y 497 en 2014 (56.7% mujeres, edad $76,7\pm 10,1$). El indicador NACOs/TotalACOs evolucionó de 16% en 2012 a 28.6% y 34.2% en 2013 y 2104. Paralelamente cambió el tipo de NACO utilizado en la siguiente proporción: dabigatrán 59.2%, 46.5%, 41.4%; rivaroxabán 40.3%, 50.6%, 44.9%; apixabán 0.5%, 2.9%, 13.7%. Los resultados de las variables de seguridad del estudio fueron: pacientes que consultan a urgencias en 2012 62.9%, frente a 38.3% y 36.2% en 2013 y 2014 respectivamente ($p=0.000$); media de consultas a urgencias por paciente: 3.3 ± 3.6 , 2.5 ± 2 y 1.9 ± 5.1 , de las cuales 20.4%, 11.5% y 13% con diagnósticos potencialmente relacionados con la anticoagulación y un 3.3%, 1.6% y 0.4% evento adverso por NACOs diagnosticado en Urgencias siendo el 68%, el 66.7% y el 74.1% episodios hemorrágicos. El número de pacientes hospitalizados fue 58(29%), 103(23.3%) y 107(21.5%) ($p=0.08$) con una media de hospitalizaciones/paciente de 1.9 ± 0.6 , 1.6 ± 0.75 y 1.4 ± 0.84

CONCLUSIONES: El uso de los NACOs frente a los tradicionales ACO prácticamente se ha duplicado en los últimos dos años y ha ido acompañado de un reajuste del perfil de utilización reduciéndose la utilización de dabigatrán y aumentando la de apixabán.

La disminución significativa de la frecuencia de consultas a urgencias y los diagnósticos potencialmente relacionados y/o atribuidos a NACOs es correlativa al aumento de la utilización de estos. También se observa una ligera disminu-

ción en las hospitalizaciones, aunque no significativa, probablemente debido a una población de edad mayor a lo largo del periodo de tiempo estudiado o a las comorbilidades

Consideramos que nuestros resultados muestran una mejora en el manejo de estos fármacos y posiblemente una mayor adecuación en la selección del tipo de anticoagulante prescrito. Los efectos adversos de los NACOs parecen estar mejor controlados y ello conlleva un uso más seguro.

488. FARMACIA HOSPITALARIA INTEGRADA EN UN HOSPITAL SIMULADO. INNOVACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Perelló Juncà A, Macarulla Sanz E, Ibáñez Vallbona E, Espinar Lacueva F, Chacón Feixas À.

4DHealth. Centro de innovación en salud. Passeig Verdaguer 130. Barcelona. España

OBJETIVOS: Aumentar la seguridad del ámbito sanitario (paciente, profesionales etc) y específicamente la relacionado con la gestión del medicamento a nivel hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ubicación de toda una farmacia hospitalaria real, dentro del Hospital entero simulado, el cual aprovecha las instalaciones de un antiguo Hospital, dicha farmacia dispone de toda la tecnología actual relacionada con la realidad y esta conectada mediante HIS propio con el resto del Hospital, el cual su vez contiene todos los dispositivos propia de un Hospital Real.

La creación y detalle de los circuitos asistencial y logístico en la gestión hospitalaria del medicamento, así como la definición de cada una de los nodos del circuito, el detalle de los errores que suceden en cada uno de ellos mediante la metodología del análisis de la raíz del error, así como la definición de los profesionales implicados y los comportamientos esperados, permite disponer de escenarios de altísima realidad donde recrear situaciones complejas, en las cuales se relacionan todos los profesionales implicados así como pacientes simulados cuando se requiere. La disponibilidad de una metodología innovadora de evaluación, así como de una tecnología de audio y video de alta fidelidad, permite la visualización posterior por parte de los propios profesionales y su valoración conjunta y acciones a tomar. La generación de escenario partir de errores detectados por los propios profesionales en los diferentes dispositivos de salud, permite la prevención de dichos errores, a través de la implicación de los profesionales que participan en la realidad.

A la vez, la adquisición de nuevas competencias a partir de estos escenarios reales, disminuye el impacto del curva de aprendizaje sobre los pacientes.

RESULTADOS: Con un inicio de la línea farmacológica en Mayo de 2015, hemos realizado hasta la actualidad dos sesiones de simulación de alta complejidad, una dirigida a técnicos de farmacia basado en la preparación en campana de flujo laminar de un preparado de quimioterapia, i una segunda con residentes de Farmacia hospitalaria de tercer y cuarto año basado en una atención de dispensación ambulatoria, y en una validación de una prescripción compleja. en todos los casos se han incluido distracciones para aumentar la complejidad del situación y se han evaluado competencias técnicas y no técnicas. En todos los casos el impacto del debriefing posterior ha sido valorado como altamente satisfactorio tanto por los profesionales docentes como por los profesionales alumnos

CONCLUSIÓN: Las simulaciones de alta realidad en un entorno real como es un hospital entero simulado y la integración de una farmacia hospitalaria en el propio hospital, así como el trabajo previo de decisión de los procesos relacionados con la gestión del medicamento, permiten la creación de escenarios donde los profesionales mejoran su capacitación.

736. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE VALIDACIÓN ASISTIDA ALTO® EN 16 HOSPITALES ESPAÑOLES

AUTORES: Garcia Marco D, Martínez Camacho M, Jimenez Cerezo Mj, Larrubia Marfil Y, Esteban Casado S, Alañon Plaza E.

Hospital Nacional De Paraplégicos. Finca La Peraleda S/N. Toledo. España

OBJETIVO: Analizar el número y el tipo de intervenciones farmacéuticas con el programa ALTO® en 16 hospitales españoles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras poner en conocimiento del programa ALTO® en abril de 2015, a través de la lista de correo de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria), 16 hospitales realizan validación asistida durante el mes de mayo de 2015. El Programa ALTO® es una base de datos, con información relevante sobre los medicamentos, que ayuda al farmacéutico en la detección de errores y mejora de los tratamientos farmacológicos. El programa ALTO® realiza un control de: Dosis, tanto por medicamento, como por principio activo, vía de administración y edad (niños, adultos, ancianos); Días alarmantes; Vías de administración por principio activo y por medicamento de uso humano; Insuficiencia Renal (con valor de creatinina o sin ella en función sólo de la edad); Insuficiencia Hepática; Interacciones; Medicamentos semejantes; Medicamentos por vía enteral; Duplicidad y Dosis mínima. La base de

datos del programa ALTO® versión 1 contiene 881.904 datos con información clínica de los medicamentos comercializados en España.

RESULTADOS: Después de un período de prueba y resolución de preguntas a los distintos hospitales durante el mes de abril, se recogieron los datos de las intervenciones farmacéuticas realizadas durante el mes de mayo en 16 hospitales españoles de distinta complejidad. Se analizaron 308.337 tratamientos correspondientes a 34.482 pacientes, clasificando la importancia clínica de lo encontrado en Alerta, Revisar e Informativa. En el 2,50% (7.716) de los tratamientos mostró Alerta: 1,18% relacionadas con la dosis; 0,67% con la duplicidad; 0,39% con las interacciones; 0,14% con la insuficiencia renal del paciente y el 0,11% con la insuficiencia renal ficticia en base a la edad al no disponer del valor real. Por otro lado, recomienda Revisar el 12,02% (37.071) de los tratamientos siendo los más destacados: días de tratamiento 3,64%; vía de administración 2,35%; vía no habitual 2,11%; dosis 1,03% y en insuficiencia renal 0,65%, el alto porcentaje en las vías se debió al ajuste y puesta a punto inicial del programa en el hospital. Con el apoyo de este sistema virtual se incrementa de forma muy importante las intervenciones del farmacéutico. Los 16 hospitales pudieron implantar este sistema, con programas informáticos y nivel asistencial diferentes. El programa tarda 6 minutos en analizar 300 pacientes.

CONCLUSIONES: Consideramos que el Programa ALTO® detecta una gran cantidad de alertas en la prescripción que permite al farmacéutico intervenir en el proceso de la validación de la prescripción médica. La clasificación por importancia clínica permite una optimización de tiempo incidiendo en aquellos tratamientos que pueden ser potencialmente una prescripción inadecuada. Por otro lado, permite trabajar en una posible terapia secuencial analizando las vías y los días de tratamiento. La utilización del Programa ALTO® es eficiente y extrapolable al resto de hospitales como sistema asistido en la validación farmacéutica.

1202. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA EN RESIDENCIAS DE MAYORES REDUCE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN

AUTORES: González Martínez M, Capilla Santamaría E, Apolo Carvajal F, Caliz Hernandez B, Cañamares Orbis I, Aranguren Oyarzábal A.

Subdirección De Compras De Farmacia Y Productos Sanitarios. Consejería De Sanidad De La Comunidad De Madrid. Pza. Carlos Trías Beltrán, 7. Edif. Sollube. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto de las intervenciones farmacéuticas en los errores de medicación producidos en la preparación de los sistemas personalizados de dosificación (SPD) en residencias de mayores tras la identificación de algunos puntos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los SPD son los dispositivos empleados en residencias geriátricas para la preparación diaria e individualizada de la medicación de los residentes en los que se incluyen formas farmacéuticas sólidas de pequeño volumen (comprimidos, cápsulas y sobres). Los SPD disponen de cuatro compartimentos que se corresponden con las horas establecidas en los centros para la administración de medicamentos: desayuno, comida, merienda y cena. La preparación de los SPD se realiza generalmente durante el turno noche por personal de enfermería. Los farmacéuticos de atención a centros sociosanitarios realizaron un control de calidad de una muestra aleatoria de los SPD preparados durante un período de seis meses en cinco residencias. La revisión consistía en verificar la correspondencia del contenido de los SPD con la prescripción actualizada de la hoja de tratamiento. Se registraron el número de SPD revisados, el número de incidencias detectadas y el tipo de error encontrado: omisión (rotura de stock u olvido/distracción), dosis incorrecta, hora incorrecta, carga de medicamento no prescrito/suspendido e inclusión de medicamentos "si precisa". A los tres meses se realizó un primer análisis de la situación, se implantaron medidas correctoras y se evaluó el impacto de las mismas comparando los errores encontrados el primer mes frente al último mes del período.

RESULTADOS: Se revisaron 1801 SPD en los 6 meses, detectándose un total de 596 incidencias relacionadas con la preparación (33%). El error más frecuente fue la omisión de la carga de un medicamento (68% del total de errores encontrados). De las omisiones detectadas, un 55% fueron debidas a roturas de stock, principalmente de medicamentos con necesidad de visado de inspección, y un 45% fueron debidas a olvido/distracción. Un 14% de los errores motivados por una dosis incorrecta, un 6% por la inclusión de un fármaco no prescrito, un 4% por la carga de un medicamento si precisa, un 6% por hora de administración incorrecta y un 2% por la preparación de un medicamento ya suspendido. Todos los errores encontrados fueron subsanados por el farmacéutico antes de la administración, excepto algunos relacionados con la rotura de stock. A los tres meses se consensuó la implantación de las siguientes medidas para disminuir la incidencia de errores: protocolización para la solicitud y recepción de medicamentos y formación al personal de enfermería sobre la correcta preparación de SPD. Los errores detectados el primer mes fueron un 44%, mientras que los detectados el último mes (tras la implementación de las medidas) fueron 19% ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: La incorporación de farmacéuticos especialistas a centros sociosanitarios ha permitido el desarrollo de un programa de detección de puntos críticos en el proceso de preparación de SPD y la implantación de medidas de mejora. Las medidas implantadas por los farmacéuticos de hospital consiguieron disminuir los errores de medicación en la preparación de los SPD de forma significativa.

41. PREVENCIÓN DE ERRORES DE EXACTITUD EN LA PREPARACIÓN DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AUTORES: Sordo Aisa B, Unzeta Sanz M, Santesteban Otazu E, Pascual Garcia Mp, Arranz Cerezo C, Campino Villegas A.

Hospital De Cruces. Pza. Cruces S/N. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Cuantificar la incidencia de errores de exactitud de fármacos de uso parenteral en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCINs), determinar su frecuencia y magnitud e implementar una serie de medidas que reduzcan esa tasa. Comparar la incidencia de dicho error en las UCINs con la incidencia en un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH). Se definió error de exactitud cuando la desviación entre la concentración teórica y la determinada por el laboratorio de bioquímica era superior al $\pm 10\%$.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional aleatorizado en el que se valoró la exactitud de la preparación de cafeína citrato, fenobarbital, gentamicina y vancomicina a recién nacidos en cinco UCINs. Realizado en dos fases de recogida de muestras: Fase I en la que se recogió de manera aleatoria muestras de diluciones de fármacos de UCINs y del SFH. Cada centro siguió sus normas vigentes de preparación de fármacos y cada muestra se acompañó de una encuesta en la que se indicaba el procedimiento seguido, el material utilizado y los cálculos matemáticos realizados. Se identificaron los posibles errores y puntos críticos en el proceso de manipulación mediante la comprobación de los cálculos matemáticos, la determinación analítica de los niveles de fármacos, la revisión de los protocolos vigentes y la práctica clínica a través de videos grabados por los centros participantes. Se implantaron una serie de intervenciones, basadas en la estandarización de las concentraciones en los protocolos de preparación y en la formación del profesional sanitario en técnicas de preparación de fármacos intravenosos. Fase II en la que se recogió de manera aleatoria muestras de diluciones de fármacos de UCINs y SFH tras la implantación de las estrategias de mejora.

RESULTADOS: Fase I: Durante los días aleatorizados se recogieron 294 diluciones de fármacos, 234 en las UCINs y 60 en el SFH. La distribución por fármacos fue: citrato de cafeína (43), fenobarbital (27), gentamicina (54) y vancomicina (170). En las UCINs 113/234 (48,3%) de las muestras presentaron errores de exactitud y 23/60 (38,3%) en las muestras del SFH. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,168$).

Fase II: Durante los días aleatorizados se recogieron 188 diluciones, 147 preparadas en UCINs y 41 en SFH. La distribución por fármacos fue: citrato de cafeína (27), fenobarbital (21), gentamicina (53) y vancomicina (87). En las UCINs 36/147 (24,5%) de las muestras presentaron errores de exactitud y 6/41 (14,6%) en el SFH presentaron error de exactitud. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,180$).

CONCLUSIONES: La preparación de fármacos intravenosos es un eslabón débil en la cadena de utilización del medicamento en las UCINs. La falta de preparaciones comerciales adaptadas a las dosis neonatales obliga a una serie de manipulaciones para obtener la dosis a administrar en un volumen adecuado. La estandarización de protocolos y la formación han demostrado ser estrategias válidas para disminuir la tasa de errores de exactitud. Si bien los errores de exactitud en el SFH fue menor que en las UCINs, es necesario seguir trabajando en una correcta formación del profesional sanitario en técnicas de preparación de fármacos.

184. RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO AL USO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

AUTORES: Sánchez Serrano JL, Tenias Burillo JM, Canales Ugarte S, Conde García MDC, Nieto Sandoval Martín de la Sierra P, Andrés Navarro N.

Hospital Mancha Centro. Avenida de la Constitución 3. Ciudad Real. España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Desde el ensayo clínico VIGOR en el que el uso de rofecoxib se asoció a mayores eventos cardiovasculares se ha venido observando un aumento en las patologías cardiovasculares asociadas al uso de antiinflamatorios no esteroideos. Este estudio pretende evaluar el impacto cardiovascular asociado al consumo de antiinflamatorios no esteroideos en un Área de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de cohortes de base poblacional en un área de salud de Castilla La-Mancha (España) de 5 años de duración, del 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2012, en el que se incluyó todos los pacientes mayores de 18 años ($n= 116.686$).

RESULTADOS: La asociación entre el síndrome coronario agudo y el consumo de antiinflamatorios fue positiva y estadísticamente significativa (RR 3,64; IC95% 2,94 a 4,52; $p<0,001$). El riesgo cardiovascular fue mayor en las al-

canonas (RR 18; IC95% 2,53 a 127; p=0,004), seguido de los propionicos (RR 2,58; IC95% 2,16 a 3,69; p<0,001), en tercer lugar los arilacéticos (RR 1,88; IC95% 1,6 a 2,22; p<0,001) y por último los coxib (RR 1,55; IC95% 1,25 a 1,92; p<0,001), en los demás antiinflamatorios no se observó aumento de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES: El consumo de antiinflamatorios no esteroideos se ha asociado a un mayor riesgo de síndrome coronario agudo sobretodo en antiinflamatorios considerados como tradicionales, por lo que es necesario realizar un seguimiento a los pacientes que consuman estos fármacos, no debiéndose tomar durante tiempos prolongados ni a dosis altas

162. THE IMPACT OF A COMPUTERIZED PHYSICIAN ORDER ENTRY SYSTEM ON MEDICAL ERRORS WITH ANTINEOPLASTIC DRUGS FIVE YEARS AFTER ITS IMPLEMENTATION

AUTORES: Sanchez Cuervo M, Rojo Sanchís A, Pueyo López C, Gómez De Salazar López De Silanes Me, Gramage Caro T, Bermejo Vicedo T.

Hospital Ramon Y Cajal. Ctra. Colmenar Km. 9,1. Madrid. España

OBJECTIVE: Computerized physician order entry (CPOE) systems reduce medical errors (MEs). Nevertheless, a CPOE system may also lead to new types of errors, especially when it is first implemented. The objectives of this study were to determine the impact of a CPOE on the number of MEs and to identify the types of MEs in prescriptions issued by the Hematology Department 5 years after implementing CPOE.

METHODS: We conducted a prospective analytical study on the implementation of a CPOE system at the Pharmacy Department of a general hospital. The study comprised three phases: a pre-implementation phase, an implementation phase conducted in the Hematology Department, and a post-implementation phase, which was conducted 5 years after the implementation of the CPOE system.

One hundred and fifty prescriptions per pre- and post-implementation phase were consecutively included in the study. A previously described classification scheme was used to detect and classify MEs.

RESULTS: The implementation of a CPOE system was associated with an immense reduction in MEs. One hundred fourteen patients (pre-implementation phase) were compared to 82 patients (post-implementation phase). The total number of MEs per 100 patients decreased from 236.8 (95% CI: 212.1-261.3) to 10.9 (95% CI: 5.8-19.6), with an absolute risk reduction of 36.24 (95% CI: 32.61 to 39.86). The percentage of prescriptions with an ME decreased from 37.45% to 1.2% (P < .001). In the pre-implementation phase, the drugs most frequently associated with MEs were rituximab (35.9%), cyclophosphamide (13%), and methotrexate (7%). In the post-implementation phase, 44.4% of prescription errors involved methotrexate. Five years after the implementation of the CPOE system, the majority of MEs were eliminated, the number of remaining errors (quantity, concentration, and ambiguous prescription errors) decreased, and no new types of ME were detected.

CONCLUSION: The CPOE system almost completely eliminated MEs with antineoplastic drugs in the Hematology Department. No new types of MEs were observed once physicians had become accustomed to using the system. However, some MEs were not eliminated. Constant diligence is needed to analyse and evaluate MEs associated with the CPOE system and their causes, such that the limitations of CPOE can be identified and overcome and the medication use process associated with antineoplastic agents improved.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

1104. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR AL INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO DEL MINISTERIO DE SANIDAD

AUTORES: Esteban Casado S, Bartolomé García E, Alvaro Alonso EA, Sanz Sanz S, Gomez Pedrero AM, Pérez Encinas M. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C\Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de las prescripciones con los nuevos anticoagulantes orales (NACO): dabigatrán, apixabán y rivaroxabán, en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) al informe de posicionamiento terapéutico del Ministerio de Sanidad (IPT).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes hospitalizados con prescripción de NACO en FANV desde Enero2015 hasta Mayo2015. Se registraron las variables: edad, sexo, peso, diagnóstico, creatinina, motivo de inicio de tratamiento anticoagulante oral (TAO), motivo de inicio del NACO, historia actual o previa de ictus, origen del mismo y evolución del INR. Se calculó el riesgo tromboembólico por el método CHA2SDS2VASc y el riesgo hemorrágico por el método HAS-BLED. Para los pacientes cuyo motivo de inicio del NACO fue labilidad del INR, pese al buen cumplimiento terapéutico, se calculó el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) por

el método Rosendaal, en los 6 meses previos a la suspensión de acenocumarol; siendo el control de INR inadecuado cuando TRT

RESULTADOS: Se incluyeron 53 pacientes con una edad media de 78,4 años (29-96), 61,1% hombres. Distribución de tratamientos: Apixaban 35,8%, Rivaroxaban 35,8%, Dabigatran 28,4%. Motivos de inicio de TAO: 43,4% FA permanente o crónica; 32,1% FA paroxística recurrente; 11,3% Flúter; 9,4% FA de novo y 3,8% FA persistente. El 41,5% de los pacientes tenían historia actual o previa de ictus siendo su origen: 72,7% cardioembólico, 18,2% aterotrombótico, 9,1% hemorrágico. Las medias de las puntuaciones CHAD₂DS₂VASc y HAS-BLED fueron: 4,4 (IC95%: 4,8-4,0) y 2,1 (IC95%: 2,4-1,9), respectivamente.

Los motivos de inicio de NACO registrados en historia clínica fueron: 66,7% labilidad del INR; 15,2% antecedentes de hemorragia intracraneal; 12,1% episodio tromboembólico a pesar de INR en rango; 6,1% contraindicación a acenocumarol; 6,1% imposibilidad de acceso al INR convencional. En 7 pacientes no se pudo determinar el motivo de inicio. El 33,9% de los pacientes con prescripción de NACO no cumplían indicación de tratamiento según IPT, siendo el principal motivo pacientes que inician TAO con NACO sin causa que justifique la no utilización de acenocumarol (61,1%). Por otro lado el TRT fue >65% en 7 pacientes cuyo motivo de cambio registrado fue labilidad del INR.

Se realizaron 19 intervenciones y los motivos de intervención fueron: ADPyE (36,8%), ADFR (26,3%), ADI (21,1%), STCI (15,8%).

CONCLUSIONES: La prescripción de los NACO en FANV, según las recomendaciones del IPT es mejorable, principalmente en aquellos pacientes que iniciaron TAO con NACO sin causa que justifique la no utilización de acenocumarol y en los que el TRT se encuentra por encima del 65%, por ello es importante la labor del farmacéutico para la adecuación a las recomendaciones indicadas por IPT y el ajuste posológico según las características individuales de los pacientes.

397. EFICACIA COMPARADA DE INFLIXIMAB, ADALIMUMAB Y VEDOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES: Vega Coca Md, Abdel-Kader Martín L, Flores Moreno S.

Hospital Virgen Del Rocío. Avenida Manuel Siurot, S/N.. Sevilla. España

OBJETIVO: Comparar la eficacia de infliximab, adalimumab y vedolizumab en el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad de Crohn no fistulizante, de moderada a grave, en pacientes adultos con respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para identificar la evidencia disponible se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada en las bases de datos referenciales (MEDLINE y EMBASE), que abarcó hasta noviembre de 2014. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA) que compararan la eficacia de las intervenciones evaluadas entre sí (utilizadas a la posología recomendada en ficha técnica), o frente a un comparador común (placebo), en términos de remisión clínica, en el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con enfermedad de Crohn no fistulizante, de moderada a grave, con respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresores. En el caso de estudios con múltiples brazos, en los que se evaluaran varias pautas para una misma intervención, los resultados considerados para el análisis fueron los correspondientes a las pautas posológicas ajustadas a las recomendaciones de ficha técnica (infliximab 5 mg/Kg cada 8 semanas, adalimumab 40 mg en semanas alternas, y vedolizumab 300 mg cada 8 semanas). En caso de identificarse varios estudios en los que se evaluara una misma intervención frente a un mismo comparador, los resultados de los estudios individuales fueron combinados mediante metanálisis tradicional, utilizando un modelo de efectos aleatorios. En ausencia de evidencia directa, se llevaron a cabo comparaciones indirectas de tratamientos, ajustadas en base a sus efectos relativos frente a un comparador común (placebo), utilizando la metodología propuesta por Bucher et al.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 4 ECA, todos ellos controlados frente a placebo: 1 relativo a infliximab (ACCENT I), 2 relativos a adalimumab (CLASSIC II y CHARM), y el restante correspondiente a vedolizumab (GEMINI II). Por lo general, existió similitud entre los estudios, en lo relativo a aspectos metodológicos y características de las poblaciones incluidas en los mismos. La proporción de pacientes en remisión clínica, definida como una puntuación < 150 en el Crohn's Disease Activity Index (CDAI), fue evaluada como variable principal en todos los estudios. En comparación con placebo, tanto infliximab, como adalimumab y vedolizumab, se asociaron a un beneficio significativo en el mantenimiento de la remisión clínica, tras respuesta a un régimen de inducción inicial. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos evaluados para ninguna de las comparaciones indirectas realizadas [RR (IC 95%) infliximab vs. adalimumab: 0,87 (0,40 a 1,91); RR (IC 95%) vedolizumab vs. infliximab: 0,87 (0,45 a 1,69); RR (IC 95%) vedolizumab vs. adalimumab: 0,76 (0,39 a 1,47)].

CONCLUSIONES: Infliximab, adalimumab y vedolizumab presentan una eficacia similar para el mantenimiento de la remisión clínica en pacientes adultos con enfermedad de Crohn, de moderada a grave, que reciben tratamiento biológico tras respuesta inadecuada o intolerancia al tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresores.

733. ENZALUTAMIDA Y ABIRATERONA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN PRE-QUIMIOTERAPIA: COMPARACIÓN INDIRECTA Y EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EQUIVALENTES.

AUTORES: Alvarado Fernandez Md, Alegre Del Rey Ej, Vazquez Real M, Jimenez Guerrero L, Castañeda Macias I, Donoso Rengifo C.

Hospital Univ. Virgen Macarena. Avenida Doctor Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Establecer si enzalutamida y abiraterona pueden declararse Alternativas Terapéuticas Equivalentes (ATE) en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) en pacientes que no han recibido quimioterapia, mediante la realización de una comparación indirecta ajustada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la realización de la comparación indirecta se realizó una búsqueda en Pubmed seleccionando los estudios en cáncer de próstata metastásico resistente a la castración sin quimioterapia previa que habían presentado beneficio significativo en supervivencia global (variable clínica más relevante) que presentaran criterios de inclusión y tiempo de seguimiento similar. Como valor delta (máxima diferencia entre los tratamientos que se va a considerar clínicamente irrelevante) se eligió un HR de 0,80 y su inverso 1,25, que es el límite de relevancia clínica considerado para el cálculo de muestra en los estudios pivotaes de abiraterona y enzalutamida en esta indicación. Se realizó la comparación indirecta mediante el método Bucher y se analizaron los resultados según la Guía ATE, observando si el intervalo de confianza (IC95%) se encontraba dentro del intervalo de equivalencia. Se consideró también el perfil de seguridad de ambos fármacos.

RESULTADOS: Se encontraron dos referencias para las indicaciones estudiadas correspondientes a los ensayos pivotaes (fase III) de ambos fármacos: abiraterona vs. prednisona y enzalutamida vs. placebo. Los seguimientos respectivos son de una mediana de 22 meses para enzalutamida y de 22,2 meses para abiraterona.

Se detectaron dos limitaciones para la realización de la comparación indirecta ajustada: 1) no presentan el mismo comparador común (lo que podría suponer un sesgo desfavorable para abiraterona). 2) se permite la inclusión de pacientes con afectación visceral sólo en el estudio de enzalutamida. Sin embargo, y puesto que no existe diferencia (interacción) entre los resultados de pacientes con o sin metástasis viscerales, se toma el resultado global del estudio de enzalutamida, evitando así pérdida de muestra y precisión del resultado.

El valor de HR obtenido al realizar la comparación indirecta es de 0,95 (IC95% 0,72-1,24), $p > 0,05$. El IC95% excede el límite inferior preespecificado de relevancia clínica (0,8). Mediante la calculadora de Shakespeare et al, se determinó la probabilidad de que apareciese un resultado de HR por debajo de 0,8 obteniéndose un resultado del 11%.

Las reacciones adversas más frecuentes descritas para abiraterona fueron edema periférico (28%), hipopotasemia (17%), hipertensión (22%), y trastornos cardiacos (19%). En el caso de enzalutamida fueron fatiga (36%) dolor espalda (27%), estreñimiento (22%), artralgias (20%), sofocos (18%), hipertensión (13%) y astenia (13%).

CONCLUSIONES: Abiraterona y enzalutamida han presentado eficacia clínica relevante frente a prednisona y placebo, respectivamente. La comparación indirecta ajustada-con un posible sesgo en contra de abiraterona, por encontrarse ésta comparada con prednisona y no con placebo-, y la valoración de la seguridad aportan un balance beneficio/riesgo en el que no se concluyen diferencias clínicamente relevantes de un fármaco sobre otro. Esto resulta compatible con la declaración de ATE en candidatos a tratamiento sin afectación visceral, salvo excepciones justificadas en pacientes específicos.

482. METAANÁLISIS EN RED Y ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DEL USO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA ELECTIVA DE CADERA

AUTORES: Gimeno Ballester V, Izuel Rami M, Agustín Ferrández Mj, Larrodé Leciñena I, Pascual Martínez O, Abad Sazatornil R.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica 1-3, 50009. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar mediante la realización de un metanálisis en red, la equivalencia terapéutica de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en tromboprolifaxis de pacientes sometidos artroplastia electiva de cadera.

Realización de un análisis de minimización de costes (AMC) de las HBPM en artroplastia electiva de cadera

Proveer a los profesionales sanitarios de una herramienta para el cálculo del coste de las distintas HBPM.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados de las HBPM comercializadas en España (bemiparina, dalteparina, enoxaparina, nadroparina, tinzaparina) para la indicación de profilaxis de reemplazo de prótesis de cadera, en PubMed, Embase y Cochrane entre 1982 y 2014. Se efectuó un análisis multivariante de efectos aleatorios mediante bayesianos para sintetizar la información. El análisis de la inconsistencia se llevó a cabo por comparación de tratamientos mixtos y por separación de nodos. La variable principal fue la tasa de tromboembolismo venoso durante el tratamiento (variable de eficacia para las HBPM) y como variables

secundarias se seleccionaron la tasa de sangrado mayor y de sangrado menor (variables de seguridad). Se determinó la estancia hospitalaria y postquirúrgica del GRD 818 en función de los datos medios propios de los últimos 5 años. La duración de la profilaxis postquirúrgica en el procedimiento se fijó en 30 días como se establece en las guías de práctica clínica de referencia. Se desarrolló un modelo para calcular el coste del tratamiento intra y extra hospitalario de las distintas HBPM mediante la realización de 1.000 simulaciones de Montecarlo. En el AMC se contempló la estancia hospitalaria, la estancia postquirúrgica, el peso de los pacientes y el tamaño del envase a dispensar para completar el tratamiento ambulatorio. Para el cálculo de los precios de las HBPM se tuvo en cuenta el P.V.L./P.V.P. (menos el descuento del RD 175/2010 y más el 4% de IVA) para calcular el coste intra y extrahospitalario respectivamente. Por último, se realizó un análisis de sensibilidad univariante introduciendo un descuento del 100% en el P.V.L. de las HBPM.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 ensayos clínicos. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las tres variables analizadas. Tampoco se detectó ninguna fuente de inconsistencia en el análisis. La estancia hospitalaria media fue de 8,97 días y la estancia media postquirúrgica 7,43 días. Respecto al AMC, la heparina que presentó un coste más bajo por paciente fue la nadroparina (108 ± 19 €). Bemiparina fue la HBPM con un coste más elevado, 146 ± 5 €. Cuando se compararon las cuatro HBPM a P.V.L. y una de ellas con un descuento del 100 %, solo dalteparina (107 ± 7 €) presentó un precio similar a nadroparina.

CONCLUSIONES: Ninguna heparina demostró ser superior a otra en términos de eficacia y seguridad.

Los metaanálisis en red proporcionan información valiosa que puede utilizarse para la determinación de los equivalentes terapéuticos.

El AMC realizado muestra que el coste de tratamiento de las distintas HBPM comercializadas puede variar en un 35 % dependiendo de la heparina seleccionada.

695. TERAPIAS BASADAS EN SOFOSBUVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C. META-ANÁLISIS MEDIANTE MODELOS BAYESIANOS.

AUTORES: Pérez Pitarch A, Guglieri López B, Ferriols Lisart R.

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibañez, 17. Valencia. España

OBJETIVO: Realizar un análisis comparativo de la eficacia de las distintas terapias para hepatitis C que incluyen sofosbuvir mediante el desarrollo de un meta-análisis basado en modelos bayesianos de los ensayos clínicos publicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica para identificar todos aquellos ensayos clínicos fase III aleatorizados que incluyeran pacientes en tratamiento con sofosbuvir diagnosticados de hepatitis C. Se escogió el logaritmo neperiano del odds ratio de los pacientes que alcanzaron respuesta viral como variable dependiente del meta-análisis. Para ello, se recogieron los valores de porcentaje de pacientes que alcanzaron respuesta viral a cada tiempo, tanto durante como tras finalizar el tratamiento, y se construyó un modelo que describiera la evolución de esta variable con el tiempo teniendo en cuenta la variabilidad inter-estudio, inter-brazo y residual. Los datos fueron analizados empleando un análisis de regresión no lineal de efectos mixtos implementado en el aplicativo NONMEM v.7.3. 2) Una vez obtenido el modelo final, éste se empleó para simular 1000 ensayos clínicos con diez brazos de tratamiento en cada uno de ellos (100 pacientes por brazo) en una cohorte de pacientes no cirróticos con una carga viral media al inicio del tratamiento de $6,6 \log_{10}$ UI/mL.

RESULTADOS: 1) Se incluyeron 19 ensayos clínicos, con datos de 4945 pacientes tratados con: sofosbuvir más simeprevir ($n=167$); sofosbuvir más daclatasvir ($n=211$); sofosbuvir más ledipasvir ($n=2144$); sofosbuvir como único agente anti-hepatitis C ($n=2423$). Las variables predictoras de la respuesta fueron: la dosis total de sofosbuvir, la duración del esquema de tratamiento, el empleo de peg-interferon-alfa-2a (pegIFN), el porcentaje de pacientes con cirrosis y la carga viral media de los pacientes participantes al inicio del ensayo. La validación del modelo fue satisfactoria.

2) En los ensayos clínicos simulados la respuesta viral a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento fue de: 79,5% y 90,90% en los brazos con sofosbuvir durante 12 semanas sin y con pegIFN, respectivamente; 78,95% y 91,0% en los brazos con sofosbuvir durante 24 semanas sin y con pegIFN, respectivamente; 97,4% y 98,2% en los brazos con sofosbuvir más ledipasvir durante 12 y 24 semanas, respectivamente; 93,8 % y 96,4% en los brazos con sofosbuvir más daclatasvir durante 12 y 24 semanas, respectivamente; 77,45 % y 77,30% en los brazos con sofosbuvir más simeprevir durante 12 y 24 semanas, respectivamente.

CONCLUSIONES: El análisis comparativo ha mostrado que la combinación de fármacos que presenta un mayor porcentaje de respuesta viral a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento en la población simulada es sofosbuvir con ledipasvir. El modelo construido podría servir como herramienta para la comparación de la eficacia de las distintas terapias para hepatitis C que incluyen sofosbuvir en poblaciones con distintas características. Además, las simulaciones basadas en el modelo podrían permitir la optimización del diseño de nuevos ensayos clínicos.

284. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS POLIMEDICADOS

AUTORES: Arias Moya Ma, Forte Perez-Minayo M, Martin Gozalo Em, Pelegrin Torres P, Panadero Esteban Mi, Becares Martinez J.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Avenida Reyes Católicos. Madrid. España

OBJETIVOS: Descripción, análisis y valoración de la conciliación al ingreso hospitalario de pacientes ancianos (>75 años) y polimedicados (>6 fármacos) en Urgencias (URG) de un Hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional prospectivo de un mes que comparó la medicación habitual de los pacientes en URG que iban a ser hospitalizados, con la prescripción médica al ingreso. Se incluyeron pacientes con más de 75 años y 6 ó más fármacos habituales. La conciliación se hizo mediante entrevista al paciente o cuidador y consulta de la historia clínica electrónica y del sistema de historial médico electrónico de la Consejería de Sanidad de Madrid (Horus®). La medicación habitual se actualizó en la historia clínica electrónica y las discrepancias fueron comunicadas al médico. Se recogieron datos del número de pacientes, edad y fármacos conciliados, cantidad de discrepancias detectadas y número y tipo de errores de conciliación.

RESULTADOS: Se concilió la medicación de 58 pacientes, de ellos 38 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de estos pacientes fue de 83,9 años.

Se realizó entrevista al paciente o familiar/cuidador en el 71,8% de los casos.

El número total de fármacos conciliados fue de 386. Antes de la entrevista por el farmacéutico, la media de fármacos habituales por paciente registrados en el apartado de antecedentes en la historia clínica, fue de 8,6 fármacos. Después de la entrevista por el farmacéutico, la media de fármacos habituales por paciente registrados en el apartado de antecedentes en la historia clínica, fue de 9,8 fármacos.

El apartado de medicación habitual de la historia clínica electrónica tenía la fecha actualizada en el 66,7% de los casos (26 de 39 pacientes). De los 26 pacientes con fecha actualizada, solo 2 pacientes tenían realmente actualizada la medicación habitual (fármaco, dosis y pauta correcta).

El número de discrepancias fue de 238, siendo discrepancias no justificadas y por lo tanto errores de conciliación 61 de ellas.

El 55,3% de los pacientes presentó al menos 1 error de conciliación. El 36,8% de los pacientes presentó > 1 error de conciliación. La mediana de errores de conciliación por paciente fue de 3.

CONCLUSIONES: La conciliación del tratamiento al ingreso disminuye los errores de medicación, aumentando la seguridad del paciente. Los puntos clave para evitar estos errores son realizar un registro real en la historia clínica electrónica de la medicación habitual al ingreso y una correcta conciliación.

295. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: Del Pozo Ruiz JJ, Rodríguez Lage C, Ortega Valín L, Martín Pérez E.

Hospital San Juan de Dios de León. Avenida S. Ignacio de Loyola 73. León. España

OBJETIVOS: Cuantificación y evaluación de las intervenciones farmacéuticas realizadas en el Servicio de Urgencias (SUH), mediante un sistema integral informatizado de prescripción y gestión clínica.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Estudio realizado de Marzo a Diciembre de 2014 en el que el farmacéutico se encargó mediante el programa de prescripción electrónica de validar las prescripciones farmacológicas de todos los pacientes ubicados en el servicio y realizó las intervenciones que consideró oportunas. Por otro lado, realizó la conciliación de la medicación de los pacientes mayores de 65 años ubicados en el área de observación, para lo cual se sirvió de la historia clínica informatizada integrada en el programa de gestión y prescripción electrónica I-MDH de INDRA. También se llevó a cabo la conciliación en los pacientes pendientes de ingreso o en aquellos en los que el diagnóstico de ingreso pudo hacer sospechar de una reacción adversa a medicamentos.

RESULTADOS: Los datos recogidos corresponden a un periodo de 9 meses. Se obtuvo un registro de 514 episodios que corresponde a 473 pacientes, de los cuales el 54% fueron mujeres y cuya media de edad fue de 79 años. Se realizó la conciliación de 374 pacientes, llevándose a cabo 107 intervenciones en 91 pacientes. Se llevaron a cabo 89 intervenciones en 72 pacientes, es decir se intervino en el 19,23% de los pacientes registrados. No obstante, no se contabilizaron los cambios de horarios, ni los intercambios terapéuticos por mismo principio activo, ni los intercambios terapéuticos establecidos dentro de los grupos terapéuticos de IECA, estatinas, ARA II.

Según la clasificación ATC, la mayoría de las intervenciones se realizaron en fármacos pertenecientes al grupo aparato cardiovascular (40%), sistema respiratorio (15,2%), grupo del sistema nervioso (10,5%), tracto alimentario y metabolismo (9,1%), terapias genitourinarias (8,3%), terapia antiinfecciosa de uso sistémico (7,1%), sangre y órganos hematopoyéticos (5,1%), órganos de los sentidos (3,2%) y terapias hormonales (1,5%).

En el 87% de las intervenciones se modificó la prescripción, mientras que en el 7,5% estaba justificado el no modificar el tratamiento.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta que Urgencias es un servicio de entrada del paciente en el hospital, la integración del farmacéutico en el mismo puede ejercer su influencia sobre la prescripción médica antes de que el paciente sea ingresado en planta y/o sobre el tratamiento domiciliario en caso que no lo sea.

348. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DURANTE UNA ROTACIÓN EXTERNA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: García Martínez T, Liñana Granell C, Rodríguez Camacho Jm, Calderon Hernanz B, Vilanova Boltó M, Ferrando Piqueres R.

Hospital General Castellón. Avd. Benicasim, S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVOS: Evaluar la relevancia clínica de las Intervenciones Farmacéuticas (IF) realizadas por los Farmacéuticos Clínicos (FC) en un Servicio de Urgencias (SU) según la gravedad de los errores detectados y cuantificar dicha actividad asistencial. Analizar el tipo de intervenciones más frecuentes y el perfil de paciente y fármacos con mayor susceptibilidad de intervención.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las IF realizadas por los FC en un SU que atiende a una población de 250.000 habitantes durante un periodo de 5 meses (Enero-Mayo 2015) en el que dos residentes externos rotaron de forma alterna con el FC referente del área. Durante su horario laboral (lunes-viernes de 8am-3pm) los FC realizaron atención farmacéutica a los pacientes con tratamiento farmacológico a cargo del SU: validación de tratamiento, conciliación terapéutica y resolución de consultas. Variables de cada IF: sexo y edad del paciente, fármaco (grupo ATC), tipo de IF, gravedad del error asociado y evaluación de la intervención farmacoterapéutica realizado. La clasificación se realizó según la descrita por Overhage et al. Los datos se presentaron a través de frecuencias relativas.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 938 IF, en 563 pacientes (1,67 IF/paciente), 54,6% hombres, con una edad media 72 años. La gravedad de los errores fue significativa en 68,8% de los casos, siendo error serio en 5,1%, menor en 19,7% y sin error en 6,4%. Las IF más frecuentes fueron: omisión de un medicamento en la orden médica (21,4%), cambio de medicamento por intercambio terapéutico (15,3%), aumento de dosis (14,8%), disminución de dosis (10,2%) y fármaco no indicado (7,4%). Los grupos terapéuticos mayoritariamente implicados son N-Sistema nervioso (26%), C-Sistema cardiovascular (36,9%) y B-Sangre-Líquidos corporales y Nutrición (9,1%). El 63,9% de las IF se consideraron de relevancia clínica significativa/muy significativa, ya que las más frecuentes implicaban cambio de dosis (25,5%), inicio de tratamiento (22,4%), cambio de medicamento (17,6%) y suspensión de medicamento (11,8%).

CONCLUSIONES: Los FC identificaron una alta tasa de errores significativos e intervinieron para resolverlos con una relevancia clínica notable en la mayoría de los casos. Las intervenciones más significativas y frecuentes fueron sobre la no prescripción del tratamiento habitual necesario y la corrección de dosis erróneas. Existió una alta prevalencia de IF sobre pacientes mayores de 65 años con fármacos del grupo N y C, por lo que se podría priorizar las IF de este subgrupo en un futuro.

374. PRIMEROS PASOS DEL FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. COMPROMETIDOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Rodríguez Legazpi I, García Rivera MG, Iglesias Barreira R, García Verde MJ, Koprivnik - S, Rodríguez Penín I. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Avenida da Residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) son un elemento del sistema sanitario con un elevado riesgo de sufrir eventos adversos. El estudio EVADUR pone de manifiesto que un alto porcentaje de los eventos adversos que producen daño en el paciente están relacionados con los medicamentos.

OBJETIVO: Describir la puesta en marcha de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Farmacia (SF) y el SUH en un hospital de segundo nivel, para mejorar la seguridad del paciente formando parte de un equipo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo del trabajo de un farmacéutico tras su integración en el SUH desde el 01/06/2014. Tiempo de dedicación: 6 horas diarias, de lunes a viernes.

Se establecieron tres líneas principales de actuación: 1) Gestión de stock y dispensación de medicamentos (GSDM), 2) Gestión del riesgo y seguridad (GRS), y 3) Gestión farmacoterapéutica (GF).

RESULTADOS: Acciones llevadas a cabo en cada una de las líneas de trabajo:

1) GSDM: el SUH disponía de un stock pactado con el SF. Primera medida: actualización cualitativa y cuantitativa, adaptándose a las necesidades actuales del servicio. Para ello se revisaron los movimientos del último año y la tendencia de los tres últimos meses. De manera consensuada con la supervisora de enfermería de la unidad se incluyeron en el stock 22 especialidades farmacéuticas, se eliminaron 7 y se modificaron cuantitativamente 12.

2) GRS: con el fin de alertar a los profesionales sanitarios sobre el riesgo de los medicamentos de alto riesgo (MAR) se procedió a su señalización en el botiquín del SUH (según el listado publicado por el ISMP en el 2012). Se señalaron 48 MAR colocando una etiqueta roja identificativa en el lugar de almacenamiento de cada medicamento. Grupos terapéuticos mayoritarios: agentes inotrópicos intravenosos y agonistas adrenérgicos (n=7); heparinas y otros anti-coagulantes parenterales (n=7); insulinas intravenosas y subcutáneas (n=6).

3) GF: desde el inicio de la integración del farmacéutico, se revisan y validan las prescripciones médicas que llegan al SF, realizándose las recomendaciones farmacoterapéuticas pertinentes, conciliando los tratamientos domiciliarios previos al ingreso hospitalario y resolviendo las dudas del personal del SUH. Hasta el 31/12/2014 se realizaron 331 recomendaciones farmacoterapéuticas, el 65,6% (n=217) estaban relacionadas con problemas relacionados con la medicación (21,6%: necesidad de ajuste de dosis por insuficiencia renal; 16,1%: dosis incorrectas; 7,4%: medicamento no indicado; 7,4%: forma farmacéutica no adecuada; 7,4%: intervalo posológico no adecuado; 7,4%: prescripción incompleta; 32,7%: otros). Grado de aceptación: 75,8%. Se registró la conciliación del tratamiento domiciliario en la historia clínica electrónica de 56 pacientes.

CONCLUSIONES: En los SUH el farmacéutico juega un gran papel en el compromiso con la seguridad del paciente, siendo importante tanto la GF, como la GSDM (evitar el almacenaje de fármacos no incluidos en stock o sin movimientos) y la GRS (señalización de MAR).

El grado de aceptación de las recomendaciones realizadas fue elevado, de lo que se deduce que la figura del farmacéutico supone un valor añadido a la calidad asistencial del paciente.

Es necesario continuar implementando medidas que contribuyan a la seguridad, minimizando potenciales errores.

174. RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES: Iglesias Barreira R, Rodriguez Legazpi I, Koprivnik - S, Rodriguez Penin I.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avda. de la residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Describir las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas durante el proceso de conciliación y análisis de la prescripción (AP) en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado entre el 01/06/2014 y el 30/04/2015 en un hospital de segundo nivel. El Servicio de Farmacia realizó conciliación de la medicación (CM) y AP en los pacientes pendientes de ingreso a través del SUH de lunes a viernes en horario de mañana. Se realizó además validación de las solicitudes de medicación de aquellos pacientes atendidos durante este mismo periodo en el SUH. Se emplearon como fuentes de información: historia clínica electrónica, orden médica/petición de medicación, entrevista con paciente y/o cuidador si procedía y bases de datos de medicamentos. Se registraron y clasificaron las RF realizadas y se comunicaron al personal sanitario responsable del paciente. Finalmente se analizó y recogió información sobre la aceptación de las recomendaciones realizadas.

RESULTADOS: Se registraron un total de 480 RF en 359 pacientes. Dichas RF, ordenadas de forma decreciente fueron: CM (158; 32,9%), ajuste de dosis por insuficiencia renal (80; 16,7%), modificación de dosis/intervalo posológico (66; 13,8%), adaptación a guía farmacoterapéutica/protocolo (58; 12,1%), prevención de reacción adversa/reacción alérgica (17; 3,5%) prevención de interacción medicamentosa (16; 3,3%), modificación de forma farmacéutica/vía de administración (15; 3,1%), asociación incorrecta/duplicidad (15; 3,1%), monitorización farmacocinética (14; 2,9%), medicamento no indicado (10; 2,1%), otros (31; 6,5%). El porcentaje medio de aceptación fue del 81,2% (rango 30,4-100), correspondiendo el valor más bajo al proceso de CM. La media del grado de repercusión de las recomendaciones (aquellas que inciden directamente en la situación clínica del paciente, o que, aunque no inciden directamente, mejoran el cuidado del mismo) fue del 93,2% (38,7-100). El desglose de recomendaciones según el servicio del facultativo prescriptor fue: medicina interna (MI) (338; 70,4%), cirugía (53; 11,1%), traumatología (27; 5,6%), urgencias (25; 5,2%); urología (14; 2,9%), otros (23; 4,8%).

CONCLUSIONES: - La principal RF realizada fue la CM al ingreso hospitalario, reflejando la necesidad de elaborar una correcta anamnesis farmacoterapéutica en el SUH.

- La alta aceptación de las RF registradas resalta el papel desempeñado por el farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar. Sin embargo, la baja aceptación en el proceso de CM puede ser debida al estado de gravedad de los pacientes y a la priorización del tratamiento urgente de la patología aguda frente a su tratamiento habitual.

- El elevado porcentaje de RF que inciden en la situación clínica del paciente pone de manifiesto la importancia del farmacéutico en los SUH para disminuir los errores de medicación y detectar de forma precoz problemas relacionados con la medicación.

- La mayor parte de los pacientes sobre los que se hizo alguna recomendación estaban a cargo de MI, ya que la actividad del farmacéutico estaba centrada en los pacientes pendientes de ingreso, que principalmente están a cargo de este servicio.

CLASIFICACIÓN: VIH

869. CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEBIDOS A EFECTOS ADVERSOS Y SEGUIMIENTO DE LA EFICACIA VIROLÓGICA E INMUNOLÓGICA

AUTORES: Garcia Paricio R, Conde Estévez D, González Colominas E, Ferrández Quirante O, Carballo Martínez N, Luque Pardos S.

Hospital Del Mar (Consorci Parc De Salut Mar). Passeig Marítim 25-29. Barcelona. España

OBJETIVOS: Una de las causas principales de la modificación del tratamiento antirretroviral (TAR) es la aparición de efectos adversos (EA), hecho facilitado por la disponibilidad de fármacos con mejor perfil de tolerabilidad.

El objetivo de este estudio fue describir los cambios de TAR por EA en una cohorte de pacientes con infección por VIH. Asimismo se evaluó el impacto del cambio sobre los parámetros virológicos e inmunológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional realizado en una cohorte de 1.575 pacientes externos atendidos en un hospital universitario de tercer nivel durante el año 2014. Criterios de inclusión: pacientes VIH a los que se les modifica el TAR por la aparición de algún EA. Datos recogidos: demográficos, tipos de EA, fármacos implicados y fármacos nuevos que los sustituyen, carga viral (CV) y recuento de CD4 antes y después del cambio del TAR (6±2 meses).

Las variables cuantitativas se describen como media (desviación estándar). Se utilizó el test de Wilcoxon para datos apareados para comparar variables cuantitativas y la prueba de McNemar para variables cualitativas.

RESULTADOS: Pacientes VIH con cambio de TAR: 170 (10,8%); hombres: 84 (49,4%); edad: 47,9 (9,7) años.

Familia causante del EA: no análogos de nucleósidos: 58 (34,1%); inhibidores de la proteasa: 57 (33,7%); tenofovir: 42 (24,7%); análogos de nucleósidos: 11 (6,5%); inhibidores de la integrasa: 2 (1,2%).

Fármacos implicados: efavirenz: 43 (25,3%); tenofovir: 42 (24,7%); darunavir/ritonavir: 29 (17,1%); lopinavir/ritonavir: 12 (7,1%); atazanavir/ritonavir: 11 (6,5%); otros: 33 (19,3%).

Tipos EA: sistema nervioso central: 40 (23,5%); renal: 36 (21,2%); gastrointestinales: 36 (21,2%); dislipemia: 23 (13,5%); hepatobiliar: 8 (4,7%); lipodistrofia: 7 (4,1%); óseos: 6 (3,5%); hipersensibilidad: 5 (2,9%); otros: 9 (5,3%).

Fármacos sustitutos: rilpivirina: 58 (34,1%), abacavir: 36 (21,2%), darunavir/ritonavir: 18 (10,6%), etravirina: 11 (6,5%); otros: 47 (27,6%).

Número de pacientes con CV indetectable (< 20 copias/mL) antes y después del cambio de TAR: 141 (82,9%) frente a 144 (84,7%) (p: 0,572).

Recuento de CD4 antes y después del cambio de TAR: 669,8 (315,6) frente a 691,4 (321,4) (p: 0,151).

CONCLUSIONES: -La aparición de efectos adversos fue la causa de la modificación del tratamiento antirretroviral en más del 10% de los pacientes.

-Efavirenz y tenofovir fueron los fármacos que mayoritariamente originaron modificación del tratamiento antirretroviral por su asociación a efectos adversos a nivel del sistema nervioso central y renal, respectivamente.

-Tras la modificación del tratamiento se mantuvo la eficacia tanto clínica como virológica del tratamiento antirretroviral inicial.

96. EFECTO DE LOS MENSAJES CORTOS DE TEXTO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS.

AUTORES: Manzano Garcia M, Jimenez Galan R, Cantudo Cuenca Rm, Robustillo Cortes Mdl, Haro Marquez Ca, Morillo Verdugo Ra.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme. Carretera Cadiz S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Determinar la influencia del envío de mensajes de texto (SMS) recordatorios de citas programadas en la consulta de atención farmacéutica (CAF) en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH+.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del 1-enero-2009 al 31-diciembre-2013. Se incluyeron los pacientes naive VIH+ en seguimiento en la CAF de patologías víricas del servicio de farmacia de un hospital de especialidades.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad; carga viral plasmática (copias/mL), considerándose detectable si >20 copias/mL; niveles T-CD4+ (celulas/mm³); tipo de TAR (inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIAN) más inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN), ITIAN más inhibidor de la proteasa (IP) u otros); adherencia al TAR; falta de asistencia a las citas programadas en la CAF y la consulta médica (CM); si recibía o no SMS recordatorios. La adherencia se estimó mediante registros de dispensación definiéndose como adherente si el porcentaje de adherencia era ≥95%.

Las citas en la CAF se hacían coincidir con citas médicas y/o analíticas, potenciando el acto único. El sistema de envío de SMS se realizaba a través del programa Arsys® el día anterior a la cita y se le ofrecía de forma rutinaria a todos los pacientes VIH en seguimiento en la CAF.

Se realizó un análisis multivariante con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics® 22.0. La validez del modelo fue evaluada mediante el test de Hosmer y Lemeshow.

RESULTADOS: Se incluyeron 120 pacientes en el estudio, la mayoría (68.3%) hombres con una edad media de 47.2 años (DE:10.6).

La mayoría de los pacientes tenían carga viral indetectable (85.8%). La mediana de T-CD4+ fue 625.5 celulas/mm³ (IQR:457.0-788.0), siendo superior en aquellos pacientes clasificados como adherentes, 635.0 celulas/mm³ (IQR:489.3-826.6), frente a los no adherentes, 584.1 celulas/mm³ (IQR: 412.8-722.2). El TAR mayoritario fue aquel formado por dos ITIAN más un ITINN (42.5%).

En cuanto a las variables relacionadas con las citas, la falta de asistencia a la CAF se constató en 42 pacientes (35.0%), mientras que a la CM en 13 (10.8%). El número de pacientes que aceptó la recepción de SMS fue 62 (51.7%).

Según los registros de dispensación, 31 (25.8%) pacientes se clasificaron como no adherentes al TAR. La falta de asistencia a la CAF fue superior en no adherentes frente adherentes (41.9% vs. 32.6%). El porcentaje de pacientes que no recibieron SMS recordatorios fue mayor en el grupo de no adherentes respecto a adherentes (67.7% vs. 41.6%). La falta de asistencia a la CAF [OR=1.712 (1.051-2.791); p=0.031] y el no recibir SMS [OR=2.950 (1.145-6.993); p=0.014] se identificaron como variables independientes predictoras de no adherencia. En el resto de variables relacionadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En el análisis multivariante, la recepción de SMS mostró ser una variable predictora de adherencia [OR=0.347 (0.138-0.800); p=0.025]. El valor del test de Hosmer y Lemeshow confirmó la validez del modelo (P=0.445).

CONCLUSIONES: La recepción de mensajes de texto muestra una relación positiva con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes infectados por VIH.

476. FACTORES PREDICTIVOS DE NO PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA COHORTE DE PACIENTES VIH+ PSITAR.

AUTORES: Robustillo Cortés Mdla, Jimenez Galan R, Cantudo Cuenca Mr, Tortajada Goitia B, Rios Sanchez E, Morillo Verdugo R.

Hospital Univ. Virgen De Valme. Ctra. De Cádiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Determinar factores predictivos de no persistencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH+ naive incluidos en la cohorte PSITAR.

MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo multicéntrico. Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 18 años que iniciaron tratamiento antirretroviral en los hospitales pertenecientes a la cohorte PSITAR en los años 2011-2012. Se excluyeron pacientes en ensayos clínicos y en programas de acceso expandido de fármacos. Se recogieron variables demográficas: edad y sexo; variable clínicas: carga viral plasmática basal y recuento de linfocitos CD4; variables farmacoterapéuticas: tipo de régimen prescrito, régimen "single-tablet régimen"(STR) o "Less Drug Regimen"(LDR), índice de complejidad, adherencia al tratamiento (registros de dispensación y cuestionario SMAQ) y tiempo hasta la discontinuación y su causa.

Se clasificaron los pacientes según tratamiento recibido en 2ITIAN+ITINN, 2ITIAN+IP o ITIAN+InIn. Se definió persistencia como tiempo en semanas desde el inicio del tratamiento hasta su discontinuación debida a modificación del tratamiento o abandono por más de 90 días. El corte se realizó el 31/12/2013. Los datos se obtuvieron a través de la plataforma de recogida de datos de la Cohorte PSITAR (www.psitar.org). En el análisis estadístico realizado las variables cuantitativas se describieron en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central. El análisis de la persistencia se realizó a través de curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-meier y el test Log-Rank, considerando evento la presencia de no persistencia. Para la identificación de las variables predictoras de no persistencia se realizó una regresión de Cox multivariante. El tratamiento estadístico se realizó con el paquete SPSS 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 227 pacientes, 82.4% hombres con una media de edad de 40.0±11.3años. El 65.6% de los pacientes iniciaron tratamiento antirretroviral con 2ITIAN+ITINN seguido de un 28.2% con 2ITIAN+IP/R y un 6.2% con 2ITIAN+InIn. De los pacientes con valoración de la adherencia, el 78.1% de pacientes fue adherente. Un

43.2 % de los pacientes persistían con el mismo tratamiento inicial al final del periodo de observación. La mediana de tiempo hasta la discontinuación fue de 76.4 semanas (IC95%: 56.8-96.0) y las principales causas de discontinuación fueron: 70.6% por efectos adversos, 9.8 % por decisión médica, 7.8% por fracaso virológico, 1.0 % decisión del paciente y 10.8% por otras causas.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo hasta la discontinuación entre los grupos de tratamiento que cuentan como tercer fármaco un ITIIN frente a un IP/r. ($p=0.001$) siendo mayor el tiempo hasta la discontinuación en el grupo del ITIAN. En el análisis multivariante se incluyó además el índice de complejidad ($p<0,25$) pero la única variable que mostró relación estadísticamente significativa con la no persistencia fue el grupo de tratamiento confirmando así los datos obtenidos en el univariante.

CONCLUSIÓN: El único factor predictor de no persistencia al tratamiento es el tipo de tratamiento antirretroviral. Este hecho debe ser considerado a la hora de seleccionar el tratamiento óptimo para cada paciente.

665. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS, COMPLEJIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INFECCIÓN POR VIH

AUTORES: Retamero Delgado A, Echeverria Esnal D, De Antonio Cuscó M, Gonzalez Colominas E, Knobel Freud H, Luque Pardos S.

Parc de Salut Mar. Passeig Marítim, 25-29. Barcelona. España

OBJETIVOS: Con la aparición del tratamiento antirretroviral de gran eficacia (TARGA) se ha incrementado la esperanza de vida de los pacientes con VIH siendo cada vez más frecuente la presencia de pacientes con mayor complejidad. El objetivo fue comparar la complejidad del paciente (comorbilidades y tratamientos concomitantes) y del TARGA (efectividad, adherencia e interacciones farmacológicas) entre pacientes con edad ≥ 65 años con los de edad inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos-controles realizado en un hospital universitario de tercer nivel con 450 camas. De una cohorte de 1200 pacientes con VIH, se incluyeron casos con edad ≥ 65 años y controles de edad inferior en una ratio 1:1.

Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas), último valor de CD4 y carga viral (CV), comorbilidades (virus hepatitis B (VHB) y C (VHC), insuficiencia renal (IR) y hepática (IH), neoplasia, diabetes mellitus (DM), dislipemia, enfermedad cardiovascular (CDV) o psiquiátrica), TARGA, medicación concomitante, potenciales interacciones farmacológicas y adherencia.

La detección y clasificación de la gravedad de las interacciones se realizó mediante la base de datos de la Universidad de Liverpool.

La adherencia fue calculada mediante registro de dispensaciones de farmacia, recuento de comprimidos y entrevista personalizada. Se consideraron adherentes los pacientes con adherencia $>90\%$.

Resultados expresados en media (SD) o mediana (Q1-Q3) para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Estudio estadístico realizado mediante prueba chi-cuadrado (test exacto de Fisher) para cualitativas y prueba t-student para cuantitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron 72 pacientes ≥ 65 años (6,0% cohorte total) y 72 controles.

Características de casos versus controles:

Hombres (81,9% vs 79,2%; $p=0,674$), edad (71,4 vs 41,5; p

Comorbilidades: VHB (2,8% vs 6,9%; $p=0,237$), VHC (5,6% vs 33,3%; $p<0,001$).

TARGA: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las diferentes familias. En cambio, sí en el % de pacientes con régimen de pastilla única (STR): 16,7% vs 43,1% ($p=0,001$).

Pacientes con fármacos concomitantes: 97,2% vs 58,3% ($p<0,001$); nº fármacos/paciente: 5 (3-8) vs 1 (0-3), ($p<0,001$).

En 75,0% vs 38,9% (p

Pacientes no adherentes: 1,4% vs 12,5% ($p=0,009$).

CONCLUSIONES: - Los pacientes con edad ≥ 65 años presentaron una mayor frecuencia de comorbilidades como IR, DM, dislipemia o CDV. Contrariamente, la coinfección por VHC, la enfermedad psiquiátrica y el consumo de tóxicos fue superior en el grupo más joven.

- Se utilizó una mayor proporción de STR en el grupo de pacientes jóvenes.

- El mayor número de fármacos concomitantes al TARGA en estos pacientes dio lugar a un mayor número de potenciales interacciones farmacológicas, sobretudo moderadas.

- Este grupo poblacional presentó mejor adherencia y mayor eficacia virológica del TARGA.

1111. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ACTIVO. ESTUDIO INFAMERICA

AUTORES: Morillo Verdugo R, Jiménez Galán R, Montes Escalante Im, Cid Silva P, Martín Conde M, Cantudo Cuenca Mr.

Hospital De Valme. Carretera De Cádiz S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Determinar la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico al paciente VIH con riesgo cardiovascular (RCV) moderado o alto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, multicéntrico y aleatorizado, de intervención sanitaria estructurada realizado entre Enero'2014-Junio'2015. Se incluyeron pacientes VIH+, mayores de 35 años, con tratamiento antirretroviral activo, que tuvieran prescrito, al menos, un medicamento con indicación para: hipertensión arterial, dislipemia, angina, profilaxis cardiovascular o diabetes tipo-2. Asimismo, debían tener una valoración de RCV, medido por índice Framingham, moderada o alta. Se excluyeron todos aquellos que no cumplieran estas características.

Los pacientes se aleatorizaron al grupo control: seguimiento farmacoterapéutico habitual realizado de forma sistemática en consultas de pacientes externos de los centros participantes, o, grupo intervención: donde se realizó una atención farmacéutica intensiva destinada a disminuir el RCV incluyendo seguimiento farmacoterapéutico de toda la medicación prescrita, prevención intensiva de PRM, realización de recomendaciones higiénico-dietéticas en cuanto a la mejora de la dieta, práctica de ejercicio y abandono del hábito tabáquico. Como información de apoyo se entregó a los pacientes trípticos informativos sobre prevención del RCV y envío periódico de SMS (semanalmente durante el primer mes, y posteriormente de manera mensual) con contenidos relacionados con hábitos de vida saludable y promoción de la salud.

Se recogieron variables farmacoterapéuticas, clínicas, analíticas y de hábitos de vida en las semanas 0 (S0), 12, 24 (S24), 36 y 48. Para valorar la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico se determinó el porcentaje de pacientes que obtuvieron una reducción en el índice de riesgo cardiovascular calculado según la clasificación de Framingham en la S24. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cualitativas con porcentajes y las cuantitativas con la media y desviación típica o mediana y percentiles, para variables asimétricas. Se aplicó la t de Student para muestras apareadas o la prueba de Wilcoxon para variables cuantitativas y el test de Mc Nemar para variables cualitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 44 pacientes, 95.3% hombres, con una mediana de edad de 53.5 (IQR: 50.0-62.5 años). El 97.5% de ellos partía basalmente con carga viral plasmática indetectable.

El porcentaje de pacientes con RCV alto en S24 fue significativamente inferior a S0 (74,4% vs 90,7%; $p=0,016$). Tanto en el grupo intervención como en control se observó un descenso en la proporción de pacientes con RCV alto en S24: 88% (S0) y 72% (S24) vs 94,1% (S0) y 76,5% (S24), respectivamente.

El consumo de tabaco en S24 se redujo significativamente con respecto a S0 (67,4% vs 83,3%; $p=0,016$), observándose principalmente este descenso en el grupo intervención (52,0% vs 75,0%) frente al observado en el grupo control (88,2% vs 94,1%). El valor de HDL-colesterol también mejoró respecto al valor basal: 47.2 vs 43.9 ($p=0,04$), siendo este aumento similar tanto en el grupo intervención como en el control. El resto de parámetros analizados no fueron significativos.

CONCLUSIONES: El seguimiento farmacoterapéutico intensivo en pacientes con RCV moderado-alto mejora los hábitos de vida y parámetros clínicos de seguimiento a estos pacientes.

COMUNICACIONES PRESENTADAS TIPO PÓSTER

COMUNICACIONES PRESENTADAS TIPO PÓSTER

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

592. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Muñoz García I, Lacruz Guzmán D, Guerrero Baustista R, García Lagunar Mh, García Simón Ms, Martínez Fernández L.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/Mezquita S/N Paraje De Los Arcos 30202. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital de tercer nivel y propuesta de mejora de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional en el área de dispensación a pacientes externos de un servicio de farmacia. A través del programa de gestión farmacéutica (SAVAC®) se obtuvo el listado de pacientes, pertenecientes al Servicio de Medicina Infecciosa, que no habían recogido medicación en los últimos 3 meses. Mediante el programa de historias clínicas del hospital (Selene®) y el de gestión farmacéutica se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tratamiento, fecha de la última dispensación, fecha de fallecimiento, fecha de último informe clínico, nota de observación farmacéutica y recogida de medicación tras la intervención farmacéutica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se obtuvieron un total de 74 pacientes (79,9% hombres). De los pacientes identificados, 21 (28%) no estaban en tratamiento antirretroviral para el VIH, 13 (18%) habían fallecido, 10 (13%) fueron dispensaciones puntuales de tratamiento antirretroviral a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas o países extranjeros no pertenecientes al área de salud del estudio, 2 (3%) fueron pacientes con medicación acumulada, 2 (3%) pacientes fueron tratamientos profilácticos post-exposición al VIH y 26 (35.15%) fueron considerados pacientes no adherentes. El 66,6 % de los pacientes identificados como no adherentes eran hombres con una edad media de 46,5 años. De estos pacientes, 14 (53.85%) no presentaron ningún proceso clínico en Selene® en los 3 meses anteriores a la realización del estudio. A 7 pacientes no adherentes se les realizó una intervención farmacéutica a través del formulario "nota" de Selene®, comunicando al clínico el tiempo que el paciente estuvo sin medicación, la fecha de la última dispensación, y comentarios sobre la adherencia al tratamiento. Tras las intervenciones, 3 pacientes considerados no adherentes recogieron la medicación antirretroviral en el Servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES: La adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico en el tratamiento para el VIH. El apoyo emocional, la capacidad para incluir la medicación en las actividades de la vida diaria y la comprensión de la importancia del cumplimiento terapéutico son factores que predicen una adherencia correcta. Además, la calidad en la ejecución del tratamiento prescrito, el acceso y el mantenimiento del mismo son esenciales para su éxito. Debido a los resultados del estudio se considera necesario obtener trimestralmente un listado de pacientes que no hayan ido al Servicio de Farmacia a recoger la medicación en los tres meses anteriores con el fin de detectar a los pacientes incumplidores e incorporar en su historia clínica un aviso que puede ser visualizado por todos los facultativos implicados en la enfermedad del paciente, con el fin de favorecer la comunicación entre el Servicio de Farmacia y otros Servicios Clínicos, optimizando el tratamiento antirretroviral.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

802. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Sánchez Gundín J, Gómez Romero L, Recuero Galve L, Flor García A, Gómez Moreno I, Barreda Hernández D.

Hospital Virgen de la Luz. Calle Hermandad donantes de sangre. Cuenca. España

OBJETIVO: Conocer la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (EM) en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME). Se ha definido adherencia como el grado de cumplimiento con el régimen terapéutico prescrito, estimándose que solo un 50% de pacientes con enfermedades crónicas son adherentes y concretamente en EM entre el 61.5 y 83 %.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de EM en tratamiento con FME (interferon beta 1a intramuscular, interferon beta 1b subcutáneo, acetato de glatirámico, fingolimod, dimetil-fumarato y teriflunomida) en un hospital general de segundo nivel.

Periodo de estudio: enero 2013-mayo 2015. Los datos de adherencia fueron recogidos mediante la entrevista personalizada a cada paciente y el programa de dispensación a pacientes externos (Farmatools®). Las tasas de adherencia se cuantificaron mediante el índice de posesión de medicación (IPM), definiéndose como la relación entre las dosis

de fármaco dispensadas, o cobertura teórica, y las dosis necesarias, o cobertura real, tomando como referencia la siguiente vez en que el paciente acude a recoger medicación.

Se dividieron las tasas de adherencia en los distintos años (enero-diciembre 2013, enero-diciembre 2014, enero-mayo 2015) y se recogieron los cambios y finalizaciones de los distintos FME.

Se consideró adherentes a los pacientes con IPM superior o igual a 80%.

RESULTADOS: En el periodo enero-diciembre 2013, 77 pacientes fueron tratados con FME: 35% interferon beta 1a intramuscular (adherencia 98%); 24% interferon beta 1a subcutáneo (98% adherencia); 14% interferon beta 1b (adherencia 100%); 19% acetato de glatirámero (adherencia 98,51%); 8% fingolimod (99% adherencia). Media adherencia anual: 99%.

En el periodo enero-diciembre 2014, 80 pacientes estuvieron en tratamiento con FME: 35% interferon beta 1a intramuscular (adherencia 99%); 23% interferon 1a subcutáneo (98% adherencia); 8% interferon beta 1b (adherencia 100%); 22% acetato de glatirámero (99% adherencia); 12% fingolimod (100% adherencia). Media adherencia anual: 99%.

Finalmente, en el periodo enero-mayo 2015, 82 pacientes fueron tratados con FME: 29% interferon beta 1a intramuscular (adherencia 99%); 22% interferon 1a subcutáneo (98% adherencia); 6% interferon beta 1b (adherencia 97%); 17% acetato de glatirámero (98% adherencia); 17% fingolimod (98% adherencia); 4% dimetilfumarato (96% adherencia); 5% teriflunomida (adherencia 100%). Media adherencia por 5 meses: 98%.

En 2014 frente a 2013 hubo 10 cambios de FME y 6 finalizaciones de tratamiento y en 2015 frente a 2014, 12 y 2 respectivamente.

DISCUSIÓN: La adherencia es fundamental para conseguir un resultado terapéutico óptimo y se ha asociado a una mejor evolución y a una disminución del gasto sanitario. En EM las adherencias son muy variables (60-90%) considerándose altas las tasas de este estudio. A diferencia de otras publicaciones, no se ha comprobado en dicho estudio que la adherencia disminuya con el paso del tiempo y las altas cifras de adherencia corroboran que la consulta de atención farmacéutica al paciente externo constituye una herramienta para la optimización de la farmacoterapia.

Respecto a los fármacos dimetilfumarato y teriflunomida, recientemente comercializados, el bajo número de pacientes y el breve periodo de seguimiento obligan a valorar con cautela los resultados.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

360. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÓNICOS MAYORES POLIMEDICADOS

AUTORES: Calvo Cidoncha E, González Bueno J, Cantudo Cuenca Mr, Guzmán Ramos Mi, Sánchez Hidalgo M, Santos Ramos B.

Hospital Ntra. Sra. De Valme. Ctra. Cadiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVO: Determinar el perfil de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos ≥ 65 años y secundariamente, analizar las causas de no adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años, con ≥ 3 enfermedades crónicas y con criterio de polimedicación (≥ 5 medicamentos) ingresados en una unidad de medicina interna entre Febrero 2015 y Abril 2015. Se recogieron las siguientes variables: demográficas, número de fármacos prescritos, adherencia al tratamiento domiciliario previo al ingreso y causas de no adherencia. La adherencia al tratamiento se estableció mediante el cuestionario de Morisky et al. Dicho cuestionario cuenta con 4 preguntas si (0 puntos)/no (1 punto) que reflejan una mayor adherencia a mayor puntuación. Se consideraron adherentes aquellos pacientes con puntuación 4. Las causas de no adherencia se establecieron con el cuestionario ARMS (Kripalani et al. 2008). Este cuestionario consta de 12 ítems y está dividido en dos subescalas enfocadas a detectar problemas de adherencia relacionados con la administración de medicación o con la adquisición de la medicación respectivamente. Los datos se recogieron mediante entrevista directa con el paciente. El análisis se llevo a cabo con el paquete estadístico SPSS-20.

RESULTADOS: se incluyeron 72 pacientes, siendo la edad media 79 ± 5 años y 36 (50%) varones. El número medio de medicamentos prescritos fue 12 ± 6 . 25 (34,7%) pacientes fueron considerados no adherentes (puntuación según el cuestionario de Morisky et al: 9 (12,5%) pacientes 2 puntos, 16 (22,2%) 3 puntos y 47 (65,3%) 4 puntos). De los pacientes no adherentes, 15 (60%) fue por razones relaciones con la administración de la medicación. Los 10 restantes (40%), se clasificaron no adherentes por motivos relacionados con la administración y adquisición de la medicación. La mediana de motivos diferentes de no adherencia por paciente fue 3 (IQR: 2-4). Las causas de no adherencia relacionadas con la administración fueron: 18 (72%) pacientes por olvido, 8 (32%) por decisión propia, 8 (32%) por no tomar la medicación al encontrarse mal, 6 (24%) por modificar la dosis prescrita, 2 (8%) por no tomar

la medicación al encontrarse bien. Respecto a las causas de no adherencia relacionadas con la adquisición fueron: 8 (32%) pacientes por olvidar recoger las recetas, 5 (20%) por quedarse sin medicación y 2 (8%) por no comprar el medicamento debido a su coste.

CONCLUSIONES: la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos ≥ 65 años y polimedicados es elevada. La naturaleza de la falta de adherencia es multicausal. Esto justifica la necesidad de individualizar las estrategias para la mejora de la adherencia.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

753. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HORMONA DE CRECIMIENTO CON DISPOSITIVO ELECTRÓNICO

AUTORES: Ortega García MP, Blasco Segura P, Alcon Saez JJ, Sanfeliu García J, Saval Victoria AC, López Pérez FJ. Consorcio Hospital General Universitario. Av/Tres cruces nº 2. Valencia. España

OBJETIVOS: El objetivo principal fue determinar el grado de adherencia de los pacientes pediátricos en tratamiento con hormona de crecimiento asociado a dispositivo electrónico, así como tratar de determinar la evolución de la misma desde el año 2011 y establecer posibles factores determinantes en el cumplimiento y el crecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se recogieron datos de pacientes pediátricos en tratamiento con hormona de crecimiento con dispositivo electrónico desde que iniciaron el uso del dispositivo (los primeros en 2011) y hasta mayo 2015 o finalización de tratamiento. La fecha de nacimiento, la fecha de inicio y la adherencia se obtuvieron del software donde se vuelcan los registros de administración cada vez que el paciente acude al Servicio de Farmacia (SF) a recoger la medicación. Los datos de diagnóstico, talla al inicio y al fin del tratamiento o del seguimiento se obtuvieron de la historia clínica. Se realizó un análisis estadístico de los datos para determinar la influencia en la adherencia y en el crecimiento de factores como el sexo, la edad del paciente al comienzo del tratamiento o su diagnóstico. Asimismo, se analizó la evolución en la adherencia a lo largo de los años de tratamiento. La tendencia central se expresó con la mediana y la dispersión con el percentil 25 y 75.

RESULTADOS: 25 pacientes (13 hombres, 12 mujeres), 10 con déficit de GH y 12 con talla baja idiopática, 12 iniciaron tratamiento antes de los 12 años. La adherencia fue muy elevada, con una mediana de 96,2% (90,7%-97,8%). Tan sólo un 4% de los mismos mostraron valores por debajo del 80% de cumplimiento. No hubo diferencias por sexo, diagnóstico o edad al inicio del tratamiento. La mediana de crecimiento en cm/mes fue de 0,54 (0,48-0,6). Se observaron diferencias por sexo con un mayor crecimiento en hombres (hombres: 0,59cm/mes (0,53-0,62) vs mujeres: 0,50cm/mes (0,41-0,55)) y en función de la edad de inicio del tratamiento, los que comenzaron la terapia antes de los 12 años presentaron mayores valores de crecimiento respecto de aquellos que lo comenzaron después (0,59cm/mes (0,54-0,67) vs 0,5cm/mes (0,37-0,54)). Por último, a partir de los datos disponibles se extrae que el cumplimiento se ha visto incrementado notablemente en los últimos dos años en comparación con 2011 y 2012 (2011: 92,4%, 2012: 93,3%, 2013: 96,6%, 2014: 97,8%).

CONCLUSIONES: La adherencia en los pacientes tratados con hormona de crecimiento asociada a dispositivo electrónico se sitúa, en la práctica totalidad de los casos, en valores superiores al 80% y en muchos de ellos cerca del 100%. Del mismo modo, se deduce que, el comienzo del tratamiento a edades más tempranas da lugar a valores de crecimiento mayores. Por último, el incremento en los datos de cumplimiento en los últimos años puede asociarse al volcado de datos del dispositivo que se realiza activamente en el SF desde julio de 2013. Si bien este análisis obtiene una tendencia clara en los resultados, la validez de este análisis ha de corroborarse con datos de un mayor conjunto muestral.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1130. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Bustos Morell C, Gonzalez Alvarez A, Allue Fantova N, Gastón Añaños JF, Labrador Andujar N. Barbastro. Ctra N240. Huesca. España

OBJETIVO: Comparar la adherencia al tratamiento para la Esclerosis Múltiple entre un fármaco vía oral (fingolimod) y el fármaco modificador de la enfermedad (FME) vía parenteral -subcutánea ó intramuscular- previo de cada paciente, para analizar si existen diferencias de adherencia relacionadas con las vías de administración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en dos hospitales de Aragón. Se consideró como población de estudio a todos los pacientes tratados con fingolimod en el último año y se comparó la adherencia de éste tratamiento y de

su FME previo. Para ello, se revisaron los registros de recogida de medicación en el módulo de pacientes externos de la aplicación Farmatools® 2.5. Se definió el porcentaje de adherencia para el fármaco oral como el cociente entre el número de comprimidos dispensados y el número de días de tratamiento y en el caso de las formas sc/im la duración estimada del envase dispensado/número de días de tratamiento. La prueba Shapiro-wilk se usó para el contraste de normalidad y el análisis comparativo de las medianas de adherencia se llevó a cabo mediante la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para muestras relacionadas. El análisis de los datos se realizó mediante programa estadístico PASW Statistics 18.0.

RESULTADOS: Se recogieron datos de 21 pacientes, 5 hombres (22.80%) y 16 mujeres (76.20%), con una media de edad de 43.2 años. La media de número de FME previos desde el diagnóstico fue de 1.6 tratamientos previos. En cuanto al FME inmediatamente anterior a la utilización de la forma oral el 38.10 % estaba tratado con interferon beta 1b subcutáneo, el 23.81% con acetato de glatirámico, el 23.81% fue tratado con interferon beta 1a intramuscular y el 14.29% con interferon beta 1a subcutáneo.

La adherencia al tratamiento oral fue del 98.76% con una permanencia media de 429 días. La adherencia al FME previo fue de 99.47% (con una permanencia media de 1291 días. En cuanto al análisis intrasujeto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.629$).

Los datos descriptivos desglosados por centros fueron:

Hospital 1: 11 pacientes tratados con fingolimod (63.6% mujeres), adherencia a la forma oral 97.47%, permanencia media 459 días, adherencia al tratamiento previo 99.47% permanencia media 1729 días, media del número de tratamientos (FME) previos vía sc desde el diagnóstico 1.63.

Hospital 2: 10 pacientes tratados con fingolimod (90% mujeres), adherencia a la forma oral 97.28%, permanencia media 396 días, adherencia al FME previo 99.35% permanencia media 810 días, media del número de tratamientos (FME) previos desde el diagnóstico 1.60.

CONCLUSIONES: Los porcentajes de adherencia en los dos grupos comparados fueron similares, no existiendo diferencias estadísticamente significativas cuando se utilizaba la forma oral o la forma sc/im. Sería necesario un mayor tamaño muestral y datos de permanencia similares entre ambos tratamientos para obtener resultados más consistentes.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

527. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA CON ANTIPSICÓTICOS PARENTERALES DE LARGA DURACIÓN

AUTORES: Yañez Rubal Jc, Martínez López Lm, Ramudo Cella L, Zas García Mi, Lestón Vázquez M, Martín Herranz I. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Las Jubias S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico se considera la estrategia más eficaz a largo plazo para reducir el riesgo de recaídas en pacientes esquizofrénicos. Se describe la implantación de un programa de adherencia de antipsicóticos parenterales de larga duración (APLD) en las Unidades de Salud Mental (USM) y se evalúan los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se constituyó un grupo de trabajo formado por representantes de dirección médica, enfermería, farmacia y psiquiatría del área sanitaria (atención primaria y especializada). Se elaboró un programa de seguimiento de la adherencia con APLD que implica a los Centros de Salud y a las USM del área sanitaria (553.490 hab). En cada centro se establece un stock adecuado al número de pacientes con APLD, de que forma que el paciente no necesita ir a la oficina de Farmacia para adquirir el medicamento sino que es el Servicio de Farmacia del Hospital (SFH) quien los adquiere y dispensa a los centros donde el personal de enfermería procede a su administración y posterior registro en la historia clínica electrónica (IANUS®). La reposición del stock la realiza la enfermería a través de un vale electrónico (SINFHOS®) al SFH. En el SFH hay un farmacéutico responsable del registro y seguimiento de los pacientes de las USM con APLD incluidos en el programa. Los inicios o cambios de tratamiento son comunicados por enfermería y/o psiquiatras de las USM al SFH a un correo electrónico habilitado al efecto. Analizando la historia clínica del paciente en IANUS se obtienen los datos poblacionales de los pacientes, diagnósticos y adherencia. A través de la base de datos del SFH se obtienen los datos sobre los APLD (tipo, dosis/intervalo). Los datos económicos se extraen de BOTPLUS® del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos así como del sistema de gestión del SFH (SINFHOS®).

RESULTADOS: El número de pacientes de las 4 USM incluidos en el programa es de 323 (198 hombres; 125 mujeres) con una edad de 47 ± 12 (20-80) años. Los diagnósticos principales son: Esquizofrenia 62,8% de los pacientes, Trastorno psicótico sin filiar 9,3%, Trastorno bipolar 7,4%, Trastorno esquizoafectivo 6,2%, Trastorno delirante crónico

6,2%, Otros 8,1%. Porcentaje de pacientes según APLD: Zuclopentixol decanoato (7,4%), Flufenazina decanoato (13,6%), Risperidona (18,6%) y Paliperidona palmitato (60,4%).

La implantación del programa mejoró la adherencia en un 5,7% de los pacientes; actualmente el 96,3% de los pacientes cumplen el tratamiento. El ahorro económico para el sistema sanitario, derivado de dispensar los APLD desde el SFH frente a que el paciente los adquiera en la oficina de farmacia, es de 27.029 €/mes.

CONCLUSIONES: 1/ Tras la implantación del programa se observa un aumento del número de pacientes cumplidores (+5,7%).

2/ El asumir la adquisición de los APLD por parte del SFH redundará en una mayor eficiencia del sistema sanitario al disminuir en 27.029 €/mes el coste de los APLD.

3/ Alta utilización de APLD en indicaciones fuera de ficha técnica (37%).

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

150. DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA FACTIBLE PARA SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

AUTORES: González Bueno J, Rodríguez Pérez A, Calvo Cidoncha E, Martínez Turrión J, Pérez Guerrero Mc, Santos Ramos B.

Hospital Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es diseñar una estrategia para la mejora de la adherencia en el paciente pluripatológico (PP) factible para su aplicación en la práctica clínica.

MÉTODO:

1º Revisión de revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos aleatorizados. Se consultaron (Septiembre 2013): Pubmed, EMBASE, the Cochrane Library, CRD y WOS para identificar intervenciones eficaces en la mejora de la adherencia evaluadas en PP, crónicos polimedicados (≥ 5 medicamentos) y/o pacientes con patologías definitorias de pluripatología.

2º Metodología Delphi-RAND/UCLA, en 2 rondas (Junio-Diciembre 2014). Once expertos (internistas, médicos de familia, farmacéuticos de hospital y primaria) puntuaron los escenarios (=intervenciones) identificados en la búsqueda bibliográfica previa con objeto de valorar la factibilidad de su aplicación en PP en el contexto de la práctica clínica. Las respuestas tras las dos rondas se procesaron según criterios de acuerdo (acuerdo, indeterminado, desacuerdo) y adecuación (adecuado, dudoso, inadecuado).

RESULTADOS: 1º Se recuperaron 566 artículos siendo finalmente seleccionadas 9 RS. Ninguna de ellas se centraba en PP.

2º Se definieron 33 escenarios agrupados en 3 capítulos: intervenciones educativas, conductuales y otros aspectos prácticos de interés. En la primera ronda se alcanzó el acuerdo respecto a la factibilidad de 5 escenarios, considerados todos ellos adecuados. En 25 escenarios el acuerdo fue indeterminado: 11 escenarios con adecuación dudosa y 14 con adecuación adecuada. Se mostró desacuerdo en 3 escenarios, todos ellos con adecuación dudosa. En la segunda ronda se puntuaron 14 escenarios (escenarios con adecuación dudosa en la primera ronda). Se alcanzó el acuerdo en uno de ellos, considerado adecuado. El acuerdo fue indeterminado en 11 (5 adecuados y 6 dudosos). Hubo desacuerdo en 2 escenarios, ambos con adecuación dudosa.

Se consideró factible en el PP la aplicación en la práctica clínica de una estrategia combinada estándar o individualizada constituida por una intervención inicial y posterior de refuerzo (telefónica) que englobara los siguientes componentes:

- Educativo: sesión individual (incluyendo en su caso al cuidador) de duración inferior a 30 minutos, realizada por un farmacéutico, médico o enfermera. Debe proporcionarse información de la relación adherencia-efectividad, indicación de cada medicamento y prevención y/o detección de problemas relacionados con la medicación.
- Conductual: disminución de la complejidad farmacoterapéutica mediante simplificación posológica y adaptación de los esquemas posológicos a los hábitos de vida; entrega de un sistema personalizado de dosificación y un listado/gráfico con la farmacoterapia; posibilidad de contacto reactivo con el profesional sanitario y proactivo por parte de éste para la detección de incidencias relacionadas con la farmacoterapia.

CONCLUSIONES: La ausencia de evidencia directa condiciona el empleo del panel de expertos como herramienta para el diseño de una estrategia para la mejora de la adherencia en el PP factible en la práctica clínica. La información proporcionada por esta herramienta es de gran interés para su posterior validación en el ámbito de la práctica asistencial.

148. EFICACIA DE INTERVENCIONES DE DISTINTA NATURALEZA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA APLICABLES AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

AUTORES: González Bueno J, Calvo Cidoncha E, Vega Coca Md, Rodríguez Pérez A, Toscano Guzmán Md, Santos Ramos B.

Hospital Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Conocer la eficacia de intervenciones de distinta naturaleza destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento aplicables al paciente pluripatológico (PP). Secundariamente, analizar la robustez de los resultados en función del riesgo de sesgo de las fuentes consultadas así como de la fragilidad de las poblaciones consideradas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Resumen de revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos aleatorizados. Se consultaron (Septiembre 2013): Pubmed, EMBASE, the Cochrane Library, CRD y WOS para identificar intervenciones eficaces en la mejora de la adherencia aplicadas a PP, o en su defecto, polimedicados (≥ 5 medicamentos) o pacientes con patologías definitorias de pluripatología (PPDP), o sea, aquellos con patologías incluidas en cualquiera de las ocho categorías de pluripatología del Proceso Asistencial Integrado Andaluz de Atención al Paciente Pluripatológico. La estrategia de búsqueda incluyó términos descriptores de adherencia (compliance, persistence, adherence, dropouts), de la población en estudio (polypharmacy, chronic disease, multiple chronic conditions, frail elderly, polypathological) y del diseño del estudio (meta-analysis, systematic review).

Las intervenciones se agruparon según su naturaleza mediante la clasificación de Peterson et al. (conductuales, educativas o combinadas). Su eficacia se expresó como el porcentaje de ensayos clínicos incluidos en cada RS en los que se observó una mejora en la adherencia. Secundariamente, se realizó un análisis de sensibilidad restringido a aquellas RS con menor riesgo de sesgo (≤ 2 ítems puntuados negativamente según la escala AMSTAR) así como a aquellas con mayor representación de pacientes frágiles (RS en las que todos los pacientes fueran PPDP, polimedicados o pacientes con tres o más patologías crónicas).

RESULTADOS: Se localizaron un total de 566 referencias cumpliendo 9 de ellas los criterios de elegibilidad. Ninguna RS se centraba específicamente en PP. Si incluían pacientes con múltiples patologías crónicas (2 RS) o polimedicados (3 RS). Todas ellas incluían PPDP.

No se observaron diferencias de eficacia relevantes entre las intervenciones de distinta naturaleza. La mediana de eficacia fue del 50% (rango 44-75) para las intervenciones combinadas y del 53% para las intervenciones tanto conductuales (rango 0-100) como educativas (rango 0-100). Estas dos últimas tuvieron una gran dispersión de sus datos dada la escasa representatividad de las mismas en varias de las revisiones incluidas.

El análisis de las revisiones con menor riesgo de sesgo proporcionó resultados próximos a los anteriormente descritos para las intervenciones combinadas (51%, rango [44-57]) y conductuales (43%, rango [33-53]). Se observaron resultados superiores para las intervenciones educativas (78%, rango [55-100]). La eficacia de las intervenciones combinadas se mantuvo constante cuando se consideraron aquellas RS que incluían una mayor representación de pacientes frágiles (50% [50-75]). Esta eficacia no pudo valorarse adecuadamente para las intervenciones conductuales y educativas dado el escaso número de revisiones en las que éstas eran incluidas.

CONCLUSIONES: Las intervenciones para la mejora de la adherencia aplicables al PP muestran una eficacia modesta independientemente de su naturaleza. No se observan diferencias relevantes al considerar RS de mayor calidad metodológica, con excepción de las intervenciones educativas, asociadas con una mayor eficacia. Asimismo, no se aprecian modificaciones en la magnitud del efecto en poblaciones más frágiles.

532. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CINACALCET, EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

AUTORES: Nozal Fernández G, Gasó Gago I, Escudero Vilaplana V, Calleja Hernández MA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Avda de las Fuerzas Armadas S/N. Granada. España

OBJETIVOS: El hiperparatiroidismo secundario (HPTS) es una comorbilidad asociada a enfermedad renal crónica, que afecta a pacientes en estadios avanzados de la misma. Cinacalcet está indicado en el tratamiento del HPTS en pacientes en diálisis, para mantener los niveles bioquímicos de PTH, Calcio y Fósforo dentro del rango que recomiendan las principales guías de tratamiento. La no adherencia es la principal causa de ineffectividad del tratamiento con cinacalcet en pacientes con HPTS. Por tanto, aun cuando cinacalcet ha demostrado ser efectivo alcanzando valores

de PTH, Ca y P recomendados por la guía de la SEN en pacientes con HPTS, planteamos como objetivo principal, la necesidad de monitorizar adherencia en estos pacientes, como principal causa de ineffectividad del tratamiento con este fármaco.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha diseñado un estudio cuasi-experimental, pre-post intervención, multicéntrico y prospectivo en pacientes con HPTS tratados con cinacalcet. Tamaño muestral N=150 pacientes. El estudio se está realizando en diez centros hospitalarios del territorio nacional en los Servicios de Farmacia y Nefrología de Hospitales colaboradores y está coordinado por el Servicio de Farmacia del nuestro Hospital. Se realizarán entrevistas clínicas periódicas con pacientes que cumplan criterios de inclusión y acepten participar en el mismo. La periodicidad de entrevistas será trimestral y la duración total del seguimiento de seis meses. La variable dependiente es Adherencia, evaluada mediante cuestionario Simplified Medication Adherence Questionnaire y como variables independientes utilizaremos el valor de PTH, Calcio, Fósforo y CaxP en cada entrevista, para confirmar la variación de adherencia con indicadores bioquímicos de buen cumplimiento. La intervención farmacéutica está basada en la educación al paciente y consistirá en la entrega de un tríptico informativo sobre HPTS y cinacalcet, orientado a mejorar adherencia así como esquema posológico detallado de toda la medicación que toma el paciente. Se realizará Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes durante el periodo de estudio para detectar PRM y resolver los RNM que surjan.

RESULTADOS: En este análisis preliminar de 36 pacientes, el porcentaje de pacientes adherentes en la primera visita es 51% pasando a 83,9% y 86,2% en segunda y tercera visita respectivamente. Este aumento de adherencia se vio acompañado por descensos significativos de PTH (PTH0=663±423,09pg/ml; PTH6=471,46±344,25pg/ml; p=0,031) y de CaxP (CaxP0=53,96±14,44mg2/dl2 CaxP6=41,08±13,93mg2/dl2; p=0.014). El número de RNM detectados en la primera visita es RNM0= 22 descendiendo a RNM3=6 y RNM6= 6 en segunda y tercera visita respectivamente.

CONCLUSIONES: Estos resultados preliminares parecen indicar que la intervención farmacéutica en pacientes con HPTS a enfermedad renal crónica, mejora la adherencia y lleva a una mejora en el control simultáneo de parámetros bioquímicos del tratamiento con cinacalcet en línea con las recomendaciones de las principales guías. Observamos también que la intervención del Farmacéutico, disminuye el número de RNM en las sucesivas entrevistas clínicas realizadas.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

504. NIVELES PLASMÁTICOS DE ÁCIDO ÚRICO COMO MARCADOR INDIRECTO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

AUTORES: Núñez Núñez M, Castañeda Macías I, Sojo Dorado J, Serna Burugain M, Domínguez Castellanos A, Sandoval Fernández S.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Dr Fedriani s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: La tuberculosis (TB) constituye un grave problema de salud pública especialmente relevante en España donde la tasa de Resultado Satisfactorio del 64% es muy inferior a la media de países de su entorno socioeconómico (~80%).

La OMS considera el cumplimiento terapéutico como la piedra angular para el control de la TB ya que a pesar de los evidentes inconvenientes que suponen los tratamientos actuales (múltiples fármacos, numerosos comprimidos, tratamientos prolongados), con una finalización correcta del tratamiento, se consigue la curación prácticamente en la totalidad de los casos iniciales.

En la mayoría de los centros españoles no disponemos de herramientas como el uso de Tratamientos Directamente Observados, monitorización de niveles plasmáticos para controlar la adherencia y otros como la determinación de metabolitos de Isoniacida en orina requieren la manipulación de reactivos altamente tóxicos como el cianuro potásico. Con este trabajo presentamos una alternativa a estas medidas de fácil acceso. La pirazinamida (Pz), fármaco de primera línea, produce como efecto adverso hiperuricemia reversible pudiendo servir como marcador indirecto del cumplimiento terapéutico global en el caso de la administración de combinaciones de fármacos tipo RIMSTAR® (400mg Pz/150 mg Rifampicina/75 mg Isoniazida/275 mg Etambutol (HCl))

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes adultos con TB activa en seguimiento por la Unidade de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva que iniciaron tratamiento con Pz entre 01/01/2014 y 15/05/2015 en el marco del programa PACTTO (Programa de Adherencia y Control de la Tuberculosis con Tratamiento Observado) con una adherencia del 100%. Se analizaron 4 analíticas por paciente, una antes de iniciar el tratamiento (valor_0), dos durante el mismo (a las 3 (valor_1) y 6 semanas (valor_2)) y otra una vez finalizado el tratamiento (~15 semanas (valor_3)). Se consideran dentro del rango de normalidad valores de ácido úrico: 2.6-7.2 mg/dL. Se recogieron como variables: edad, sexo, medicación domiciliar

con riesgo potencial bien de interacción con niveles de ácido úrico o farmacológico con Pz y necesidad de tratar la hiperuricemia inducida. Se utilizó para el análisis univariante el paquete estadístico SPSS v.18.

RESULTADOS: Se incluyeron 26 pacientes. 18 (69.2%) eran hombres con una media de edad de 46.86 ± 12.52 . Los valores medios \pm SD de ácido úrico fueron:

Valor_0: 4.45 ± 1.9 mg/dL; Valor_1(18.5 \pm 9.8 días): 8.6 ± 2.4 mg/dL con una diferencia respecto al basal de 4.2 ± 2.3 mg/dL; Valor_2(46.28 \pm 12.9 días): 10.0 ± 2.4 mg/dL con una diferencia respecto al basal de 5.6 ± 2.4 mg/dL; Valor_3(111.0 \pm 22.2 días): 5.5 ± 1.5 mg/dL y una diferencia respecto al basal de 1.1 ± 1.7 mg/dL aunque alcanzando valores próximos al basal en 6 pacientes (26.1%). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad o sexo. En todos los casos (26 (100%)) la hiperuricemia fue asintomática y ninguno precisó modificaciones de tratamiento.

CONCLUSIONES: La medida del ácido úrico es una herramienta útil como marcador indirecto de adherencia al tratamiento antituberculoso en regímenes que contienen pirazinamida cuando no es posible la monitorización de dichos fármacos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

128. ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE VISADO Y CAUSAS DE DENEGACIÓN EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES: Cantudo Cuenca Mr, Tristancho Perez A, Manzano García M, Saborido Cansino Mc, Sanchez Pedrosa A. Hospital Univ. De Valme (Área Gtión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548,9. Sevilla. España

OBJETIVOS: El visado es el acto a través del cual se autoriza, con carácter excepcional para un paciente concreto, la dispensación con cargo a fondos públicos de medicamentos y productos sanitarios (PS) de especial control. El objetivo del estudio es analizar la actividad de la unidad de visado (UV) en un área de gestión sanitaria (AGS), así como las causas de denegación de éste.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de la actividad desarrollada entre el 1-octubre y 19-diciembre-2014 en la UV del servicio de farmacia de un AGS integrada formada por un hospital de especialidades y un distrito de atención primaria con 20 centros de salud.

El administrativo responsable cargaba la información en el programa de visado propio del AGS tanto para recetas manuales como electrónicas. Los farmacéuticos de la UV visualizaban diariamente las prescripciones para su autorización/denegación, ateniéndose a las indicaciones aprobadas. Como soporte se utilizaron los listados de medicamentos sometidos a visado, los modelos de informes disponibles para ciertos medicamentos y PS, y la historia clínica electrónica (Diraya).

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, medicamento o PS, especialidad médica del prescriptor, duración de la prescripción, indicación y aceptación/denegación del visado. En caso de denegación, se registró el tipo de incidencia detectada según una clasificación previamente establecida:

- (1) Informe clínico procedente de centros privados no concertados.
- (2) No requerimiento de visado para su financiación.
- (3) Ausencia de informe clínico o incompleto.
- (4) Informe clínico con período de validez agotado.
- (5) Medicamento de especial control médico: prescripción e informe no realizados por médico especialista.
- (6) Medicamento de diagnóstico hospitalario: informe no realizado por médico especialista
- (7) Indicación no aprobada en ficha técnica.
- (8) Indicación no aprobada para visado.
- (9) Incumplimiento del protocolo del área.

Los datos fueron tabulados y procesados en Excell.

RESULTADOS: Se incluyeron 1203 pacientes, siendo el 50.6% hombres con una mediana de edad de 60.2 años (IQR: 46.6-79.0). El número de prescripciones visadas fue de 1294, correspondientes a 84 medicamentos y PS diferentes, siendo los más frecuentes: nutrición enteral (23.0%), quetiapina (7.2%), risperidona (7.2%), clopidogrel (6.6%) y donepezilo (3.5%). Las especialidades médicas con mayor número de prescripciones fueron medicina familiar y comunitaria (21.0%), nutrición clínica y endocrinología (15.4%), medicina interna (13.3%), neurología (11.1%) y salud mental (9.0%). La mediana de duración de la prescripción fue de 180.0 días (IQR: 82.5.0-180.0).

Se denegaron un total de 187 visados (14.5%), siendo los medicamentos y productos denegados con mayor frecuencia: risperidona (12.8%), nutrición enteral (7.0%), vacunas (5.9%), clopidogrel (5,3%), tiras reactivas (4.8%) y lactulosa (4.8%). Las incidencias mayoritarias fueron: "ausencia de informe clínico o incompleto" (39.0%) e "indicación no aprobada para visado" (38.5%), seguidas de "indicación no aprobada en ficha técnica" (8.0%) e "incumplimiento del protocolo del área" (5.9%). La especialidad médica con más denegaciones fue medicina familiar y comunitaria (41.2%), seguido de neurología (9.1%) y pediatría (8.6%).

CONCLUSIONES: A pesar de que se han detectado incidencias que han motivado la denegación del visado, la mayoría de las prescripciones se ajustan a las indicaciones aprobadas para su visado.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

987. ADECUACIÓN DE LOS REGISTROS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA AMBULATORIA AL TRATAMIENTO HABITUAL Y CONCILIACIÓN AL INGRESO DE LOS PACIENTES ORTOGERIÁTRICOS POLIMEDICADOS

AUTORES: Urretavizcaya Anton M, Asensio Bermejo A, Lizeaga Cundín G, Bachiller Cacho MP, Zurutuza López A, Lizardi Mutuberria A.

Hospital Universitario Donostia. Paseo del Doctor Beguiristain s/n. Guipúzcoa. España

OBJETIVOS: Valorar la adecuación de la información extraída de la Hoja de Tratamiento Activo (HTA) de la prescripción electrónica de Atención Primaria (AP) a la "Mejor Historia Farmacoterapéutica posible" (MHFP) del paciente y analizar los errores de conciliación de la medicación (ECM) al ingreso de los pacientes ortogerítricos polimedicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: - Estudio prospectivo observacional realizado de febrero a junio de 2015, en un Hospital de tercer nivel.

- Criterios de inclusión: pacientes ortogerítricos, mayores de 65 años, polimedicados (más de 5 medicamentos prescritos de forma crónica en la HTA de AP) ingresados en el Servicio de Traumatología en las últimas 72 horas para ser intervenidos quirúrgicamente para implantación de material protésico y con posibilidad de realizar la entrevista clínica durante este periodo.

- Creación de la MHFP del paciente, según la metodología del ISMP Canadá, empleando la información de la Historia Clínica Informatizada, así como de la entrevista clínica farmacéutica realizada al paciente y/o cuidador.

- Comparación de la MHFP con el tratamiento habitual del paciente recogido en la HTA de AP y cuantificación de los errores encontrados.

- Validación farmacéutica y comparación del tratamiento prescrito al ingreso con la MHFP, cuantificando las discrepancias que requieren aclaración. Tras aclaración con el médico responsable del paciente, cuantificación y clasificación de los ECM de la siguiente manera: 1. Omisión 2. Cambio de dosis, vía o frecuencia 3. Comisión 4. Medicamento equivocado 5. Interacción 6. Duplicidad 7. Contraindicación

RESULTADOS: - Se incluyeron 30 pacientes (47% hombres) con una media de edad de 76 años. Se evaluaron 253 fármacos crónicos presentes en la HTA (media de $8.43 \pm 2,9$ por paciente).

- Tras la realización de la MHFP se detectaron 235 fármacos de uso crónico ($7,8 \pm 2,9$ fármacos por paciente) con un total de 39 discrepancias entre la HTA y la MHFP (1.3 discrepancias por paciente). El 61,5% de los errores fueron errores de comisión (en la HTA figura un fármaco que el paciente ya no toma).

- En la conciliación al ingreso se detectaron un total de 33 discrepancias que requieren aclaración por parte del médico, 22 de las cuales (66.7%) resultaron finalmente ECM (0,7 ECM por paciente). Del total de pacientes evaluados, 16 (53.3%) tuvieron al menos un error de conciliación en su ingreso en el hospital. La clasificación de los ECM fue la siguiente: 45,5% omisiones, 36,4% comisiones, 9,1% cambios en la dosis, vía o frecuencia y 9,1% duplicidades.

CONCLUSIÓN:

- La prescripción electrónica y la HTA del paciente han supuesto un gran avance en la conciliación de la medicación del paciente en la transición entre niveles asistenciales.

- Para el uso óptimo de esta herramienta, debería contener una información más actualizada, observando una tendencia a la existencia de hiper-prescripción.

- Los errores de conciliación al ingreso más frecuentes en estos pacientes son la omisión de medicamentos habituales, aunque existe una alta tasa de comisiones.

- Se debe diseñar un circuito de comunicación para la notificación y corrección de las discrepancias observadas en la HTA del paciente.

842. ADECUACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

AUTORES: Domínguez López M, Bulo Concellón R, García Martín F, Blanco Sánchez G, Romero Hernández I, Suárez Carrascosa Fj.

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Avda. Ana De Viyua, 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Analizar la idoneidad del uso de Inhibidores de Bomba de Protones (IBP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron pacientes a los que se les había prescrito IBP en receta externa en el periodo comprendido entre Octubre de 2014 y Marzo de 2015. Tras revisar la bibliografía existente, se consideraron adecuadas las prescripciones que cumplieran los siguientes criterios de indicación: Tratamiento de los trastornos digestivos en los que tienen indicación; prevención de úlcera gastroduodenal por Antiinflamatorios No Esteroídicos (AINE) en pacientes con algún criterio de riesgo (historia de úlcera, hemorragia o perforación gastrointestinal; mayores de 65 años; anticoagulantes, antiagregantes, glucocorticoides o Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) concomitantes; comorbilidad grave; tratamiento prolongado con AINE a altas dosis) y prevención en pacientes antiagregados con antecedentes de hemorragia digestiva, doble antiagregación o anticoagulación concomitante o bien antiagregados que cumplieran al menos dos de los siguientes criterios: mayores de 65 años, glucocorticoides o ISRS concomitantes o síntomas de dispepsia o reflujo gastroesofágico. Los datos se obtuvieron de las aplicaciones corporativas MicroStrategy 9, Diraya Atención Especializada (DAE) e Historia de Salud Única y se elaboró una hoja de cálculo Excel para su explotación.

RESULTADOS: Se seleccionaron 525 pacientes con una edad media de 66,48 años de los cuales el 61,71% eran varones (324) y el 38,28% mujeres (201). El 91,80% de ellos recibían cinco o más fármacos, sin considerarse la polimedicación uno de los criterios para la prescripción de IBP. Se observó que el 17,9% (94) de los pacientes tenía prescrito un IBP sin estar justificado su uso, ya que el 41,49% (39) de estos sólo presentaba un criterio de riesgo no determinante, el 44,68% (42) presentaba dos de ellos sin ser tampoco determinantes aún estando combinados y el resto de pacientes (13) no mostró ningún criterio de indicación. Sin embargo el 82,1% (431) de las prescripciones sí estaban justificadas según la siguiente distribución: el 5,1% (22) de los pacientes presentaba trastornos digestivos; el 19,03% (82) lo recibió por prevención de úlcera gastroduodenal por AINE y por presentar un criterio de riesgo; el 60,56% (261) eran pacientes antiagregados con antecedentes de hemorragia digestiva, doble antiagregación o anticoagulación concomitante y el resto (66) eran pacientes antiagregados que cumplieran al menos dos de los siguientes criterios: mayores de 65 años, glucocorticoides concomitantes o síntomas de dispepsia o reflujo gastroesofágico. El gasto total en IBP fue de 20.816,74 euros, de los cuales 3.180,72 correspondían a IBP prescritos de manera no justificada.

CONCLUSIONES: Un alto porcentaje de pacientes recibe IBP sin una indicación clara lo cual supone un incremento del gasto no justificado. Es importante tener acceso a programas de seguimiento de las prescripciones de los pacientes para poder evaluar la adecuada prescripción de la medicación, aumentando la seguridad del paciente y mejorando la calidad de la asistencia sanitaria.

225. ADMINISTRACIÓN DE FORMAS FARMACEUTICAS ORALES FRACCIONADAS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO Y ALTERNATIVAS DE MEJORA

AUTORES: Calvo Aragüete Me, Laría Campaña C, Sainz De Rozas Aparicio C, Barajas Santos Mt, Marin Gorricho R, Serrano Pérez A.

Hospital San Pedro. Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: - Identificación y estudio de las formas farmacéuticas orales (FFO) que es necesario fraccionar en un centro socio-sanitario (CSS) y detección de aquellas que no deberían ser pulverizadas.

- Proponer alternativas en aquellas FFO que no pueden ser fraccionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: - Estudio transversal de fármacos orales administrados a pacientes del CSS "El Sol" a través del programa de validación farmacéutica Athos Prisma®.

- Revisión de las recomendaciones de fraccionamiento de las formas farmacéuticas en la "Guía de administración de medicamentos por sondas de alimentación enteral" del Hospital Clínico San Carlos, Madrid y "Formulaciones de medicamentos para pacientes con dificultades de deglución" Editorial Equalmas 5.

- Elaboración de recomendaciones en aquellas FFO no fraccionables.

RESULTADOS: Se revisó la medicación de 95 pacientes, con una edad media de 84 años y una media de líneas de prescripción de 7,41 líneas/paciente.

Se revisaron 94 medicamentos diferentes administrados oralmente, encontrando que en 15 de ellos (15.96%) no se recomendaba su fraccionamiento. Se estudiaron las alternativas existentes en estos casos y se obtuvieron estos

- RESULTADOS:**
1. Adiro: 25 pacientes. Sustituir por otra forma farmacéutica.
 2. Carduran neo: 1 paciente. Sustituir por Doxazosina de liberación inmediata.
 3. Circadin: 3 pacientes. Sustituir por equivalente terapéutico (ET).
 4. Distraneurine: 5 pacientes. Sustituir por ET.
 5. Dulcolaxo: 1 paciente. Cambiar de principio activo o bien cambiar de forma farmacéutica a supositorio.
 6. Emconcor cor: 5 pacientes. Sustituir por ET.
 7. Exelon: 2 pacientes. Sustituir por Rivasatigmina solución.
 8. Hemovas: 8 pacientes. Sustituir por Hemovas ampollas.
 9. Omeprazol: 43 pacientes. Sustituir por Omeprazol solución (Fórmula Magistral).
 10. Pradaxa: 1 paciente. Sustituir por ET.
 11. Reminyl: 4 pacientes. Sustituir por Reminyl solución.
 12. Ristaben: 3 pacientes. Sustituir por ET.
 13. Tamsulosina: 6 pacientes. Sustituir por ET.
 14. Tardyferon: 25 pacientes. Sustituir por Lactoferrina.
 15. Tramadol/Paracetamol: 1 paciente. Sustituir por ET.

De los 95 pacientes estudiados, se intervino en 67 de ellos (70.53%), presentando una media de 1.99 medicamentos por paciente.

CONCLUSIONES: - La incorporación de CSS a los Servicios de Farmacia hospitalaria está permitiendo mejorar la atención farmacéutica de estos pacientes, promoviendo el correcto uso de los medicamentos.

- Las dificultades en la deglución son frecuentes en los ancianos, lo que hace necesario revisar alternativas para mejorar la administración de los tratamientos, sobre todo en caso de FFO no fraccionables.

- De las 94 FFO estudiadas, 15 de ellas no deberían ser pulverizadas (15.96%), existiendo FFO fraccionables con el mismo principio activo en 7 de ellas (46.67%). En las 8 restantes (53.33%) se debería valorar un cambio por un ET que pudiera ser fraccionado.

- El porcentaje de pacientes obtenido sobre los que se debe intervenir es elevado (70.53%), lo cual hace esta intervención especialmente útil, puesto que haciendo recomendaciones sobre 15 FFO de uso frecuente, se consigue llegar a un gran número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

722. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO Y EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES

AUTORES: Martín Vila A, Romero Ventosa Ey, Ucha Samartín M, San Martín Álvarez S, Álvarez Payero M, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Universitario De Vigo (Área De Xestión Integrada De Vigo). C/Meixoeiro S/N. Pontevedra. España

OBJETIVO: Analizar el perfil de los pacientes a tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) y los problemas detectados relacionados con esta medicación (PRM), así como las recomendaciones farmacoterapéuticas (RF) realizadas y su aceptación por el médico, tras la implantación de un programa que incorpora un fármaco en la revisión de estos tratamientos durante el ingreso hospitalario y en las transiciones asistenciales.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo de intervención. Se realizó en las áreas de hospitalización de un complejo hospitalario durante dos meses (abril-mayo 2015). Se incluyeron todos los pacientes que tuvieran prescrito un ACOD en algún momento durante el ingreso. Dos farmacéuticos revisaron todos los pacientes con ACOD con un tiempo máximo de 72 horas desde su prescripción. Cuando identificaban potenciales PRM, se le comunicaba al médico responsable las RF oportunas. Se clasificaron las intervenciones según el Tercer Consenso de Granada sobre PRM y se valoró su aceptación por el médico. Para evaluar la adherencia, se calculó el ratio de posesión ACOD (RP) en los últimos 6 meses previos al ingreso en aquellos pacientes con una duración de este tratamiento >6 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 61 pacientes (22 hombres, edad media 83,5 años) y se excluyeron 7 por no revisarse en los tiempos establecidos. El 68,8% tenían dosis ajustada de ACOD (rivaroxaban 15mg/24h-apixaban 2,5/12h-dabigatran 110/12h). La indicación fue "Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo" en el 98,4% de los pacientes y se cumplían los criterios de financiación en el 96,7%. La prescripción inicial del fármaco fue: de forma ambulatoria previa al ingreso (50,8%), durante un ingreso previo (14,8%) o durante el presente ingreso (34,4%). La prescripción se realizó en Atención Primaria en el 18,1% de los casos y en Atención Especializada: en el 39,3% geriatría, en el 13,1% neurología, en el 16,4% medicina interna, en el 11,5% cardiología y en el 1,6% otros. En 19 pacientes (31,1%), el servicio en el que ingresó fue diferente del que prescribió la ACOD. Se calculó el RP en 27 pacientes, encontrándose una media de RP de 0,98 (0,8-1,1).

Se realizaron 25 RF en el 41% de los pacientes. El 40% de las recomendaciones fueron de seguimiento de la función renal por encontrarse próxima al límite para cambio de dosis o contraindicación y el 60% de cambios en el tratamiento. Según el tipo de PRM identificado la distribución de RF realizadas fue: recomendación de monitorización estrecha de la función renal en 10 pacientes, dosis o pauta no adecuada 8 (87,5% aceptadas), problema de salud no tratado 1 (100% aceptadas), duplicidad terapéutica 1 (100% aceptadas), errores en la prescripción 2 (50% aceptadas), forma de administración incorrecta 3 (100% aceptadas).

CONCLUSIONES: Un alto porcentaje de nuestros pacientes tienen prescritas dosis ajustadas de ACOD, siendo la media de edad muy elevada y el principal prescriptor el geriatra. El origen de la prescripción se produce en ambos niveles asistenciales y la adherencia al tratamiento ha sido buena. La detección de errores de medicación es frecuente y la aceptación de las RF muy elevada, por lo que se considera necesaria la continuación del programa implantado.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

821. ANTIPSICÓTICOS: PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

AUTORES: Calabozo Freile B, De Uribe Ladrón De Cegama F, Jiménez Serranía M, Ceruelo Bermejo J.

Dirección Técnica De Farmacia. Paseo Zorrilla 1. Valladolid. España

OBJETIVOS: La utilización de antipsicóticos ha experimentado un crecimiento de un 50%, entre 2004 y 2014, en nuestra Comunidad Autónoma, sin clara justificación. La elevada toxicidad de este grupo, asociada a la cronicación de los tratamientos plantea serios problemas especialmente en las poblaciones más sensibles como son los ancianos. El objetivo de este proyecto es analizar la prescripción de antipsicóticos y sus áreas de mejora y plantear una serie de estrategias para optimizar su utilización.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Estudio observacional retrospectivo de la prescripción de antipsicóticos en una Comunidad Autónoma mediante el análisis de los datos procedentes de la facturación de receta (Sistema Concyliya) en los dos últimos meses de 2014 e identificación de las áreas potenciales de mejora.

2. Definición de las estrategias para optimizar su uso, a desarrollar a lo largo de 2015, con implantación total en el año 2016.

RESULTADOS: Del análisis de la prescripción destaca:

- Elevada indicación en población mayor. De todas las prescripciones de antipsicóticos el 36% es en mayores de 75 años y el 27% en mayores de 80 años. En enfermos con demencia el uso de antipsicóticos es del 25% aproximadamente.

- Frecuente asociación de antipsicóticos: alrededor del 13% de los pacientes - en ancianos el 7%- son tratados con dos antipsicóticos y en torno al 2,5% con tres. El 46% de los pacientes están tratados de forma continuada con una asociación no recomendada de antipsicóticos orales e inyectables de acción prolongada.

- Uso off-label. a) Uso de quetiapina probablemente como hipnótico -dosis bajas- en el 57% de ancianos mayores de 80, la mitad aproximadamente institucionalizados. b) Uso de antipsicóticos atípicos distintos a risperidona en el 51% de los pacientes con demencia.

- Elevada variabilidad entre las diferentes áreas de salud en todas las valoraciones realizadas.

Estrategias formativas, de gestión y clínicas enfocadas a la seguridad del paciente para optimizar la utilización de antipsicóticos:

1. Formación: serie de tres módulos on-line basados en evidencias de eficacia, seguridad y eficiencia. Elaborados por un equipo multidisciplinar de 20 profesionales- psiquiatras, médicos de residencias, farmacéuticos (hospital y primaria), psicólogos, neurólogos, geriatras y farmacólogos-. Los temas abordados son: Módulo I, "Generalidades de los antipsicóticos"; Módulo II, "Psicosis funcionales" -espectro esquizofrénico y trastorno bipolar- y Módulo III, "Antipsicóticos en demencia y otras indicaciones" -.

- Publicaciones: Sacylme "Aripiprazol intramuscular depot"; 3 entradas en el Portal del Medicamento; Sacyl prescribe –publicación sobre utilización de medicamentos e indicadores de prescripción-.
- Indicadores de calidad de prescripción que se incluirán en el Plan de Anual de Gestión de 2016.
- Identificación y revaluación de pacientes en tratamiento con antipsicóticos y dudoso beneficio-riesgo: pacientes con más de 5 psicofármacos y/o con asociaciones no justificadas, etc.

CONCLUSIONES: - La prescripción de antipsicóticos presenta un amplio potencial de mejora, especialmente entre los ancianos.

- Las estrategias planteadas mejorarán la formación de los profesionales, ayudarán a optimizar los tratamientos evitando inicio y/o continuación de tratamientos con dudoso o desfavorable beneficio-riesgo y posiblemente también aumentarán la eficiencia en la selección de antipsicóticos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

756. BIFOSFONATOS: CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

AUTORES: Abellon Ruiz J, Soler Soler Mdm, Ruiz Ramirez Jc, Alonso Herreros Jm.

Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor. Paraje Torreoctavio - Pozo Aledo. Murcia. España

OBJETIVOS: Prevenir la duplicidad terapéutica de bifosfonatos en los pacientes que inician Ac. Zoledrónico parenteral por prescripción del médico de atención especializada y con prescripción activa de bifosfonatos vía oral por el médico de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo (enero 2013 - marzo-2015) de todos los pacientes ambulatorios con prescripción de inicio de Ac. Zoledrónico parenteral en hospital de día médico.

Previo a la dispensación de Ac. Zoledrónico se comprueba el perfil farmacoterapéutico del paciente en Atención Primaria consultando la base de datos Ágora (historia clínica del paciente de primaria y de hospitalaria) y descartamos la existencia de prescripción médica activa de bifosfonatos vía oral.

Si existiera registro de receta de bifosfonatos se comprueba en la base de datos Adn (Análisis de negocio) la facturación al servicio de salud, lo que confirmaría la retirada desde oficina de farmacia comunitaria.

En los pacientes confirmados con posible duplicidad terapéutica se informa del inicio de Zoledrónico en perfusión IV al médico de atención primaria responsable del paciente, proponiéndole el cierre de la prescripción activa de la aplicación que gestiona los pacientes OMI, así como también se advierte al médico de atención especializada.

A todos los pacientes que inician Ac Zoledrónico IV se les proporciona una lista con la relación de medicamentos bifosfonatos y otros medicamentos relacionados indicados en patologías osteoarticulares, que no deben prescribirle con receta en Atención primaria, junto con un consentimiento informado del paciente haciéndole responsable de informar a su médico de primaria del inicio del tratamiento.

En la validación de la prescripción de Ac. Zoledrónico además de revisar el perfil farmacoterapéutico de atención primaria, se confirma la adecuación a indicaciones autorizadas por AEMPS, dosis ajustada a función renal, frecuencia de administración y niveles de calcio.

RESULTADOS: En el periodo revisado iniciaron tratamiento 78 pacientes, pertenecientes a los servicios médicos de Reumatología (54), Hematología (14) y Urología (10). En 6 pacientes (7,69%) encontramos prescripción activa en atención primaria de un bifosfonato vía oral o de medicamentos relacionados. La distribución fue de 4 pacientes registrados en 2013, 2 pacientes en 2014 y ninguno en 2015, esta disminución nos podría indicar que la información proporcionada al facultativo de especializada le induciría a suspender el bifosfonato oral con antelación previo al inicio de Zoledrónico IV.

CONCLUSIONES: la atención farmacéutica de pacientes ambulatorios al inicio del tratamiento con Zoledrónico IV, además de asegurar una adecuación de la prescripción a las indicaciones recogidas en ficha técnica de AEMEPS, puede evitar duplicidad terapéutica al proporcionar información tanto a médicos como a pacientes, implicando a estos en su tratamiento e impidiendo el riesgo de aparecer reacciones adversas por posible sobredosificación.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

617. COLABORACIÓN FARMACÉUTICA CON EL EQUIPO ASISTENCIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO AL ALTA

AUTORES: Sanchez Navarro Im, Ginés Palomares A, Baldominos Utrilla G, Fernandez-Pacheco Garcia-Valdecasas M, Herranz Muñoz C, Luque Infantes R.

Hospital Universitario Príncipe De Asturias. Carretera Alcalá-Meco S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Parte de la medicación antiagregante para el tratamiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA) necesita visado de inspección para ser dispensada en Oficina de Farmacia, el cual tarda al menos cuatro días en tramitarse, y por tanto el paciente no dispone de la medicación durante este tiempo. A raíz de un caso de reinfarcto en un paciente, a los ocho días del alta, por no disponer de la medicación debido a una demora en la tramitación del visado, se tiene como objetivo establecer un procedimiento de información, seguimiento farmacoterapéutico y dispensación de la medicación antiagregante necesaria en pacientes ingresados por SCA que van a ser dados de alta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 2 meses de duración (abril-mayo 2015) de pacientes con SCA a los que se les prescribe al alta uno de los siguientes antiagregantes de diagnóstico hospitalario: clopidogrel, prasugrel y ticagrelor.

Desde el Servicio de Farmacia junto con el Servicio de Cardiología, se diseña e implanta un Programa de información al alta mediante el cual el farmacéutico, en la unidad clínica, realiza una entrevista motivacional al paciente como método clínico para promover la adherencia al tratamiento para evitar el reinfarcto así como hábitos saludables. Se dispensa la medicación antiagregante que necesita visado de inspección para 7 días, asegurando la disponibilidad de ésta. Pasado un mes, se evalúa la adherencia al tratamiento mediante llamada telefónica realizando el Test de Morisky-Green.

Recursos materiales utilizados para el seguimiento farmacoterapéutico del paciente: historia clínica informatizada (HCIS), plataforma HORUS, aplicación Farmatools® de unidosis, informe de alta y consentimiento informado (autorización de llamada telefónica).

Variables a medir: datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, Índice de comorbilidad Charlson, medicación al alta, adherencia y episodios de reingreso al mes por reinfarcto.

RESULTADOS: Se informa y entrega la medicación a 29 pacientes siendo la totalidad que cumple los criterios establecidos.

Datos demográficos y características clínicas: varones 22/29 (75,86%), edad media 60 años (31-85). Factores de riesgo cardiovascular: HTA 15/29 (51,72%), tabaquismo 13/29 (44,82%), dislipemia 13/29 (44,82%), diabetes 4/29 (13,79%), obesidad 4/29 (13,79%), alcoholismo y otras sustancias 3/29 (10,34%). 22/29 (75,86%) de los pacientes presentaban ≥ 2 factores de riesgo cardiovascular. Índice de Comorbilidad de Charlson 3.09 (0-8.9).

Medicamentos al alta: 29/29 (100%) pacientes con antiagregante, 29/29 (100%) con estatina y 17/29 (58,62%) con betabloqueante.

No se han dado casos de reinfarcto al mes del alta.

Se contactó con 12 pacientes: 2/12 (16,66%) mal adherentes, por lo que se reforzó la importancia de ésta.

CONCLUSIONES: Se ha conseguido que todos los pacientes dispongan de la medicación al alta y no se ha producido ningún reinfarcto. Aunque no se ha obtenido el 100% de adherencia, es superior al dato publicado en otros estudios (54%). Es preciso evaluar a un mayor número de pacientes para poder demostrar que este programa disminuye de manera estadísticamente significativa la tasa de reinfarctos frente a un grupo control. Es fundamental la integración del farmacéutico con el equipo asistencial para reforzar la información al alta y así mejorar la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

350. CONCILIACIÓN AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES: Frias Ruiz P, Sáez Belló M, Guglieri López B, Gómez Álvarez S, Campillos Alonso P, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto clínico de la conciliación tras el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) a la unidad de hospitalización (UH).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal con 2 cortes de 6 semanas de duración (Junio-Julio 2014/ Febrero-Marzo 2015), desarrollado en un hospital general universitario con una UCI polivalente de 16 camas y alrededor de 1100 ingresos anuales.

Criterios de inclusión: Pacientes con mínimo 24 horas de estancia en UCI y alta a unidad de hospitalización (UH).

La conciliación del tratamiento se realizó por el farmacéutico en las primeras 24 horas tras el alta de UCI, comparando la medicación prescrita al ingreso en el servicio de destino con sistema de prescripción electrónica (Orion Clinic®), medicación prescrita al alta de UCI (prescripción manual) y la medicación domiciliaria (entrevista clínica y prescripción electrónica ambulatoria). Cualquier diferencia se consideró discrepancia y se verificó telefónicamente con el médico prescriptor.

Se recogieron variables antropométricas (edad y sexo), clínicas (días de estancia en UCI, reagudización de patología crónica como motivo de ingreso (sí/no), pluripatología (≥ 2 enfermedades crónicas, que duran ≥ 1 año)) relacionadas

con la medicación (medicamentos vigentes al alta de UCI, medicamentos crónicos, polimedicación (≥ 5 medicamentos crónicos), grupo terapéutico ATC, medicamentos de alto riesgo según ISMP) y relacionadas con la conciliación (número y tipo de discrepancias, número y tipo de errores de conciliación (EC), EC/nº total líneas de tratamiento, gravedad (escala 1-5 método laser1®) actuación farmacéutica (af) y grado de aceptación. El impacto clínico se evaluó midiendo los EC detectados de gravedad significativa (2-3).

RESULTADOS: Se incluyeron 143 pacientes (65% hombres) con una media de 63,3 años (IC95%: 60,6 a 66,0), 6,1 medicamentos vigentes al alta de UCI (IC95%: 5,7 a 6,6) y 5,2 medicamentos crónicos (IC95%: 4,6 a 5,7). La mediana de estancia en UCI fue de 3 días (intervalo: 1-75), siendo la reagudización de la patología crónica el motivo de ingreso del 37,1% de los pacientes. El 58,7% eran polimeditados y el 35,7% pluripatológicos.

Se detectaron un total de 91 discrepancias, de las cuales 60 (65,9%) fueron EC: omisión de medicamento 63,3%, dosis o pauta errónea 16,6%, medicamento innecesario 15,0%, medicamento erróneo 3,3% y 1 duplicidad terapéutica.

El 30,8% de los pacientes presentaron EC con 1,4 (IC95%: 1,0 a 1,7) errores por paciente. Se detectó un 6,9% de EC en 875 líneas de prescripción.

El 35,0% de los errores fueron de gravedad 3, 51,7% gravedad 2 y 13,3% gravedad 1. Los grupos terapéuticos con mayor frecuencia implicados fueron la terapia cardiaca (23,3%), anticoagulantes y antiagregantes (16,7%) y fármacos del sistema nervioso (16,7%). En el 36,6% de los EC estaba implicado un medicamento de alto riesgo. La af más frecuente fue iniciar medicamento (63,3%), suspender medicamento (16,7%), individualizar la posología (16,7%) y plantear alternativa terapéutica (3,3%). Se aceptaron todas las af. El 86,7% de EC presentaron gravedad significativa.

CONCLUSIONES: El programa de conciliación al alta de UCI detectó EC en el 30,8% de los pacientes. El 87% de EC fueron de gravedad significativa con aceptación de todas las actuaciones farmacéuticas.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

585. CONCILIACIÓN ELECTRÓNICA DE LA MEDICACIÓN INTEGRADA EN EL PROCESO DE ALTA. MÁXIMA COBERTURA, SEGURIDAD Y EFICIENCIA

AUTORES: Martínez Gonzalvo G, Canton Codina M, Figuerola Santamonica S, Gonzalez Navarro M, Sarle Rubi J, Roure Nuez C.

Consorti Sanitari De Terrassa. C/Torrebonica S/N. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El alta hospitalaria es un área prioritaria para la implantación de programas de conciliación de la medicación (CM). No obstante, el elevado volumen de altas y su complejidad, que implica cambios de medicación hasta el último momento en un entorno de fuerte presión, hace que la CM sea un proceso complejo y con un riesgo de error no despreciable.

Integrar la CM en el proceso natural del alta por parte del médico, mediante un instrumento electrónico ligado a la generación de la receta electrónica y el informe de alta, permitiría al médico realizar la CM de sus pacientes de forma autónoma, natural, ágil, segura y por tanto sistemática.

Nuestro equipo ha desarrollado una herramienta electrónica de e-CM que conduce al médico en el momento del alta a través del proceso de comparación de los registros extrahospitalarios de medicación (receta electrónica) e intrahospitalarios (medicación activa antes del alta), manteniendo la trazabilidad de todas las acciones realizadas y permitiendo al final la generación automatizada del texto referente a la CM del informe de alta, la receta electrónica y el plan de medicación. Tras dos meses de implantación en Unidades de sociosanitario y geriatría de agudos, hemos querido evaluar el impacto de la herramienta de e-CM sobre la cobertura y el número de errores de CM, comparándolo con un grupo control en el que se realiza la CM manual.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de los informes de alta hospitalaria de todos los pacientes etiquetados como pacientes crónicos complejos dados de alta del hospital de agudos o del centro sociosanitario entre el 01 y el 31 de marzo de 2015. Grupo intervención: pacientes de las especialidades de Geriatría o Cuidados paliativos (médicos que han recibido formación y utilizan la e-CM). Grupo control: pacientes de otras especialidades (médicos que realizan la CM de forma manual).

RESULTADOS: Se revisaron 100 informes de alta: 44 del grupo intervención (GI) y 56 del grupo control (GC). En el 79,5% de los informes del GI la medicación estaba conciliada (IC95% 65,5%-88,8%) frente al 37,5% en el GC (IC95% 26,0%-50,6%). Al comparar el informe al alta con la receta electrónica se encontraron 100 discrepancias en el GC (49 por omisión, 41 por comisión, 9 de pauta y 1 de otro tipo) frente a 27 en el GI (16 por omisión, 7 por comisión, 3 errores de pauta y 1 de otro tipo). El promedio de discrepancias por paciente fue de 0,88 en el GI (IC95% 0,54-1,23) frente a 1,78 (IC95% 1,22-2,34) en el GC.

CONCLUSIONES: Aunque la implantación del programa es todavía incipiente, la e-CM integrada en el proceso de alta es una herramienta útil que permite multiplicar la cobertura del programa y reducir el número de errores respecto al proceso manual, sin necesidad de recursos adicionales. Nuestro próximo objetivo es implantar el proceso de e-CM en todas las unidades y alcanzar así una mejora relevante y sostenida del nivel de seguridad del uso de medicación del proceso de alta.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

674. DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCULAR EN PACIENTES POLIMEDICADOS A TRAVÉS DE NUEVOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN SALUD VISUAL; FACTORES DE PREDICCIÓN

AUTORES: Montalbán Soler L, Ferrit Martín M, Gutiérrez Zúñiga L, Calleja Hernández MÁ.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.. Av. de las Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

0 Evaluar el impacto en la detección de Problemas de Salud Ocular (PSO) de un nuevo Servicio Profesional Especializado en Salud Visual (SPESV) integrado dentro del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes polimedcados e identificar posibles factores asociados a la aparición y control de los PSO estudiados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo realizado en Farmacia Comunitaria con Servicios implantados de Óptica y Optometría y SFT. Se seleccionaron pacientes con algún PSO diagnosticado o sospecha con más de 4 medicamentos crónicos para la realización de un Examen de Salud Visual Protocolizado (ESVP) integrado en el SFT realizado por el método DÁDER, con el fin de detectar PSO no controlados; estuviesen previamente diagnosticados ó no. El ESVP incluyó las siguientes pruebas: Refracción, Agudeza Visual (AV), Biomicroscopía, Rejilla de Amsler, Tonometría y test clínicos de ojo seco. La variable principal del estudio fueron los PSO y las secundarias: edad, sexo, país de origen, nivel de estudios, profesión, número de medicamentos utilizados, número de problemas de salud, adherencia, conocimiento del tratamiento crónico oftálmico, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para la medida de la CVRS, adherencia y conocimiento sobre la medicación crónica oftálmica se emplearon los cuestionarios SF-36, SMAQ y test de conocimiento del paciente sobre su medicación.

RESULTADOS: Se incluyeron 92 pacientes; la mayor parte mujeres (70.7%), ≥ 65 años (58,7%), nacionalidad española (96.7%), amas de casa, jubiladas o en paro (64.1%), sin estudios (43.5%) y con estudios primarios (46.7%). El número total de PSO fue de 302, (3,28 PSO/paciente), de ellos dos de tres no estaban controlados (63,2%) y el 31,4% eran desconocidos. El 55,3% de los PSO estuvieron relacionados con la refracción (27,5%) y presbicia (27,8%); y el 44,7% con otros PSO; los más prevalentes los relacionados con ojo seco (15,9%). El 36,9% empleaba al menos un medicamento de uso oftálmico crónico destinado al tratamiento de glaucoma y/o hipertensión ocular (15,91%) u ojo seco (22,82%). El 57% de estos pacientes en tratamiento con antiglaucomatosos y el 100% de los tratados para ojo seco denotaron una falta de adherencia al tratamiento; mientras que el 78,6% y el 71,43% respectivamente, no conocía de forma satisfactoria esta medicación. Se observó una relación significativa entre la edad ($p=0,001$) y el nivel de estudios ($p=0,012$) con el promedio de PSO por paciente y del número total de PSO con el número de medicamentos generales ($p < 0.005$) y oftálmicos ($p < 0.0001$) y la CVRS ($p=0.001$). De los pacientes adherentes al tratamiento con antiglaucomatosos, el 100% registraron valores de la presión intraocular ≤ 21 mmHg, frente al 25% de los no adherentes; obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.010$). Conclusiones: Los nuevos Servicios Profesionales Especializados en Salud Visual son una herramienta eficaz en la detección de PSO; pudiendo estar asociados a factores como: edad, número de medicamentos de uso crónico, nivel de estudios, calidad de vida relacionada con la salud y adherencia a la medicación oftálmica.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1000. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA DAPAGLIFLOZINA

AUTORES: Sastre Martorell MI, Montero Delgado Ja, Rodríguez Rincón R, Do Pazo Oubiña F, Arrufat Goterris G, Castro Manzanares M.

Hospital Universitari Son Espases. Carretera Valldemossa N° 79. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Dapagliflozina ha sido el primer fármaco dentro de la nueva familia de antidiabéticos orales cuyo mecanismo de acción es la inhibición selectiva del cotransportador de sodio y glucosa 2 a nivel renal. Se ha aprobado su uso en monoterapia o en combinación con otros fármacos y en los ensayos clínicos publicados consiguió una reducción de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y del peso.

Debido al mecanismo de acción que presenta, incrementa el riesgo de infección genitourinaria y puede dar lugar a trastornos urinarios y renales.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos activos con dapagliflozina en pacientes ambulatorios de un sector sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal y multicéntrico que incluyó pacientes con tratamiento activo de dapagliflozina en receta electrónica en 03/2015.

Las fuentes de datos fueron la historia clínica de Atención Primaria y Hospitalaria y se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, línea de tratamiento, antidiabético concomitante, variaciones del peso y del valor de la HbA1c en pacientes con al menos 3 meses de tratamiento y efectos adversos (EA) relacionados con Dapagliflozina.

RESULTADOS: Se identificaron 52 pacientes en tratamiento activo con Dapagliflozina.

La media de edad fue de $58,0 \pm 9,9$ años, un 53,8% (28) eran hombres.

En un 55,8% de los pacientes (29) se utilizaba Dapagliflozina en 2ª línea, en un 26,9% (14) en 3ª línea y en un 17,3% (9) en 4ª línea. Tres de los pacientes estaban en tratamiento con Dapagliflozina en monoterapia, 45 en biterapia y 4 en triterapia. Ningún paciente llevaba insulina como tratamiento concomitante. Los tratamientos antidiabéticos concomitantes fueron: metformina (48), sulfonilurea (2), inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4 (2), meglitinidas (1). 38 pacientes llevaban al menos 3 meses de tratamiento con Dapagliflozina y en 21 se obtuvieron datos de HbA1c pre y post-tratamiento. La media de HbA1c previa al inicio era de $8,3\% \pm 1,5\%$ y la post-tratamiento de $7,1\% \pm 0,9\%$. En 4 pacientes se incrementó la HbA1c (media $0,55\% \pm 0,2\%$) y en 17 se redujo (media $1,59\% \pm 1,3\%$). En 13 pacientes se obtuvieron datos del peso pre-tratamiento (media: $89,7 \pm 12,5$ kg) y post-tratamiento ($84,5 \pm 12,7$ kg), sólo uno ganó 3,5 kg y otro se mantuvo igual.

Se identificaron EA en 7 pacientes (13,5%): 1 incontinencia urinaria, 3 poliuria, 1 vaginitis candidiásica y 2 infecciones de tracto urinario. La tasa de infecciones genitourinarias fue del 5,8% (todas en mujeres).

CONCLUSIONES: Ha podido valorarse la efectividad en menos de la mitad de los pacientes en tratamiento activo con Dapagliflozina. La disminución de HbA1c y de peso es mayor a la obtenida en ensayos clínicos.

La tasa de infecciones genitourinarias encontrada es similar a la descrita en los estudios.

Se debe promover el registro de variables de eficacia en pacientes en tratamiento con Dapagliflozina.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

85. ENCUESTA PARA MEJORAR LA INFORMACION QUE SE ENVIA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA PARA REVISAR PRESCRIPCIONES EXTRAHOSPITALARIA

AUTORES: Lekue Alkorta I, Bilbao Aguirregomezcorra J, Floristán Imízcoz C.

Osi Barakaldo Sestao. Avda A.miranda N°5. Vizcaya. España

OBJETIVO: Conocer la opinión de los facultativos de los centros de salud sobre los listados codificados de pacientes (CIC) que se envían desde el servicio de farmacia para revisar prescripciones extrahospitalarias con el objetivo de mejorar su calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recientemente nuestra organización ha integrado la atención primaria y la especializada, siendo esto una oportunidad de coordinar la información que se envía a los facultativos, reorganizar tareas en equipo interniveles, eliminar barreras y permitir una atención global del paciente. Desde el servicio de farmacia se envían a los facultativos listados codificados de pacientes para su revisión sobre distintos aspectos: pacientes sin prescripción activa de medicamentos de elección de determinadas patologías, pacientes con dosis superiores a las autorizadas, pacientes con fármacos a valorar si sigue vigente la indicación y valorar su deprescripción, con tratamiento con estatinas en prevención primaria y sin registro de haber calculado el riesgo cardiovascular, pacientes con fármacos con interacciones relevantes, con fármacos considerados alternativas y no de primera elección, con alertas de seguridad, etc...

El envío de estos listados en algunos casos no se acompaña de la consiguiente revisión del tratamiento por parte del médico. Para mejorar la efectividad del envío de esta información, se remitió un cuestionario electrónico al correo de cada uno de los 77 médicos de atención primaria y 17 pediatras con cupo asignado de la organización.

RESULTADOS: 52 facultativos (55%) han respondido el formulario. Las respuestas han sido:

- ¿Le parece útil el envío de CIC para mejorar la prescripción de medicamentos? (valorado de 1 a 10). El 42 % de los facultativos lo puntúa con un 10, el 86% lo puntúa con mas de un 8 y ninguno con 5 o menos puntos.
- ¿Cada cuanto le gustaría recibir listados de CIC sobre prescripción de medicamentos? El 53% responde que siempre que el Servicio de Farmacia considere que hay información de interés. El 38% responde que una vez al trimestre.
- ¿Cuales de estas acciones le parecerían eficaces para facilitar la revisión de estas prescripciones? 62% responde que saber que estos listados junto con la información que se envía a los médicos de atención primaria los conocen también la especialidad hospitalaria relacionada, el 58% responde que poder tener un acceso fácil y consensuado/

protocolizado con el especialista del hospital relacionado. Al 49% le gustaría tener estos listados fácilmente localizables en un su ordenador.

• Cuando se envían CIC y no los modifica o revisa, ¿Cual suele ser el motivo? El 80% de las respuestas se reparte equitativamente entre la falta de tiempo y el que se trate de una prescripción iniciada por otro facultativo.

CONCLUSIONES: El envío de listados para revisión de prescripciones extrahospitalarias es muy bien valorado por los facultativos de atención primaria. Su envío frecuente no parece ser un problema. La coordinación con el medico hospitalario que interviene en la prescripción es una necesidad reflejada en varias respuestas del cuestionario.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

88. ESTRATEGIAS COMPARTIDAS: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIALZHEIMER EN PACIENTES INGRESADOS Y SU CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA

AUTORES: Garcia Esteban B, Piqueras Romero C, Dominguez Herencias S, Gonzalez Joga B, Berrocal Javato Ma, De La Hija Diaz B.

Nuestra Señora Del Prado. Carretera De Madrid Km,114. Toledo. España

OBJETIVOS: Evaluar la intervención realizada en pacientes en tratamiento combinado antialzheimer (TCA) (inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) más memantina) ingresados en un hospital de 2º nivel, conforme al documento de consenso del Área.

Cuantificar la repercusión económica en el consumo de fármacos antidemencia así como el impacto en el indicador de calidad dosis mil habitante día (DHD) de memantina en mayores de 65 años del área.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y analítico en el que se incluyen todos los pacientes ingresados con TCA. El periodo de estudio Julio 2014- Abril 2015. Los pacientes fueron identificados desde el módulo de gestión unidosis. La valoración clínica del paciente se realizó por interconsultas desde el servicio de Farmacia al de Neurología en el programa de historia clínica electrónica. Las interconsultas se registraron como intervención farmacéutica para medir el grado de aceptación.

La adecuación del tratamiento antialzheimer se realizó según los criterios establecidos en el documento de área «Manejo farmacológico de la demencia tipo Alzheimer» elaborado por neurólogos, médicos de atención primaria, geriatras y farmacéuticos de ambos niveles.

Tras la valoración clínica las opciones de tratamiento podían ser: mantener el mismo tratamiento, suspender TCA (memantina o IACE) o retirada completa del tratamiento. Consideramos aceptada la intervención tanto la suspensión del TCA como la retirada completa del mismo.

Al alta del paciente se notificaba la respuesta de la interconsulta a inspección y al médico de atención primaria para la continuidad asistencial de las recetas, realizando el seguimiento en el módulo de prescripción de receta.

Los datos de repercusión económica fueron obtenidos del módulo de prescripción de recetas sobre el periodo julio-diciembre 2014.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 29 pacientes con una media de edad 81.18 años. 25 (86.2%) fueron valorados por el servicio de Neurología. De los 25 valorados en 6 (24%) se retiró el tratamiento completo por estar en estadios muy avanzados (GDS \geq 7). En 12 (48%) se suspendió el TCA; en 7 se retiró el IACE (manteniendo memantina) y en 5 se retiró memantina (manteniendo IACE). En 7 (28%) pacientes se mantuvo el TCA de inicio.

Tras la revisión de historias clínicas al alta se mantuvieron las recomendaciones del neurólogo en 24 pacientes (96%).

La repercusión económica de la intervención ha supuesto una disminución en la prescripción de fármacos anti-demencia de un 20.26% (5.895€) en atención especializada y un 4.51% (36.908€) en primaria

El valor del indicador DHD memantina bajó de 19.98 en julio 2014 a 19.17 en diciembre 2014.

CONCLUSIONES: En un 72% (18 pacientes) hubo modificación del tratamiento, por lo que consideramos que el grado de aceptación ha sido alto.

Este grado de aceptación ha tenido una repercusión tanto en el indicador DHD memantina como en el importe de recetas de fármacos anti-demencia.

La retirada del tratamiento completo se realizó en GDS \geq 7 coincidiendo con lo que indica la evidencia científica.

Los resultados muestran cómo un abordaje multidisciplinar e interniveles en determinadas patologías puede ayudar a la adecuación de uso de determinados fármacos con repercusión económica y favoreciendo la seguridad al retirar tratamientos innecesarios.

Conflicto de intereses: ninguno.

529. ESTUDIO DE LA NEUMONIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: Piñeiro Conde S, Fernandez Perez A, Lopez Garcia Vm, Otero Logilde A.
Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti. Ulises Romero S/N. Lugo. España

OBJETIVO: La neumonía supone una de las principales causas de infección entre los ancianos institucionalizados con una incidencia superior a 20/1000 habitantes por año, siendo la primera causa de muerte por infección en este tipo de centros.

Evaluar los aspectos clínicos y epidemiológicos de las neumonías en un centro geriátrico con 172 camas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo (Enero-Diciembre 2014). Se incluyeron todos los residentes del centro y se valoraron el 100% de las neumonías. Se registró la comorbilidad asociada y la capacidad funcional de cada anciano en función del Índice de Barthel (IB) e Índice de Lawton (IL). Los criterios diagnósticos de "probable neumonía" fueron: fiebre (temperatura > 37°), expectoración, tos, disnea, disminución en la saturación de oxígeno (30 rpm), tensión arterial (PA sistólica

RESULTADOS: Se incluyeron 210 pacientes y se diagnosticaron 32 casos de "probable neumonía", 18 varones (56,3%) y 14 mujeres (43,7%), con edad media de 83±4. En 29 casos los ancianos padecían comorbilidades: demencia (5), diabetes (4), EPOC (3), Parkinson (3), enfermedad cerebrovascular (3), insuficiencia cardíaca (2), cáncer (2) e insuficiencia renal (2) entre otras. La capacidad funcional previa fue IB= 29,3±21,8 e IL 1,27±2,02, mientras que durante el episodio infeccioso fue IB= 18,9±17,60 (solamente medido en 10 pacientes).

Los síntomas y signos clínicos más frecuentes que se manifestaron fueron: disnea y alteración de la frecuencia respiratoria (72%), fiebre (66%), saturación de oxígeno

Se inició tratamiento empírico en el medio sociosanitario (27 pacientes): amoxicilina-clavulánico (15) 55,5%, ceftriaxona (8) 29,6%, levofloxacino (3) 11,1%, azitromicina (1) 4%. Se produjo remisión de la infección en 23 casos con el tratamiento de primera elección, en 4 casos hubo modificación del tratamiento antibiótico de los cuales 2 fueron éxitos. En el medio hospitalario (5 pacientes): vancomicina+gentamicina en 2 pacientes, ceftriaxona en otros dos y moxifloxacino en un caso, se produjo remisión en 2 casos y otros tres fueron éxitos. Tasa de mortalidad global 15,6%.

CONCLUSIONES: Se comprueba que el principal método de diagnóstico es empírico basado en criterios clínicos y no radiológicos salvo que el paciente sea trasladado al hospital. Algunos estudios sitúan el porcentaje de error en este tipo de diagnósticos entorno al 15%, pero se justifica al considerarse fundamental una rápida instauración del tratamiento antibiótico. Solamente se derivan al hospital aquellos pacientes con un cuadro clínico más complicado o con estado funcional de alta debilidad, de ahí el mayor porcentaje de mortalidad en estos pacientes 3/5 vs 2/27 en residencia.

Se pretende utilizar aquellos antibióticos que aporten una buena actividad contra neumococo y una amplia cobertura frente a patógenos respiratorios (similar a lo que establecen las guías para el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad), incluido los microorganismos atípicos si fuera necesario.

566. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA DE INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: Cano Cuenca N, Pagán Núñez Ft, Sanz Arrufat Aj, Bonaga Serrano B.
Hospital Hellin. Juan Ramon Jimenez 40. Albacete. España

OBJETIVOS: Los indicadores de calidad de prescripción (ICP) son un instrumento de medida que nos permite realizar una valoración de la prescripción farmacológica. La implantación de medidas, por parte del farmacéutico, que mejoren el cumplimiento de los ICP forma parte de la promoción del uso racional del medicamento. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de la estrategia adoptada por el Servicio de Farmacia (SF) de una Gerencia de Área Integrada (GAI) para mejorar el cumplimiento de los ICP definidos de Atención Primaria (AP) y evaluar los resultados obtenidos tras un año de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS: El contrato de gestión engloba un total de 24 ICP divididos en tres grupos, selección (11), prevalencia (8) y gasto (5), con unos niveles de cumplimiento definidos para cada uno de ellos. Nuestra estrategia de mejora se centró en los indicadores de selección e incluyó las siguientes medidas:

-Elaboración de informes individualizados por facultativo prescriptor en los que se detallaba el grado de cumplimiento de cada ICP.

-Reuniones trimestrales del farmacéutico de área con los facultativos de cada Zona Básica de Salud. Además, estaban presentes el Gerente y el Director Médico de la GAI. En ellas se revisaban los ICP y se recomendaban acciones para incrementar el cumplimiento.

El SF priorizó su actividad a mejorar el ICP relativo a prescripción de Omeprazol frente a otros Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs), marcando como objetivo que la prescripción de este fuese del 90%, realizando notas informativas sobre indicaciones, interacciones y comparativas de todos los IBPs.

RESULTADOS: Tras un año de implantación de las medidas adoptadas, hemos observado que ha mejorado el cumplimiento en 6 de los 11 indicadores de selección: Adhesión a la Guía Farmacoterapéutica, prescripción de nuevos principios activos sin aportación terapéutica relevante, prescripción de fármacos eficientes para la osteoporosis, prescripción de COXIBs, prescripción de Ácido Acetilsalicílico frente a otros antiagregantes plaquetarios y prescripción de IECAs frente a otros fármacos del Sistema Renina-Angiotensina. No se produjeron cambios en el cumplimiento de prescripción de fórmulas con Morfina, adhesión a la GFT de ARA-II, prescripción de Simvastatina frente a otras estatinas y prescripción de Omeprazol frente a otros IBPs. El único indicador que empeoró fue la prescripción de Metformina frente a otros fármacos modificadores de lípidos.

Nuestro objetivo priorizado, el porcentaje de prescripción de Omeprazol frente a otros IBPs, fue del 83,6%, no alcanzándose el objetivo definido.

CONCLUSIÓN: En general podemos decir que las medidas adoptadas para mejorar los ICP de selección han sido adecuadas, si bien es verdad, no se han obtenido resultados favorables en el indicador seleccionado como es el aumento de prescripción de Omeprazol. Este estudio sugiere que son necesarias medidas adicionales para obtener la mejora de todos los ICP, por lo cual incluiremos nuevos enfoques en la estrategia de mejora como reuniones individualizadas con los médicos prescriptores de AP que más se desvíen de los objetivos, así como con los especialistas del Hospital, al objeto de trabajar la prescripción inducida, uno de los argumentos más utilizados por facultativos de AP.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

893. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.

AUTORES: Pérez Díez C, Escolano Pueyo A, Arrieta Navarro R, Casajus Lagranja P, Castiella García M, Abad Sazatornil Mr.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo De Isabel La Católica, 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVO: Descripción de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica y valoración del grado de aceptación de las mismas.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas sobre las prescripciones farmacológicas de los residentes de un centro sociosanitario al implantar un programa de gestión integral del medicamento (Farmatools®). Variables registradas: datos demográficos del paciente, fármaco implicado y motivo de IF. Todas las IF se dirigieron a los médicos responsables. La valoración del grado de aceptación de las IF se detectó en base a las modificaciones realizadas sobre la prescripción médica según las recomendaciones.

RESULTADOS: Se transcribieron las prescripciones médicas al programa Farmatools® de 178 residentes, 59,0% mujeres, edad media: 85,6±9,6 años (rango 54-104 años) con una media de 9,4±3,6 fármacos prescritos (rango 2-20). Se registraron 117 IF, lo que supone un promedio de 0,66 IF/residente. El total de IF correspondía a 25 principios activos diferentes. El 44,5% de las IF se originaron por la prescripción de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (MNIG) del hospital. En la mayoría de casos (52,0%) los MNIG se sustituyeron por medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica por protocolo de intercambio farmacoterapéutico (PIT). Los grupos farmacoterapéuticos afectados fueron: estatinas (40,7%) (atorvastatina (100,0%)); inhibidores de la bomba de protones (IBPs) (40,7%) (omeprazol (36,4%), pantoprazol (36,4%), esomeprazol (18,1%) y rabeprazol (9,0%)) y ARAII (18,5%) (eprosartán (50%), telmisartán (25%) e irbesartán (25%)). En el 15,4% de las IF se recomendó la suspensión de los MNIG considerados de utilidad terapéutica baja (UTBs): glucosamina (50%), fármacos psicoestimulantes y nootrópicos (25%) y extractos de plantas empleados en hiperplasia benigna de próstata (25%). El 19,7%, 18,8% y 0,85% de las IF recomendaron cambio de dosis, frecuencia y vía de administración del medicamento, respectivamente. El 5,1% de las IF recomendaron la suspensión del medicamento por duplicidad terapéutica. El porcentaje de IF por interacción farmacológica fue del 14,5% siendo la más frecuente la interacción de clopidogrel con omeprazol (46,2%). La vía de comunicación de las IF fue verbal en el 100% de los casos. En cuanto a la evaluación del impacto de las IF, el 56,0% fueron aceptadas y el 44,0% rechazadas.

CONCLUSIONES: La implantación del programa de gestión integral del medicamento Farmatools® en el centro sociosanitario nos permite disponer de información actualizada de las prescripciones médicas de cada residente. El proceso de validación farmacéutica de las mismas permite realizar intervenciones farmacéuticas que contribuyen a resolver los problemas existentes o potenciales relacionados con los fármacos aumentando así la calidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

405. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

AUTORES: Sanchez Martinez I, Manresa Ramón N, García Motos C, De Bejar Riquelme N, Rizo Cerdá Ám, Moregó Soler A.

Hospital Morales Meseguer. Avda. Marqués De Los Velez, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en el perfil de prescripción por receta de estatinas en nuestra área de salud, tras la aplicación de un programa de intervención establecido por el Servicio Murciano de Salud (SMS) con el objetivo de optimizar el tratamiento con estatinas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se analizó y comparó el perfil de prescripción y gasto asociado a la prescripción en receta de estatinas tanto en atención primaria como especializada. Se analizaron por principio activo, dosis y especialidad clínica del prescriptor, comparando los resultados de un periodo de seis meses antes y después de dicha intervención.

La intervención consistió en la información a los facultativos prescriptores a través de sesiones clínicas presenciales en los centros de salud y servicios clínicos, de la evidencia sobre indicaciones, efectos adversos, interacciones, equivalencias y costes asociados a las diferentes estatinas disponibles en el mercado, realizando recomendaciones sobre cuando está realmente indicada su prescripción y dentro de ellas las opciones más coste-efectivas. También se recomendó la revisión de los pacientes ya en tratamiento con la finalidad de valorar la posible suspensión y/o cambio a una opción más eficiente. Para ello a cada facultativo se le facilitó un listado actualizado de los pacientes en tratamiento y la propuesta de sustitución por un equivalente más eficiente si fuera el caso.

Los datos de prescripción en receta se obtuvieron a través del programa corporativo del SMS AdN.

RESULTADOS: Se obtuvieron datos de DHD (dosis por mil habitantes y día), que nos podrían dar una aproximación de la población en tratamiento con estatinas. Tras la intervención se observó un incremento tanto a nivel de nuestra área de salud (85,74 vs 91,91) como a nivel del SMS (86,28 vs 92,71). Analizando los datos de DDD (dosis diaria definida) de las estatinas, vemos que se corresponde con un incremento del 6,78% respecto del periodo anterior a la intervención y que este incremento es debido a un aumento de las DDD de las estatinas consideradas más seguras y eficientes (simvastatina y atorvastatina), experimentando un mayor crecimiento las dosis más altas, y acompañado de una disminución de las DDD de rosuvastatina y pitavastatina.

En esta misma línea, aunque el número de recetas en el área de salud se incrementó en un 1.54%, se observó una disminución del gasto (6.8 %), asociado a un cambio en el perfil de prescripción, disminuyendo tanto la prescripción (5,3%) como el gasto (9,9%) de estatinas menos eficientes (Rosuvastatina y Pitavastatina).

Esta tendencia de cambio también se observó cuando analizamos por separado la prescripción a nivel de atención primaria y especializada, incluso a nivel de las diferentes especialidades hospitalarias.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que las estrategias de formación e información directa y periódica tanto de recomendaciones clínicas como de coste de tratamiento a los facultativos es eficiente sobre todo cuando se desarrollan de forma complementaria en todo el área de salud, incluyendo a los servicios clínicos hospitalarios responsables en un importante número de pacientes de la primera indicación incluyendo el tipo de estatina utilizada.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

747. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS AL INGRESO HOSPITALARIO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE APOYO

AUTORES: Marquínez Alonso I, Flox Benítez Mp, López Muñoz Mj.

Hospital Universitario Santa Cristina. Calle Del Maestro Amadeo Vives, 2. Madrid. España

OBJETIVO: La conciliación de medicamentos consiste en contrastar el listado completo y exacto del tratamiento domiciliario del paciente con la prescripción farmacoterapéutica en todas las transiciones asistenciales como parte de los programas de seguridad del paciente.

El objetivo del estudio fue evaluar el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso en unidades quirúrgicas en un hospital general de apoyo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de 2 meses de duración (abril–mayo 2015) para evaluar las discrepancias entre el tratamiento domiciliario y el prescrito al ingreso de pacientes de cirugía electiva en los servicios de traumatología y cirugía general en un hospital general de apoyo. Se excluyeron aquellos pacientes sin tratamiento domiciliario.

VARIABLES recogidas: demográficas (sexo, edad, fecha de ingreso, tipo de cirugía) y del proceso de conciliación (tratamiento domiciliario, medicación prescrita al ingreso, discrepancias). Los datos se registraron en un impreso específico diseñado para ello.

Se definió discrepancia como cualquier diferencia entre el tratamiento domiciliario y la prescripción al ingreso. Cada línea de tratamiento se clasificó como no discrepancia, discrepancia justificada (DJ) o no justificada (DNJ): omisión de un medicamento, medicamento innecesario, diferente dosis/frecuencia/vía, diferente medicamento, prescripción incompleta.

Fuentes de información: visor de historia clínica en Atención Primaria y Especializada (Horus®) y programa de prescripción electrónica (módulo de Unidosis de Farmatools®).

RESULTADOS: Se incluyeron 83 pacientes (61,4% mujeres). La edad media fue de 66,0±13,3 años. Los principales tipos de cirugía fueron: hernia inguinal 16,9%; gonartrosis 15,7%; coxartrosis 14,5%; coledolitiasis 9,6%; eventración 6,0%.

Se analizaron un total de 467 tratamientos domiciliarios. La media de los mismos por paciente fue de 5,6±2,8. Por grupos terapéuticos (clasificación ATC), los más frecuentes pertenecían a: sistema nervioso 31,3%; aparato cardiovascular 28,3%; aparato digestivo/metabolismo 20,6%.

En total se analizaron 817 líneas de prescripción, en las que se detectaron 642 discrepancias. De ellas, 523 fueron justificadas. De las DNJ, el 68,6% fueron omisión de medicamento, el 23,7% diferente dosis/frecuencia/vía, el 5,2% diferente medicamento y el 2,5% medicamento innecesario. La media de DNJ por paciente fue de 1,4±1,5. Los principales grupos terapéuticos con DNJ fueron: aparato cardiovascular 34,7%; aparato digestivo/metabolismo 22,9%; sistema nervioso 15,3%; aparato respiratorio 8,5%.

CONCLUSIÓN: Aunque la mayoría de las discrepancias fueron justificadas, el número de DNJ podría verse reducido con la implantación de un programa sistemático de conciliación al ingreso hospitalario, ampliable posteriormente a todas las transiciones hospitalarias y al alta. Cabe destacar que la principal limitación del estudio fue la evaluación de las discrepancias entre el tratamiento domiciliario y la medicación al ingreso realizada únicamente por farmacéuticos. La formación de un equipo multidisciplinar formado por médicos, farmacéuticos y personal de enfermería optimizaría, en especial desde el punto de vista clínico, el proceso de conciliación con el fin de asegurar la continuidad asistencial de la farmacoterapia en las transiciones asistenciales de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

161. EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: Sierra Sánchez JF, González-Carrascosa Vega T, Gázquez Perez R, Jimenez Pichardo L, González Rosa V, Moreno Carvajal MT.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Hospital de Jerez. Ronda circunvalación s/n 11407. Cádiz. España

OBJETIVO: Analizar la evolución de la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa en un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: se analizó la evolución de la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa (ACOAD) en un área sanitaria a lo largo de cuatro años. El periodo de estudio fue 2011-2014, y se incluyeron todas las prescripciones de anticoagulantes orales (ACO) facturadas y realizadas por facultativos pertenecientes a centros de salud y el hospital de referencia de un área sanitaria de 415.000 habitantes. Se definió el indicador de ACOAD como la proporción de DDD de ACOAD dividida entre el total de DDD de anticoagulantes orales (ACO): % ACOAD = DDD ACOAD / DDD ACO. El valor de este indicador se determinó para cada uno de los cuatro años. Adicionalmente se midió la proporción de facultativos con alguna prescripción de ACOAD durante los últimos cuatro años, el importe total consumido en ACO y el coste/DDD para cada año. Los datos de facturación farmacéutica se obtuvieron a través de la aplicación corporativa Microstrategy.

RESULTADOS: el número de prescriptores de ACO ha crecido un 6%, pasando de 561 en 2011 a 595 en 2014. La proporción de facultativos con prescripción de ACOAD ha pasado de un 34,2% en 2011 a un 67,6% en 2014. Durante los cuatro años analizados, la prescripción de ACOAD se ha incrementado progresivamente, variando el indicador % ACOAD, entre los años 2011 y 2014 desde un valor del 1,30% a un 50,85%. El total de DDD de ACO se ha

incrementado paralelamente, pasando de 865.509 DDD en 2011 a 1.812.782 DDD en 2014 (+109,45%), mientras las DDD de AVK se han mantenido prácticamente sin variación: 854.271 en 2011 y 873.189 en 2014 (+2,21%). El coste global de todos los ACO en el año 2011 fue de 182.410 €, pasando a 1.296.194,67 € en 2014 (617,40%). Así mismo se incrementó el número de pacientes en tratamiento con ACO, pasando de 6.364 pacientes en 2011 a 8.048 en 2014 (126,46%) y el consumo en DDD/paciente, que pasó de 136 DDD/paciente en 2011 a 225 DDD/paciente en 2014 (165,6%).

CONCLUSIONES: durante los últimos cuatro años la prescripción de ACO se ha incrementado, principalmente a expensas de los ACOAD, cuyo uso ha crecido hasta ser la mitad de las dosis de ACO utilizadas. Aunque el número de prescriptores de ACO en el área ha crecido levemente, se han incrementado en una cuarta parte el número de pacientes en tratamiento, la proporción de facultativos con prescripción de ACOAD se ha multiplicado por dos y el coste global de la ACO se han multiplicado por seis. Dada la novedad de los ACOAD, el estrecho margen terapéutico, su creciente uso y su elevado impacto presupuestario, deberían diseñarse estrategias dirigidas a optimizar su uso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

933. EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE FENTANILO TRANSMUCOSO EN UN AREA DE SALUD

AUTORES: Abellon Ruiz J, Ruiz Ramirez Jc, Alonso Herreros Jm, Soler Soler Mdm, Gimenez Viudes J.
Hospital Los Arcos Mar Menor. Paraje Torre Octavio, 54. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de fentanilo transmucoso (bucal, sublingual y nasal) en un área de salud, valorando el impacto económico de su uso fuera de indicación.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo, retrospectivo, sobre registros electrónicos de dispensación de recetas en un área de salud entre 2004 y 2014, con intervenciones en pacientes seleccionados del último año.

RESULTADOS: El total de envases de fentanilo transmucoso ha pasado de 493 en 2004 a 3174 en el año 2014. El crecimiento ha sido de forma constante, con grandes incrementos en los años 2005 (un 47% con respecto al año anterior), 2010 (un 78,4%) y 2013 (con un 33%). La variación de la población en el área de estudio no fue significativa ni paralela a este incremento (113.000 el máximo a 99.000 el mínimo).

Respecto al análisis por paciente en el año 2014, fueron dispensadas recetas a un total de 344 pacientes, sumando un importe sobre PVP de 753.902,65 €. En tan sólo 12 de estos pacientes se concentraba el 49,3% del importe total. El análisis de sus historias clínicas indicó que ninguno de los 12 pacientes usaba el fentanilo transmucoso para su indicación autorizada en ficha técnica (dolor disruptivo oncológico), ni se habían realizado los trámites a los que obliga el Real Decreto 1015/2009 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales (obtención del consentimiento informado del paciente y constancia en la historia clínica).

Junto a la Unidad de Dolor del hospital de referencia del Área de Salud, se realizó una intervención sobre el grupo de pacientes con mayor consumo, detectándose tres casos de adicción a opiáceos a los que fue necesario someterlos a terapia de deshabitación.

CONCLUSIONES: El consumo de fentanilo transmucoso está sufriendo un incremento sustancial en los últimos años. Dicho aumento estaría asociado al uso en indicaciones no incluidas en ficha técnica (dolor no oncológico), sin cumplir los requisitos legales para estas condiciones.

Este uso excesivo de fentanilo ha causado casos de adicción en pacientes que han necesitado tratamientos de deshabitación.

Con el fin de evitar casos como los descritos, sería necesario protocolarizar el uso fuera de indicación de fentanilo transmucoso, informar adecuadamente a los médicos de atención primaria y realizar un estrecho seguimiento a los pacientes a los que se les ha pautado.

Por los mismos motivos, sería necesario comprobar si este incremento en el uso de fentanilo transmucoso se está produciendo en otras zonas de España.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

739. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIPSICÓTICOS EN UN ÁREA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

AUTORES: Muñoz Contreras Mc, Galindo Rueda Mm, Almanchel Rivadeneyra M, Tomas Luiz A, Ramirez Roig C, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la evolución del consumo de antipsicóticos en el ámbito de atención primaria correspondiente a un área de salud de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo del consumo de medicamentos antipsicóticos pertenecientes a la clasificación anatómica terapéutica (ATC) N05A durante el periodo comprendido entre 2006 y 2014, excluyendo el Litio (N05AN) por no ser un neuroléptico sensu stricto y por estar indicado en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar.

Los datos de consumo se han obtenido de la aplicación informática de gestión de farmacia del Servicio Murciano de Salud, que contiene información sobre el número de especialidades farmacéuticas con receta a cargo de la Seguridad Social dispensadas por las oficinas de farmacia. Los datos se han expresado para cada principio activo en dosis habitante y día (DHD) que corresponde a la dosis diaria definida (DDD) por 1000 habitantes/día y el gasto farmacéutico y coste por DDD se expresaron en euros (€).

Las variables recogidas fueron: año, tipo de fármaco antipsicótico, gasto y número de envases dispensados.

RESULTADOS: El 98% del gasto de antipsicóticos (AP) en el año 2014 corresponde al consumo de antipsicóticos atípicos (AA), con un incremento del 2% respecto al año 2006, observando una disminución del 42% en el gasto de antipsicóticos típicos (AT) en 2014. La DHD de AP en 2014 fue de 15,9 respecto al año 2006 que fue de 14,9.

A lo largo de estos nueve años se observa un incremento en el número de envases dispensados del 6,9%, pasando de 74.697 en el año 2006 a 79.884 en el año 2014. En 2014 el 65% de los envases dispensados corresponde a AA, lo que equivale a un incremento respecto del año 2006 del 29%.

De los AA, el fármaco más consumido en 2006 fue risperidona con una DHD de 7,4 y un gasto de 3.088.239€ frente a 2014 con 744.758€. Durante la época estudiada se observa una disminución progresiva del consumo de risperidona obteniendo una DHD de 2,5 en el año 2014 y un gasto de 221.646€; por el contrario, paliperidona, metabolito activo de risperidona comercializada en el año 2008, ha experimentado un aumento en su consumo, situándose en 2014 con una DHD de 4,2 y un gasto de 3.098.541€.

Los principios activos más consumidos por DHD en el año 2006 fueron: risperidona (7,4), olanzapina (2,7), quetiapina (1,1) y haloperidol (0,9), frente a los más consumidos en el año 2014 que fueron: paliperidona (4,2), olanzapina (3,2), risperidona (2,5) y quetiapina (2,4).

CONCLUSIONES: El perfil de consumo de AP en el área de salud ha evolucionado en los últimos años, siendo mayoritario el consumo de AA frente a AT.

El hallazgo más significativo es el descenso acusado del uso de risperidona, motivado por la llegada al mercado farmacéutico en 2008 de paliperidona, que ha ido aumentando su consumo hasta situarse como el AA de mayor consumo.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

495. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PALMITATO DE PALIPERIDONA EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: Rizo Cerdá Am, García Motos C, Alonso Domínguez T, Sánchez Mulero Mc, Sánchez Martínez I, Soria Soto M.

Hospital Morales Meseguer. Avda. Masqués De Los Vélez, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Conocer la evolución del perfil de prescripción de palmitato de paliperidona en nuestra área de salud, antipsicótico cuya incorporación a la terapéutica se ha considerado de escasa innovación terapéutica y que ha supuesto un elevado impacto económico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de la prescripción en receta por paciente de palmitato de paliperidona desde enero a noviembre de 2013 y 2014. Los datos se han obtenido del programa de facturación del Servicio Murciano de Salud (SMS) AdN y se trataron con Excel®.

RESULTADOS: Palmitato de paliperidona intramuscular se prescribió, en 2013 y 2014, a 375 y 377 pacientes respectivamente en nuestra Área de salud. Ello supuso un coste de 1.994.985 € en 2013 y 1.768.884 € en 2014.

En cuanto al perfil de prescripción en 2013 versus 2014: al 59,4% Vs 58,1% de los pacientes se les prescribieron dosis mensuales de mantenimiento de acuerdo a ficha técnica (≤ 150 mg), siguiendo el 40,6% (2013) y 41,9% (2014) restante la siguiente distribución respectiva: 17,8% Vs 20,7% dosis comprendidas entre 151-200mg, 8,0% Vs 8,6% entre 201-250mg, 5,4% Vs 5,9% entre 251-300mg, 5,4% Vs 2,9% entre 301-350mg, 2,3% Vs 1,4% entre 351-400mg, 0,7% Vs 0,9% entre 401-450mg y 1,0% Vs 1,5% dosis superiores a 451mg.

CONCLUSIONES: - Se observa una elevada proporción de pacientes en tratamiento con palmitato de paliperidona: 1,25/1.000 habitantes (teniendo en cuenta que la prevalencia de esquizofrenia según la Subdirección de salud mental del SMS en la región de Murcia es de 4,14/1.000 habitantes).

- Casi la mitad de los pacientes recibieron dosis de mantenimiento que superan las establecidas en la ficha técnica con las consiguientes repercusiones en seguridad y de incremento importante del gasto (elevado coste del fármaco en relación al resto de antipsicóticos atípicos a dosis equivalentes).
- Este consumo estaría justificado si supusiera una reducción en el número de recidivas o en la reducción de la estancia hospitalaria, resultados que no se han podido constatar.
- Perfil de prescripción muy similar en ambos periodos de estudio.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

505. EXPERIENCIA EN LA DESPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

AUTORES: Rojo García A, García Poveda Nv, Lahuerta Dal-Re J.

Centro Hospitalario Benito Menni. Mendinueta S/N. Navarra. España

OBJETIVOS: Evaluar la presencia de síntomas relacionados con la retirada de benzodiazepinas y el porcentaje de pacientes en los que se consigue retirarlas con éxito.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional

Ámbito: centro residencial sociosanitario

Se seleccionan pacientes con discapacidad intelectual sola o asociada a otras alteraciones mentales, en tratamiento con benzodiazepinas más de 3 meses

Se excluyen pacientes en tratamiento con benzodiazepinas menos de 3 meses, prescritas como antiepiléptico o cuando clínicamente no se justifica su retirada.

Se revisa la historia clínica y se registran datos relacionados con el paciente (edad, sexo, diagnóstico) y el fármaco (benzodiazepina, dosis, duración del tratamiento, intentos de retirada, síntomas detectados).

RESULTADOS: De un total de 28 pacientes con discapacidad intelectual evaluados, se excluyeron 9 (1 por indicación en epilepsia, 1 por no utilizar benzodiazepinas, 4 por duración menor a 3 meses y 3 por no estar justificada clínicamente la retirada).

Se incluyeron 19 pacientes, media de edad 36,8 años.

El 63,2% tenía un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica asociado a discapacidad intelectual, el 26,3% dos y el 10,5% ninguno.

Los diagnósticos asociados fueron esquizofrenia y epilepsia en 6 pacientes, trastornos afectivos en 4, trastornos de personalidad y TOC en 2, S. de Asperger y autismo en 1.

El 47,4% de los pacientes tenía pautada una benzodiazepina, el 42,1% dos y el 10,5% tres. Llevaban tratamiento con clonazepam 11 pacientes, lorazepam 9, clorazepato, diazepam y lormetazepam 3 y flunitrazepam 1. La combinación más utilizada fue clonazepam + lorazepam en 5 pacientes.

El 79% recibía una dosis dentro del rango terapéutico recomendado en ficha técnica y el 21% en dosis mayores, aunque, sin sobrepasar dosis máximas.

El 73,7% permanecía en tratamiento más de 1 año y el 26,3% entre 3 meses y 1 año.

La pauta de retirada fue individualizada para cada paciente oscilando entre 2 y 26 meses. Las benzodiazepinas con perfil hipnótico se pudieron retirar en menos de 20 días.

Se ha logrado la retirada en 15 pacientes (79%), en 5 de ellos tras varios intentos. De los 4 restantes (21%), hubo que reintroducirla en 3 por aumento de ansiedad y en 1 por crisis tónico-clónica.

Durante la retirada 5 pacientes (26,3%) presentaron aumento de ansiedad, 3 (15,8%) crisis tónico-clónicas y 2 (10,5%) insomnio.

CONCLUSIONES: Se ha conseguido retirar las benzodiazepinas con éxito en 15 pacientes (79%) siendo importante una retirada gradual para minimizar efectos adversos. El más frecuente fueron crisis de ansiedad.

Dos de los pacientes que sufrieron crisis tónico-clónicas recibían clonazepam más de 1 año y tenían antecedentes de epilepsia. El tercero no tenía antecedentes, pero estaba en tratamiento con clozapina a dosis altas lo que pudo contribuir a la aparición de la crisis.

Este estudio muestra la posibilidad de desprescripción de benzodiazepinas sin una indicación actual en un alto porcentaje de pacientes con discapacidad intelectual y comorbilidad psiquiátrica. Se constata el riesgo de aparición de crisis en pacientes con antecedentes de epilepsia, lo que hace necesario extremar las precauciones en estos casos.

1078. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: Fernández González Mp, López Doldán C, Gómez Márquez Am, Casado Vázquez L, Rodríguez Rodríguez Mdp, Varela Correa Jj.

Complejo Hospitalario Ourense. Ramón Puga, 54. Ourense. España

OBJETIVO: Analizar el impacto de la intervención farmacéutica en la conciliación de la medicación domiciliar de los pacientes ingresados en un servicio quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo de 4 meses de duración de la adecuación de la prescripción en un grupo de 127 pacientes ingresados en el servicio de urología de un hospital de segundo nivel.

Los criterios de exclusión fueron: duración de ingreso en la unidad menor de 24 horas y pacientes con mal pronóstico a corto plazo.

Las fuente seleccionada para la recogida de información de los pacientes ingresados el día anterior fue la historia clínica electrónica. Se revisaron las recetas prescritas y dispensadas en oficina de farmacia, los informes de ingresos previos, parámetros de laboratorio que pudieran resultar de interés y mediante la entrevista clínica con el paciente/tutor se valoró la adherencia al tratamiento.

Tras la intervención farmacéutica correspondiente se procedió al registro en la historia clínica electrónica de dicha intervención y en su caso de la medicación asociada que posteriormente fue confirmada por el médico responsable del paciente.

La actividad del farmacéutico se evaluó en función del tipo de intervenciones (IF), la frecuencia de las mismas y la aceptación de las mismas.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se analizan un total de 127 pacientes del Servicio de Urología de edades comprendidas entre 25 y 90 años (media de 71,6) de los cuales el sexo masculino representaba un 85,37%.

En un 52,2% de los pacientes fue necesaria la intervención farmacéutica.

1. En el 87,2 % se llevo a cabo la adecuación de la medicación domiciliar a las guías farmacoterapéuticas vigentes en nuestro centro (última actualización en el 2014). En 3 ocasiones surgieron discrepancias durante la entrevista y el paciente decidió mantener su tratamiento domiciliario.

2. El 22,8% restante se correspondieron con la detección de duplicidades farmacológicas (1,5%), errores de indicación (1,5%), interacciones(4,5%), errores de posología (4,5%) y otros relacionados con automedicación (4,5%).

3. No se registraron problemas relacionados con el medicamento que pudieran ocasionar daño al paciente a lo largo del estudio.

El tiempo medio diario dedicado a analizar el tratamiento de cada paciente fue de 12 minutos y la entrevista de 4 minutos.

El programa de actuación dispuso de la total aceptación por parte de los facultativos médicos.

CONCLUSIONES: 1- En más de la mitad de los pacientes fue necesaria la participación activa de un farmacéutico.

2- La adecuación de la medicación domiciliar del paciente ingresado y su registro en la historia clínica facilita la actividad posterior del médico prescriptor.

274. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

AUTORES: García Montañes S, Blasco Segura P, Milara Paya J, Pastor Clérigues A, García López M.

Hospital General Universitario De Valencia. Av/ Tres Cruces N° 2. Valencia. España

OBJETIVOS: Según las recomendaciones de las principales sociedades científicas relacionadas con la seguridad del medicamento, la implantación de un programa de conciliación de medicamentos ayuda a detectar y reducir los errores de Medicación. El objetivo de nuestro estudio es describir los resultados de un programa de conciliación de la medicación al ingreso en un servicio quirúrgico de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se llevó a cabo entre septiembre de 2013 y junio de 2014. Se seleccionaron pacientes mayores de 65 años, pluripatológicos y polimedicados (más de 5 fármacos domiciliarios). En todos los casos se informó a pacientes y/o familiares sobre el programa y aceptaron participar por escrito. Al ingreso se revisaron los medicamentos prescritos activos en SIA-ABUCASIS (sistema informático de prescripción ambulatoria implantado

en la Comunidad Valenciana) y se confirmó mediante entrevista con pacientes y familiares. Esta lista obtenida se comparó con la prescripción vigente en el hospital y se elaboró una relación completa de los medicamentos que el paciente debería recibir, de acuerdo a protocolos publicados de manejo de la medicación domiciliaria en pacientes quirúrgicos, registrando en ese momento los errores de conciliación cometidos por el facultativo al ingreso. Esta relación de medicamentos fue entregada al facultativo responsable del paciente.

RESULTADOS: Se realizó la conciliación en 483 pacientes mayoritariamente mujeres (57%), con una media de edad de 77 ± 9 años. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue la fractura de cadera (42%), seguida de la gonartrosis (23%), coxartrosis (15%), otras fracturas (11%) y otros diagnósticos (9%). El 73% de los pacientes tuvo al menos 3 patologías asociadas, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (68%), seguida de la diabetes (44%), depresión/ demencia (27%), cardiopatía (19%), enfermedad pulmonar (11%) e insuficiencia renal (6%). La media de medicamentos por paciente previos al ingreso fue de $8,45 \pm 3,2$. Entre los medicamentos más prescritos en domicilio destacaron aquellos que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC) (29%), sobre el sistema cardiovascular (SCV) (26%) y sobre el sistema digestivo y metabólico (SDYM) (19%). El 80% de los pacientes presentó al menos 1 error de conciliación al ingreso. Se revisaron un total de 3864 prescripciones de las cuales el 21% no tenían ningún error de conciliación. Del 79% restante el error más frecuente fue la omisión (58%), el siguiente error más frecuente fue el de diferente dosis/ vía/ frecuencia (17%), seguido de la prescripción de medicamento erróneo o inapropiado (6%) y por último el error de comisión (4%). Los grupos terapéuticos con más errores asociados fueron los que actúan sobre el SCV (35%), sobre el SNC (32%) y sobre el SDYM (20%).

CONCLUSIONES: Los errores de conciliación constituyen un riesgo para la salud del paciente quirúrgico. Este riesgo podría evitarse con la participación en la prescripción al ingreso de especialistas en farmacoterapia y con la aplicación de protocolos de manejo de la medicación domiciliaria al ingreso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

8. INTERVENCIÓN INTERNIVELES FARMACIA HOSPITALARIA/ATENCIÓN PRIMARIA EN EL USO ADECUADO DE CITALOPRAM/ESCITALOPRAM

AUTORES: Fayet Perez A, Martos Rosa A, Urda Romacho J, Gonzalez Vaquero D, Castro Vida Ma, Hernandez De Haro Fj.

Hospital De Poniente. Ctra. Almerimar, S/N. Almería. España

OBJETIVO: Evaluar la intervención farmacéutica interniveles (farmacia hospitalaria, farmacia atención primaria, médicos de atención primaria) en el uso adecuado de citalopram y escitalopram.

MATERIAL Y MÉTODO: Citalopram y escitalopram pueden provocar prolongación del intervalo QT, siendo el riesgo mayor conforme aumenta la dosis administrada. En pacientes mayores de 65 años y en pacientes con disfunción hepática, la dosis máxima diaria de citalopram no deberá superar los de 20 mg o 10 mg de escitalopram.

En enero de 2014 se hizo una búsqueda mediante el programa informático MicroStrategy® en el área del distrito para analizar los pacientes mayores de 65 años con dosis superiores a 20 mg de citalopram o 10 mg de escitalopram. Se envió una carta a los médicos de atención primaria informándoles de los pacientes que superaban la dosis recomendada para reevaluar el tratamiento. En enero de 2015 se revisan los pacientes donde se realizó la intervención para evaluar si se ha producido un cambio en la posología y comprobar la aceptación de la recomendación farmacéutica. Se consideró aceptación de la intervención farmacéutica cuando se disminuyó la dosis a igual o inferior a la máxima recomendada. Los motivos de discontinuidad de tratamiento fueron por suspensión o éxitus.

RESULTADOS: El área del distrito da servicio a 255.000 habitantes. En enero de 2014: pacientes en tratamiento con dosis superiores a las recomendadas: 292 (180 citalopram, 112 escitalopram); pacientes en tratamiento con CITALOPRAM: 2 pacientes 60mg, 14 pacientes 45mg, 3 pacientes 40mg, 161 pacientes 30mg; ESCITALOPRAM: 2 pacientes 30mg, 53 pacientes 20mg, 57 pacientes 15mg.

En enero de 2015: pacientes en tratamiento con CITALOPRAM: 2 pacientes 45mg, 3 pacientes 40mg, 70 pacientes 30mg, 71 pacientes 20mg, 3 pacientes 15mg, 5 pacientes 10mg, 26 pacientes discontinuidad de tratamiento; ESCITALOPRAM: 28 pacientes 20mg, 29 pacientes 15mg, 27 pacientes 10mg, 3 pacientes 7,5mg, 25 pacientes discontinuidad de tratamiento.

Tras la intervención: 109/292 (37%) en dosis recomendada. pacientes en tratamiento con dosis superiores a las recomendadas: 132/292 (45%) de los cuales 75/180 (42%) citalopram, 57/112 (51%) escitalopram. 3/292 (1%) han aumentado la dosis, 13/292 (4%) han disminuido dosis pero todavía por encima de la máxima recomendada, 35/292 (12%) suspensión de tratamiento y 16/292 (6%) fueron éxitus.

CONCLUSIONES: Los trabajos en equipos multidisciplinares favorece el uso correcto de los medicamentos, aumentando así la seguridad del paciente. Por ello, sería conveniente potenciar el trabajo conjunto entre atención primaria y especializada.

408. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

AUTORES: Garcia Gonzalez D, Sanchez Hernandez Jg, Perez Lopez R, Fernandez De La Fuente Ma, Pablos Hernandez Mc, Calvo Hernandez Mv.

Complejo Asistencia Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente 52-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Analizar cualitativa y cuantitativamente las intervenciones farmacéuticas (IF) aceptadas por el equipo interprofesional en una unidad de ortogeriatría.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y descriptivo realizado en una unidad de ortogeriatría durante los meses de marzo y abril 2015. Se incluyeron todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad durante los dos meses del estudio.

Mediante una entrevista con el paciente y/o familiar y la revisión de la historia clínica electrónica de Atención Primaria (Medora®) se confirmó y registró el tratamiento domiciliario. Se comparó la medicación prescrita con el tratamiento ambulatorio y se resolvieron las discrepancias encontradas con el médico prescriptor. Durante el ingreso se revisaron la prescripción médica y la situación clínica del paciente. Se realizaron las IF oportunas consensuándose con el equipo médico. Además, se entregó a cada paciente un listado completo de su medicación actualizada, y recomendaciones sobre su tratamiento acompañado de una explicación verbal del mismo.

Las IF se registraron cada día en una base de datos Microsoft Access®. Se clasificaron según se tratara de: omisión de tratamiento (tratamiento domiciliario o nueva indicación), cambio de tratamiento (intercambio terapéutico, otro fármaco más efectivo/eficiente, errores, interacciones u otros), cambio de posología (sobredosificación, infradosificación, cambio de horario de administración o incompleto), suspensión de tratamiento (no indicado, reacción adversa, no efectivo, duplicidad u otro) o cambio de vía de administración (de oral a intravenosa, de intravenosa a oral u otros).

RESULTADOS: Se aceptaron 145 IF de un total de 105 ingresos. Se intervino en 69 pacientes (65,7%). El mayor número de IF estuvieron relacionadas con fármacos del sistema cardiovascular 45/145 (31%) (antihipertensivos 21/145 (14,5%), antitrombóticos 15/145 (10,3%)), vitaminas y electrolitos 21/145 (14,5%), fármacos del sistema nervioso 19/145 (13,1%) y analgésicos y antiinflamatorios 12/145 (8,3%).

Las IF realizadas fueron las siguientes:

47 inicios de tratamiento (39,3%): 29 por ser nueva indicación y 18 por ser tratamiento domiciliario. En la corrección de electrolitos y vitaminas es donde más intervenciones se realizaron 15/47 (31,9%).

42 cambios de tratamiento (29%): 22 por intercambio terapéutico, 15 por otro fármaco más efectivo/eficiente, 3 por errores y 2 por interacciones. Los antihipertensivos fueron el grupo donde más intervenciones se aceptaron 10/42 (23,8%).

28 cambios de posología (19,3%): 17 por sobredosificación, 6 por infradosificación y 5 por cambio de horario de administración. Los antitrombóticos fueron el grupo terapéutico donde más se intervino 6/28 (21,4%).

22 tratamientos suspendidos (15,2%): 11 por no estar indicados, 6 por reacciones adversas, 3 porque no eran efectivos y 2 por duplicidades. Los antihipertensivos fueron el grupo terapéutico donde más intervenciones se aceptaron 7/22 (31,8%).

6 tratamientos se cambiaron de vía intravenosa a oral (4,1%): 66,7% antiinflamatorios y analgésicos y el 33,3% protectores gástricos.

CONCLUSIONES: La incorporación de un farmacéutico al equipo asistencial añade seguridad al proceso de conciliación, lo que conlleva una mejora en la calidad asistencial. La presencia del farmacéutico en la unidad nos permite realizar atención farmacéutica al ingreso, durante la estancia y al alta. En vista a las IF aceptadas, se considera de gran importancia seguir realizando esta actividad.

1129. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN COORDINACIÓN CON LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PACIENTES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

AUTORES: Esteban Casado S, Bartolomé García E, Leganés Ramos A, Sanz Márquez S, Prieto Moix S, Pérez Encinas M. Hospital Universitario Fundación Alcorcon. Calle Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Descripción de un circuito de coordinación entre el Hospital y la Dirección Asistencial del Área para optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes polimedcados ingresados en el Servicio de Neumología y evaluación de los resultados obtenidos en las propuestas de intervención (PI) realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes hospitalizados desde Junio 2014 hasta Mayo 2015. Se seleccionaron los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología que durante el proceso de conciliación necesitaron aclaración por parte del médico de atención primaria (MAP). Los criterios de inclusión del proceso de conciliación fueron: edad >65 años, presencia de deterioro cognitivo/dependencia funcional severa, desórdenes mentales o conductuales, paciente (o cuidador) con dificultades de comprensión o barrera idiomática, toma >5 medicamentos en su domicilio o residencia. Tras la selección de los pacientes que requerían consulta con el MAP, se remitía un correo electrónico al buzón del centro de salud (CS), con la siguiente información: Asunto "Conciliación de la medicación" y en el cuerpo del correo figuraba el nombre, dos apellidos y CIPA del paciente, facilitando teléfono de contacto del farmacéutico responsable de conciliación. El MAP se ponía telefónicamente en contacto con el farmacéutico realizando éste la propuesta de intervención (PI) sobre el tratamiento. Las variables registradas fueron: edad, sexo, CS de procedencia, fecha de ingreso del paciente y consultas para aclaración del tratamiento crónico. Las PI se clasificaron como: error de dosis y/o frecuencia, interacciones medicamentosas, alertas de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS), criterio START/STOPP, mejora farmacoterapéutica. Se registró la aceptación de la PI y si el cambio en el tratamiento debido a la PI se reflejó en la aplicación de atención primaria Horus® (AAP-Horus®). Se utilizó Farmatools® ver2.5, historia clínica Selene® y AAP-Horus®

RESULTADOS: De 346 pacientes conciliados por el servicio de farmacia, se incluyeron 45 pacientes con una edad media de 78,2 años (52-99), 55,6% hombres. El 82,2% de correos enviados recibieron respuesta. Se realizaron 12 consultas de aclaración del tratamiento crónico y 48 PI con un promedio de 1,1 PI/paciente. Las PI por categoría fueron: 37,5% mejora farmacoterapéutica; 22,9% error de dosis y/o frecuencia; 18,7% criterio START/STOPP; 16,7% alertas AEMPS y 4,2% interacciones medicamentosas. La aceptación vía telefónica de las PI fue del 87,8% y en el 56,8% de las mismas se reflejó el cambio en el tratamiento de la AAP-Horus® (exceptuando aquellas consultas sin respuesta) y por PI los cambios en el tratamiento reflejados en AAP-Horus® fueron: 52,4% mejora farmacoterapéutica; 23,8% error de dosis; 14,3% alertas de la AEMPS y 9,5% criterios START/STOPP e interacciones medicamentosas 0,0%.

CONCLUSIONES: La respuesta de los MAP a las PI, así como el grado de aceptación de las propuestas realizadas resultó ser óptimo. Existe la necesidad de continuar el seguimiento del paciente y de su tratamiento más allá de la atención especializada, siendo los farmacéuticos hospitalarios el nexo de unión entre la atención primaria y especializada para garantizar la continuidad asistencial farmacoterapéutica.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

399. OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS CON MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

AUTORES: Garcia Gonzalez D, Malpartida Flores M, Beunza Sola M, Rodriguez Cajaraville L, Saez Fernandez Em, Otero Lopez Mj.

Complejo Asistencia Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente 52-182. Salamanca. España

OBJETIVOS: En términos generales, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) son fármacos susceptibles de intercambio terapéutico a dosis equivalentes. No hay evidencia de que los ARA-II sean más eficaces que los IECA y presentan un perfil de efectos adversos similar (a excepción de la tos). Sin embargo, los IECA tienen un coste inferior a los ARA-II.

El objetivo de este trabajo es describir los resultados de una intervención interdisciplinar orientada a revisar el tratamiento con estos fármacos, con el propósito de evaluar su idoneidad y utilizar los más eficientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: La intervención se realizó desde el 1/9/2014 al 20/10/2014 al ingreso de los pacientes en tratamiento domiciliario con IECA o ARA-II en una unidad de Medicina Interna. Se revisó la idoneidad de los tratamientos con IECA y ARA II siguiendo las fichas técnicas. En caso de mantener el tratamiento, se sustituyeron los ARA-II por IECA y, a su vez, dentro de cada grupo (IECA o ARA-II) se sustituyeron los fármacos por los considerados más eficientes, siguiendo las recomendaciones de un boletín de medicamentos editado por la Dirección Técnica de Farmacia de nuestra CC.AA. (Ojo de Markov, mayo 2014).

Se recogieron los datos demográficos y clínicos de los pacientes, así como la información sobre el tratamiento con IECA o ARA II (indicación, efectos adversos, etc.). En aquellos pacientes en que se sustituyó el IECA o ARA II se estimó el ahorro de la intervención mediante la diferencia entre el coste de los medicamentos, según el PVP del precio de referencia.

RESULTADOS: De 78 pacientes que ingresaron en este periodo, 33 (42,3%) estaban en tratamiento con IECA y/o ARA-II (23 hombres y 10 mujeres, con una edad media de 78 años).

Dieciocho pacientes (23,1%) tenían prescrito al ingreso un ARA-II, 14 (17,9%) un IECA y 1 un tratamiento combinado de IECA y ARA-II que fue suspendido por hipotensión, hiperpotasemia e insuficiencia renal aguda. De los 18 pacientes con ARA II, en 6 casos fue necesario suspender el tratamiento durante el ingreso por presentar insuficiencia renal aguda y/o hipotensión, en 5 se sustituyó el ARA II por un IECA y en 6 se sustituyó el ARA II por losartán. Sólo 1 paciente estaba con losartán. De los 14 pacientes con IECA, en 4 fue necesario suspender el tratamiento por contraindicación, en 3 se redujo la dosis y 1 paciente falleció durante el ingreso.

En un total de 19 pacientes se mantuvo al alta un tratamiento con IECA o ARA II. El cambio de tratamiento supuso un ahorro medio de 5,09€ al día, lo que representa 1857,75 € al año.

CONCLUSIONES: Aunque se trata de una muestra muy pequeña, los resultados obtenidos reflejan el interés y la repercusión que puede conllevar la revisión de los tratamientos con IECA y ARA II y la utilización de la alternativa más eficiente, dada la amplia utilización de estos medicamentos en la población.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

466. REGISTRO DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA DENTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

AUTORES: Delgado Ferré D, Pérez Seoane T, Ramió Montero E, Pi Sala N, El Hilali Masó N, Pons Busom M.

Hospital Universitari Sagrat Cor. C/ Viladomat 288, Servei de Farmàcia. Barcelona. España

OBJETIVO: Comprobar la funcionalidad de una aplicación incluida en la historia clínica informatizada que permite el registro del tratamiento domiciliario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado en un hospital universitario de 300 camas en febrero-abril 2015. Durante el periodo de estudio, se seleccionaron diariamente 4 pacientes entre los ingresos del día (2 del CatSalut y 2 privados).

La nueva aplicación permite registrar el estado actual del paciente en el momento del ingreso, los antecedentes personales, el calendario de vacunación y el tratamiento habitual obtenido de la información aportada por el paciente o la receta electrónica.

La medicación domiciliaria indicada en la aplicación se comparó con el tratamiento de la receta electrónica (CatSalut) o con el obtenido de la entrevista personalizada realizada a los pacientes privados.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables más relevantes y un estudio comparativo de los resultados obtenidos entre los pacientes de CatSalut y los privados, mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Estudio realizado con 110 pacientes, 88 del CatSalut (80%) y 22 privados (20%), con una media de edad de 79 (DE=16) años y un 55% mujeres, observándose diferencias estadísticamente no significativas (ENS) entre los dos colectivos.

En el 80% de los casos se empleó la aplicación descrita, donde los servicios de medicina interna y neumología fueron los que la utilizaron con más frecuencia (ambos en el 92% de sus ingresos) y el servicio de traumatología fue el que lo usó con menos frecuencia (11%).

La media de líneas de tratamiento domiciliario de los pacientes del estudio fue de 6 (DE=4,4), de las cuales se transcribieron 5 (DE=4,5) en la aplicación, pero sólo 4 (DE=3,9) estaban correctamente transcritas. En pacientes de CatSalut la media de líneas de tratamiento fue 6,7 (DE=4,5) por 5,1 (DE=3,9) en privados ($F=2,16, p=0,14$), de las cuales se transcribieron 5,1 por 4,4 ($F=0,46, p=0,50$) y correctamente transcritas 4,1 por 3,5 ($F=0,39, p=0,531$), respectivamente.

Es decir, 2 líneas de tratamiento en la aplicación no coincidían con la medicación habitual domiciliaria (2,6 CatSalut y 1,6 privados, diferencias ENS). Los principales motivos fueron por omisión de líneas de tratamiento [1,89 (DE=3) líneas (2 CatSalut y 1,2 privados, diferencias ENS)] o por adición [0,5 (DE=1) líneas (0,5 CatSalut y privados)].

CONCLUSIONES: La aplicación incluida en la historia clínica electrónica para el registro de la medicación domiciliaria, es una herramienta de gran utilidad si se utiliza correctamente y se considera en todas las transiciones asistenciales.

Una tercera parte del tratamiento domiciliario no consta en la aplicación, no observándose diferencias significativas entre los resultados obtenidos en los pacientes de CatSalut y los privados, probablemente debido a la pequeña muestra de pacientes privados.

Las características de la muestra de pacientes públicos y privados es similar, no obstante se detectaron casi 2 líneas más de tratamiento en pacientes de CatSalut que podría relacionarse con la fuente de información del tratamiento domiciliario: Receta electrónica vs. entrevista al paciente.

Para mejorar el uso de esta aplicación consideramos necesario realizar programas de formación a los facultativos de los servicios hospitalarios.

268. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS NO CRÍTICOS

AUTORES: Plasencia García I, Betancor García T, Tévar Alonso E, Suarez Gonzalez M, Ocaña Gomez Ma, Merino Alonso J.

Hospital Ntra. Sra. Candelaria. Ctra. Del Rosario, S/N. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Evaluar resultados clínicos tras la implantación de un protocolo de insulización en pacientes ingresados no críticos elaborados por los Servicios de Endocrino y Farmacia, donde se recomienda suspender los antidiabéticos orales al ingreso y si glucemia > 150 mg/dL, pautar insulina basal más control de glucemias preprandiales mediante la administración de insulina rápida. Al alta hospitalaria se prescribirá tratamiento domiciliario previo al ingreso, salvo que haya nuevas recomendaciones clínicas. En cuanto a los resultados económicos ya se presentaron en el Congreso Nacional de Farmacia Hospitalaria 2012, estableciéndose un ahorro de 31.636 €/año.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal realizado en mayo de 2015 por el que se localizaron todos los pacientes que tenían prescrito una pauta de insulina rápida utilizando el programa de Dosis Unitaria Farmatools®. Para la recogida de datos clínicos (glucemias y administración de insulina) se utilizó el programa de historia clínica electrónica Drago® A.E. y para la obtención del tratamiento domiciliario con antidiabéticos orales (ADO) el programa Drago® A.P.

RESULTADOS: Se evaluaron 101 pacientes. De ellos, 41 (41%) con ADO como tratamiento domiciliario. La media de edad del grupo de estudio fue de 69 años y un 61% hombres. 24 pacientes (59%) ingresados en Servicios médicos y 17 pacientes (41%) en Servicios quirúrgicos, principalmente Cirugía Vasculat (65%). Los ADO pautados como tratamiento domiciliario fueron: incretinas/biguanidas (24%), biguanidas (20%), incretinas (17%), sulfonilurea/Incretinas/biguanidas (10%), glinidas/biguanidas (7%), sulfonilurea (7%), sulfonilurea/biguanida (7%), glinidas (5%) y sulfonilurea/incretina (2%). En el 100% de los pacientes se suspendieron al ingreso. En sólo 7 (17%) pacientes se prescribió una insulina basal (glargina o detemir), 3 en Servicio médicos (43%) y 4 en Cirugía Vasculat (57%). Las pautas de insulina rápida fueron en 38 pacientes (93%) cada 8 horas y en 3 (7%) cada 6 horas. La media del número de control de glucemias fue de 52, siendo necesaria la administración de insulina rápida en una media de 33 administraciones (62%). El valor medio de mínima glucemia fue de 93 mg/dL (rango 40-180). El porcentaje de pacientes que presentaron hipoglucemia (definida en pacientes diabéticos como nivel de glucemia < 70 mg/dL con sintomatología) fue del 7% (3 pacientes). Un paciente (2%) se negó a la administración de insulina el primer día del ingreso hasta que su médico le informó acerca del protocolo.

CONCLUSIONES: El protocolo de insulización en pacientes hospitalizados no críticos es seguro, en base al bajo porcentaje de pacientes que presentaron hipoglucemias sintomáticas, además del ahorro económico previamente establecido que permitió reducir el número de ADO incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del hospital y optimizar las insulinas.

El protocolo en lo que respecta a la suspensión de los ADO se cumple en todos los pacientes, aunque la adherencia en lo que respecta a la pauta de insulina basal es baja, de manera que el porcentaje de controles de glucemia que necesitaron la administración de insulina rápida fue alta.

Es necesaria mayor implicación de todos los Servicios médicos y quirúrgicos y del Servicio de Farmacia para un mayor cumplimiento del protocolo.

960. RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN DE INTERCAMBIO DE UNAS ESTATINAS POR SUS EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS

AUTORES: Almanchel Rivadeneyra M, Galindo Rueda Mdm, Muñoz Contreras Mc, Tomás Luiz A, Vicente Sanchez S, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N, 30120. Murcia. España

OBJETIVO: Valoración de los resultados de un programa de intercambio terapéutico de estatinas realizado en un Área de Salud de Atención Primaria (AP)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en el Área de Salud 1 de la Región de Murcia, donde se ha medido la aceptación de un programa de intercambio terapéutico de estatinas realizado durante los meses de junio y julio del año 2014. El programa se desarrolló en las siguientes fases:

1. Sesiones formativas a los médicos de atención primaria del área de salud.

2. A través de una aplicación del programa de prescripción de AP Omi AP se emitieron listados de pacientes con propuesta de sustitución de Rosuvastatina y Pitavastatina para cada cupo según las siguientes equivalencias: Rosuvastatina 5mg: Simvastatina 40mg; Rosuvastatina 10,20mg: Atorvastatina 20,40mg; Pitavastatina 1,2mg: Simvastatina 20,40mg; Pitavastatina 4mg: Atorvastatina 20mg.

3. Revisión por parte de los médicos de AP de las propuestas de sustitución, aceptando o rechazándolas.

4. Tras un periodo de tiempo pactado con los médicos automáticamente se cerraba la prescripción antigua y se abrió una nueva con el fármaco propuesto por la aplicación.

5. Con la primera receta se emitía una carta institucional para el paciente informando del cambio de medicación y el motivo del mismo.

Para analizar los resultados del programa obtuvimos: prescripciones susceptibles de cambio a atorvastatina y simvastatina; cambios aceptados y rechazados; comparación de gasto y recetas de estatinas de los meses posteriores a la intervención (septiembre-febrero 2014/15) con respecto al mismo periodo del año anterior. La información se ha obtenido de la aplicación informática de facturación de recetas a cargo del Sistema Murciano de Salud.

RESULTADOS: Fueron susceptibles de sustitución 3.952 prescripciones de las cuales 3.333 (84,34%) fueron aceptadas, 1,7% fueron cerradas y el resto no fue aceptado. El grado de aceptación varió según la zona básica de salud, desde un valor mínimo del 57,59% hasta un máximo de 99,26%.

Con este grado de sustitución se estimó un ahorro teórico en el área de 66.416€ mensuales. Sin embargo, analizando el semestre pos intervención frente al mismo periodo del año anterior, se observó que el ahorro medio mensual real fue de 7.982€ con un gasto semestral de 1.200.463€ versus 1.248.360€ respectivamente (ahorro del 3,84%).

Analizando el gasto pos y pre intervención de las estatinas de interés:

Atorvastatina: 616.772,94€ a 754.624,25€, incremento de 137.851,31€.

Simvastatina: 36.525,80€ a 42.671,39€, incremento de 6.145,59€.

Rosuvastatina: 453.752,50€ a 297.717,54€, disminución de 156.034,96€.

Pitavastatina: 141.308,53€ a 105.450,23€, disminución de 35.858,30€.

CONCLUSIONES: 1- El grado de aceptación inicial del programa fue elevado aunque el ahorro real fue inferior al estimado teóricamente.

2- Al ser una medida reversible, es posible que muchas prescripciones sustituidas volvieran a la prescripción inicial por la presión sometida por los pacientes.

3- Este tipo de intervención junto con la labor de promoción del uso racional del medicamento deberían realizarse periódicamente y no de forma aislada.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

229. ROTACIÓN DEL RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA POR ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: Montero Delgado Ja, Do Pazo Oubiña F, Rodríguez Rincón R, Arrufat Goterris G, Sastre Martorell MI, Merino Alonso J.

Hospital Univ. Ntra. Sra. De Candelaria. Ctra. Del Rosario, 145. Santa Cruz De Tenerife. España

INTRODUCCIÓN: Tras la resolución del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, que regula la troncalidad y por el que la especialidad de Farmacia Hospitalaria (FH) cambiará de nombre para llamarse "Especialidad en Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria", cobra una gran importancia la formación en Atención Primaria (AP) del residente de FH, ya que en el plan actual no se contempla esta rotación como obligatoria y existe cierta heterogeneidad en la formación del residente según el centro hospitalario.

OBJETIVO: Describir los objetivos, funciones y tareas del residente en el área de AP y evaluar la satisfacción de la rotación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Plan de rotación activo desde noviembre de 2013 con 8 objetivos (Gestión de medicamentos, Evaluación del uso de medicamentos, Soporte al equipo directivo, Revisión de tratamientos en patologías crónicas, Farmacovigilancia, Docencia a profesionales, Soporte a profesionales, Evaluación de la rotación).

Encuesta de satisfacción de los residentes con 30 preguntas clasificadas en 6 apartados (Organización, Seguimiento docente, Objetivos docentes, Supervisión, Área Investigadora, Valoración global) para valorar su rotación por el área de AP con una escala de 5 puntos (1 a 5) más 3 preguntas de respuesta libre. La encuesta está disponible desde diciembre de 2013.

Rotación de residentes de tercer y cuarto año de FH, tanto propios como de otros hospitales. La duración de la rotación está establecida entre 4 y 8 semanas.

RESULTADOS: Desde el año 2009 han rotado 18 residentes (12 del propio hospital y 6 de otros hospitales). Durante la rotación los residentes han realizado las siguientes funciones y tareas:

Estudios de calidad de la prescripción sobre fármacos (novedades terapéuticas, farmacovigilancia, alto impacto económico).

Comunicación proactiva a prescriptores en caso de alerta de farmacovigilancia.

Reuniones mensuales con la Gerencia de AP.

Revisión y seguimiento del tratamiento de pacientes ambulatorios con patologías crónicas.

Sesiones docentes a profesionales sanitarios sobre información farmacoterapéutica.

Soporte en la redacción de boletines de información farmacoterapéutica o farmacovigilancia.

Resolución de consultas farmacoterapéuticas de los centros de salud.

Análisis del gasto farmacéutico en AP y desarrollo de estrategias orientadas a promover la eficiencia en el empleo de medicamentos.

Gestión de medicamentos que se utilizan en las estructuras de AP, principalmente mantenimiento de los botiquines y del catálogo en los centros de salud.

Se han realizado 9 encuestas de satisfacción de la rotación por el área de AP. La puntuación obtenida en los apartados valorados ha sido: Organización 4.4, Seguimiento docente 4.9, Objetivos docentes 4.8, Supervisión 4.9, Área Investigadora 4.2, Valoración global 4.9, obteniéndose una puntuación media global de la satisfacción de la rotación de 4.7.

CONCLUSIONES: La rotación del residente de FH por el área de AP le aporta una visión complementaria de la Atención Farmacéutica, permitiendo optimizar su formación y mejorar sus conocimientos y competencias de cara a la nueva Especialidad en Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria. Los residentes valoran de una forma muy positiva la rotación por el área de AP.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

766. SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO DE RIESGOS RELACIONADOS CON INTERFERÓN BETA: SÍNDROME NEFRÓTICO Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA

AUTORES: Vázquez Blanco S, Martínez Martínez L, García Mayo Me, González Freire L, Crespo Diz C.

Complejo Hospitalario De Pontevedra. Mourente, S/N. Pontevedra. España

OBJETIVO: Analizar la presencia de síntomas y signos relacionados con microangiopatía trombótica (MAT) y síndrome nefrótico (SN) en pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (EM) a tratamiento con interferón Beta (INF- β)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de dos años de duración (mayo 2013- mayo 2015) con pacientes diagnosticados de EM y a tratamiento con INF- β (INF- β 1a intramuscular, INF- β 1a subcutáneo, INF- β 1b). La función renal para evaluar SN y MAT se calculó mediante el aclaramiento de creatinina plasmática (CICr) según la fórmula de Cockcroft-Gault con un peso estimado. Asimismo, para detectar la posibilidad de SN se analizaron hipercolesterolemia, proteinuria y aparición de edemas. Para la detección potencial de MAT se monitorizaron tanto el recuento de plaquetas como los niveles de LDH en suero. Los pacientes a tratamiento, los medicamentos empleados y las pautas posológicas se recogieron de la aplicación del sistema de información farmacéutico (SILICON®). Para el seguimiento de las variables clínicas y analíticas se utilizaron los registros en la historia clínica electrónica (IANUS®)

RESULTADOS: Se incluyeron 134 pacientes, con una mediana de edad de 41,5 años (17-75). El 75,2% (95) eran mujeres. El 45,5% (61) pacientes estaban a tratamiento con INF- β 1a intramuscular, el 20,9% (28) con INF- β 1a subcutáneo y el 33,6% (45) con INF- β 1b.

El valor promedio de CICr calculado fue de 120 mL/min. No se detectaron pacientes con CICr

El recuento de plaquetas fue normal en todos los pacientes con valores entre 131 y 368x10⁹/L (RN 130-400x10⁹/L)

El 6% (8) de los pacientes estudiados disponían de determinaciones de LDH, todas ellas dentro del rango de la normalidad.

La presencia de SN sólo ha podido estudiarse en el 41% (55) de los pacientes, dado que el resto no disponía de analíticas de orina. Se han identificado 7,27% (4) casos de proteinuria sin otro tipo de alteraciones analíticas, no pudiendo relacionarse con el tratamiento con INF- β .

No se ha detectado ningún valor de urea fuera de la normalidad. El valor medio de urea fue de 32 mg/dL (RN 17-45 mg/dL). En ningún paciente se detectó la aparición de edemas en el periodo estudiado.

El valor medio de colesterol detectado fue de 193 mg/dL (RN 140-240 mg/dL), incluido dentro de la normalidad

CONCLUSIONES: En nuestro estudio y con la limitación de los datos analizados no se detectaron pacientes con manifestaciones clínicas de SN y MAT. Con la finalidad de llevar a cabo un correcto seguimiento y monitorización de los pacientes a tratamiento con INF- β , se crea la necesidad de realizar programas de farmacovigilancia activa que incluyan al menos el control de la función renal, el recuento de plaquetas y la colesterolemia.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

738. SEGUIMIENTO FARMACOCINÉTICO DEL TRATAMIENTO CON DIGOXINA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: García Irazo Em, Martí Llorca A, Andújar Mateo A, Murcia López Ac, Rodríguez Lucena Fj, Navarro Ruiz A. Hospital Gral. Univ. De Elche. Camí De L'Amassera, 11. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: La digoxina es un fármaco utilizado para tratar la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) y un antiarrítmico empleado para fibrilación auricular (FA), con respuesta ventricular rápida.

La concentración sérica de digoxina (CSD) ha de situarse entre 0,5-2mcg/mL; factores como la edad, función renal, balance hidroelectrolítico, interacciones farmacológicas, etc, pueden influenciarla, siendo recomendable la monitorización periódica desde Atención Primaria (AP).

OBJETIVO: Describir el seguimiento farmacocinético de las CSD realizado desde AP en pacientes con tratamiento activo de digoxina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con digoxina a fecha marzo de 2015, pertenecientes al departamento de un Hospital General Universitario con 6 Centros de Salud (CS) adscritos.

La información de los tratamientos se obtienen del programa Abucasis®, a través de la base de datos facilitada desde AP. Esta información se cruza con la base de datos del Área de Farmacocinética del hospital, en la que se encuentran registradas todas las determinaciones realizadas desde el año 2006, hasta la actualidad.

Se recogen datos de edad, sexo, diagnóstico, número de determinaciones séricas anuales y totales, médico asignado y origen de las solicitudes. Los datos obtenidos se analizan por paciente y según el CS que tienen asignado.

Finalmente, se agrupan los resultados de todo el departamento y se clasifican en tres grupos:

Grupo-1. Pacientes con CSD no conocidas: Aquellos que no tienen ninguna determinación realizada.

Grupo-2. Pacientes con CSD no controladas: Tienen una o varias determinaciones realizadas de manera esporádica; son aquellos pacientes a los que de manera puntual se les han analizado las concentraciones del fármaco y cuya solicitud viene tramitada exclusivamente desde Atención Especializada (AE). Grupo-3. Pacientes con CSD controladas: Tienen una o varias determinaciones realizadas de manera periódica, es decir, son pacientes en seguimiento rutinario, cuya solicitud está tramitada por AP y con cierta frecuencia se les analizan las concentraciones del fármaco.

RESULTADOS: Un total 626 pacientes están tratados con Digoxina en nuestro departamento, 68% mujeres, edad media=78,4 (39-98) años, con diagnósticos por ICC 41(6,6%); FA 339(54,1%); FA + ICC 77(12,3%) y otros diagnósticos 169(27%).

Tras comparar las bases de datos, 310(49,5%) pacientes en tratamiento activo con digoxina no tienen ninguna determinación de CSD realizada, formando parte del grupo 1, mientras que 316(50,5%) tienen una o varias determinaciones (Grupo 2 y 3). De estos últimos con CSD registradas en nuestro servicio, 192(60,7%) tienen monitorizaciones solicitadas por AE de manera esporádica (grupo 2), y 124(39,3%) las tienen tramitadas por AP de forma periódica (grupo 3).

Atendiendo a la definición establecida como paciente en seguimiento por AP (Grupo3), de 626 pacientes con tratamiento activo de digoxina, 124(19,8%) pertenecen a este grupo, con un promedio de 2,51 monitorizaciones/paciente/año (1,23 monitorizaciones/paciente/año desde el CS con menor frecuencia de monitorización, y 3,78 desde el CS con mayor frecuencia).

CONCLUSIÓN: El seguimiento farmacocinético de las CSD que se realiza desde AP de nuestro departamento, no es de carácter periódico para un alto porcentaje de pacientes en tratamiento con digoxina. Es necesario revisar la frecuencia de la monitorización desde AP y evaluar los resultados en salud asociados.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

530. USO DE DOSIS ALTAS DE IBUPROFENO Y DEXIBUPROFENO E IMPACTO SOBRE EL RIESGO DE INFARTO

AUTORES: Garcia Robredo B, Castro Campos JI, Carrascosa Rodriguez C, Montes Escalante Im, Hevia Alvarez E. Subdirección De Farmacia. Avda Constitución. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar el uso de ibuprofeno y dexibuprofeno a dosis altas antes y después de la publicación de una alerta de seguridad y estimar el impacto sobre el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio cuasi experimental con diseño antes-después mediante explotación de datos de prescripción electrónica en una comunidad autónoma.

Se pretende cuantificar:

a) el número de pacientes en tratamiento con dosis altas de ibuprofeno (igual o mayor a 2400 mg/día) o dexibuprofeno (igual o mayor a 1200 mg/día), en marzo y en junio de 2015, tras la publicación de una alerta de seguridad de la Agencia Española del Medicamento en abril de 2015.

b) cuántos de estos pacientes podrían tener patología cardiovascular, estudiada como pacientes con prescripción de un fármaco antiagregante plaquetario o anticoagulante, en quienes se recomienda no administrar dosis altas.

Se comparan los resultados con la media nacional publicada de datos de prescripción disponibles en la base de datos BIFAP.

Se estima el impacto en resultados en salud derivado de la posible reducción de pacientes expuestos a altas dosis. Se toma como referencia datos de la bibliografía.

RESULTADOS: En el mes de marzo, se detectaron 1.466 pacientes con prescripción de ibuprofeno a dosis altas (0.47% de todas las prescripciones de ibuprofeno) de los cuales 0.01% tenían prescripción concomitante de un fármaco antiagregante plaquetario o anticoagulante oral (posibles pacientes cardiopatas) y 654 pacientes con prescripción de dexibuprofeno a dosis altas (26.91% de todas las prescripciones de dexibuprofeno), de los cuales 1.36% eran posibles pacientes cardiopatas.

Los resultados observados para la comunidad autónoma están por debajo de la media nacional.

En el mes de junio, se observó una pequeña reducción en el número de prescripciones con dosis altas: 0.07% de reducción absoluta en el caso de ibuprofeno y 1.47% en el caso de dexibuprofeno. El porcentaje de posibles pacientes cardiopatas expuestos no se vio modificado en el caso de ibuprofeno y disminuyó a 1.27% en el caso de dexibuprofeno.

Considerando un riesgo de provocar 1 IAM adicional por cada 4 pacientes expuestos a dosis altas, podría estimarse que el impacto de la exposición a dosis altas de dexibuprofeno se traduce en 163 IAM adicionales. La reducción observada supondría 2 IAM evitados.

CONCLUSIONES: El uso de ibuprofeno y dexibuprofeno a dosis altas se reduce ligeramente tras la publicación de una alerta de seguridad. Aunque los resultados observados para la comunidad autónoma están por debajo de la media nacional, son necesarias más actividades de información a médicos dirigidas a una mejora del uso de estos medicamentos, especialmente dexibuprofeno. Se estima que podría evitarse un importante número de eventos cardiovasculares por reducción de las dosis utilizadas.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

393. UTILIZACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN EL PERIODO 2010-2104.

AUTORES: Casajús Navasal A, Alfaro Olea A, Serrano Pérez A, Carrillo Acevedo L, Calvo Aragüete Me, Ruiz-Clavijo Díez Mt.

Hospital San Pedro. Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: -Analizar la variación en la utilización de antidepresivos en una comunidad autónoma (CCAA) (2010-2014) en general, por grupos y principios activos.

-Comparar los resultados de la CCAA y España en el periodo 2010-2013.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de la utilización de antidepresivos en una CCAA de 2010 a 2014 con unidades de medida en DHD (dosis por 1000 habitantes y día). Se calculó consumo total, por grupo y por principio activo cada año, media de los años y variación entre 2010-2014. Los datos oficiales de población se obtuvieron del Padrón municipal, los datos de consumo del programa HP Farma CCAA®.

Se observaron los principios activos más consumidos en la CCAA en 2014.

Se comparó la variación en la CCAA con la variación en España de 2010 a 2013. Los datos nacionales se obtuvieron del informe de utilización de medicamentos del 14/01/2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

RESULTADOS: La media de consumo (2010-2014) de antidepresivos en la CCAA fué de 62.06 DHD. Los ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina) y el grupo 'otros antidepresivos' fueron los más utilizados con un 67,3% y 27,71% respectivamente. Se observó un incremento (10,09%) en el consumo total de antidepresivos, de 59 DHD en 2010 a 65 DHD en 2014. Los ISRS presentaron un incremento del 4,19% y 'otros' del 28,48%. Destacó el incre-

mento (13,89%) de amitriptilina, 1,8 DHD en 2010 a 2,05 DHD en 2014 con una disminución del resto de principios activos de este grupo. Escitalopram incrementó 8,07% y es el antidepresivo con mayor DHD (18,64 de media). Citalopram se redujo (12,5%) 4,73 DHD en 2010 a 4,16 DHD en 2014. Sertralina y paroxetina incrementaron su consumo en 1,61% y 12,5% respectivamente.

Entre 2010 y 2014 en grupo 'otros': duloxetine incrementó de 3,30 DHD a 4,58 DHD, agomelatina de 0,45 DHD a 1,34 DHD, mirtazapina de 3,52 DHD a 4,19 DHD, desvenlafaxina de 0,02 DHD a 0,51 DHD y trazodona de 0,90 DHD a 1,35 DHD.

En el 2014 (65 DHD de antidepresivos) los principios activos más utilizados (63% del total) fueron: escitalopram (18,78 DHD), paroxetina (9,46 DHD), venlafaxina (6,57 DHD) y sertralina (6,48DHD).

La media total de antidepresivos (2010-2013) en la CCAA fué de 61,3 DHD y de 70,79 DHD en España. Hubo diferencias en ATC (antidepresivos tricíclicos), 1,92% más utilizado en la CCAA y en 'otros', 1,32% más utilizado en España. En el grupo ISRS no se observaron diferencias significativas.

Comparando incrementos, la CCAA presentó un 5,83% y España un 23,6%. ISRS incrementó 1,5% en la CCAA y 19,21% en España. 'Otros' incrementó un 19,53% en la CCAA y un 37,85% en España.

CONCLUSIONES: -La utilización de antidepresivos en la CCAA (2010- 2014) aumentó 10,09%. Este incremento corresponde principalmente al grupo 'otros' (duloxetine, agomelatina, mirtazapina, desvenlafaxina, trazodona).

-Los ISRS (a destacar el escitalopram) y 'otros' son los grupos más utilizados.

-El incremento (2010-2013) en la utilización de antidepresivos es mayor en España que en la CCAA. Ambos, ISRS y 'otros' han aumentado significativamente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

557. VARIABILIDAD Y EFICIENCIA EN LA SELECCIÓN DE ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS

AUTORES: Castro Campos JI, García Robredo B, Montes Escalante Im, Carrascosa Rodríguez C, Hevia Álvarez E. Subdirección Farmacia. Avd Constitución N° 18. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar el consumo de los medicamentos antiespasmódicos urinarios utilizados para la incontinencia urinaria y determinar el ahorro posible derivado de una selección eficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de utilización de medicamentos.

Periodo de estudio: noviembre 2014 - abril 2015. Se obtienen datos de consumo en importe y DDD por edad y sexo del grupo farmacoterapéutico G04BD (antiespasmódicos urinarios) a través del sistema de facturación de recetas regional.

Se define el criterio de selección más eficiente en función de la guía NICE de 2013 para el tratamiento de la incontinencia urinaria en la que se recomienda tolterodina y oxibutinina oral como medicamentos de primera elección.

Se construye un indicador de uso relativo que relaciona DDD de tolterodina y oxibutinina oral frente al total de DDD del grupo G04BD, el cual permitirá evaluar la variabilidad entre distritos de atención primaria y hospitales pertenecientes a la comunidad autónoma.

RESULTADOS: El consumo en importe del grupo G04BD es de 9.412.364,97 euros, lo cual supone el 1.5% de la factura farmacéutica de la comunidad autónoma, siendo el 16° grupo terapéutico que más contribuye al importe total. Solifenacina constituye el 47.74% del importe, seguido de fesoterodina (21.37%), mirabegron (18.22%), tolterodina (10.59%), oxibutinina (1.75%) y trospio (0.33%). En cuanto al consumo en DDD, solifenacina, fesoterodina y mirabegron constituyen el 44.16%, 20.04% y 16.68%, seguidos de tolterodina y oxibutinina oral con un 14.30% y 3.52% respectivamente.

Oxibutinina transdérmico constituye un 1.42% del importe total con un aporte en DDD sobre el consumo total de oxibutinina del 37%.

Por cada mil habitantes y día se consumen 4.54 DDD de estos medicamentos, siendo el 60% de los pacientes mujeres. Los mayores de 65 años consumen más del 75% de estos medicamentos.

En relación al indicador, un 16.52% de la prescripción sería de los medicamentos de primera elección, tolterodina y oxibutinina oral, frente al total de medicamentos del grupo de antiespasmódicos urinarios. Cuando se analiza el indicador a nivel de distritos de atención primaria y hospitales, los resultados muestran una alta variabilidad (RV= 3.11 y 5.35, respectivamente).

Sustituir un 25% de las prescripciones por los medicamentos de primera elección, proporcionaría un ahorro a nivel de la comunidad autónoma de 647.305 € anuales; 2.555.561 € si se sustituye el 50% y 4.463.817 € si es el 75%.

CONCLUSIONES: Solifenacina es el medicamento más consumido y que más importe supone dentro del grupo de antiespasmódicos urinarios. Las mujeres y los mayores de 65 años son las dianas de este grupo de fármacos.

La selección de medicamentos de primera elección según el indicador definido, no alcanza el 20%, existiendo gran variabilidad entre distritos de atención primaria y hospitales.

Se estima un ahorro potencial en la comunidad autónoma de 4.400.000 € anuales por la selección de tolterodina y oxibutinina oral, si ésta constituyese el 75% de las prescripciones de antiespasmódicos urinarios.

Establecer actividades encaminadas a mejorar la selección de este grupo de medicamentos podría tener un gran impacto en el ahorro en prestación farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

947. ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA GENERAL

AUTORES: Koprivnik / S, Bardán García B, Granero López M, Rodríguez Penín I.

Hospital Arquitecto Marcide. Xerencia De Xestión Integrada De Ferrol. Avda. Residencia, S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica recientemente actualizado (abril de 2015) en las intervenciones quirúrgicas programadas de Cirugía General.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado del 1 al 31 de mayo de 2015 en dos plantas de Cirugía General en un hospital de segundo nivel. Se utilizaron como fuentes de datos: aplicativo de gestión de pacientes (Sihga®), programa de prescripción electrónica asistida (Silicon®), historia clínica electrónica (lanus®) y en papel.

A partir del aplicativo de gestión de pacientes se seleccionaron diariamente los ingresos programados para cirugía en las plantas seleccionadas. Se analizó la adecuación de la profilaxis antibiótica prescrita al protocolo consensuado en cuanto a tipo de antibiótico, dosis, pauta y duración. Asimismo se recogió información sobre la hora de administración de las dosis (prequirúrgica e intraoperatoria). Se realizaron recomendaciones farmacoterapéuticas si procedía.

RESULTADOS: Ingresaron para cirugía programada 42 pacientes: 35 requerían profilaxis antibiótica. Tipos de cirugía: apendicular y colorrectal, 19 (54,3%); hernia, 7 (20%); de mama oncológica y/o prótesis, 6 (17,1%); hepatobiliar, 2 (5,7%); cirugía esófago-gastro-duodenal, 1 (2,9%). Edad media 61,2 años (27-87), 16 hombres.

La profilaxis prescrita se adaptó al protocolo en 22 pacientes (62,9%). Las causas de no adecuación fueron: dosis inadecuada, 5 (33,3%); antibiótico distinto al acordado, 4 (26,7%); duración inadecuada, 4 (26,7%) y profilaxis inicialmente no pautada, 2 (13,3%). Se realizaron recomendaciones farmacoterapéuticas en 11 pacientes (84,6%; en 2 pacientes no se llegó a tiempo para realizarlas). Fueron aceptadas en 4 pacientes (36,3%).

La administración fue correcta en 18 (52,9%) de los 34 pacientes con profilaxis finalmente pautada (en un paciente se pautó la profilaxis tras recomendación farmacoterapéutica). En 6 pacientes no se pudo valorar por la ausencia del registro de la hora de administración. Las causas de administración incorrecta fueron: tiempo transcurrido mayor de 2 horas entre la administración de la dosis prequirúrgica y la intervención, 9 (81,9%); dosis no administrada al no disponer enfermería de la prescripción médica, 1 (9,1%); dosis intraoperatoria en cirugía de duración mayor de 4 horas no administrada, 1 (9,1%).

La profilaxis antibiótica se adaptó al protocolo (prescripción y administración) en 13 de los 29 pacientes (44,8%) en los que ésta pudo valorarse de forma global.

CONCLUSIONES: El porcentaje de adaptación al protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica indica la necesidad de establecer medidas que mejoren su cumplimiento, como la incorporación de dicho protocolo al programa de prescripción electrónica asistida.

Es necesario emprender acciones de mejora para reducir el intervalo de tiempo entre la administración de la dosis antibiótica prequirúrgica y la hora de la intervención quirúrgica, así como para asegurar el registro de la administración de las dosis por parte de enfermería.

Sería conveniente analizar las causas del bajo grado de aceptación de las recomendaciones farmacoterapéuticas con la finalidad de mejorar los resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

105. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ERTAPENEM A LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN APROBADOS PARA SU USO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

AUTORES: Manzano García M, Marquez Saavedra E, Tristancho Perez A, Robustillo Cortes Mdl, Cantudo Cuenca R, Calvo Cidoncha E.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme. Carretera Cadiz S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar la utilización y adecuación del tratamiento con ertapenem a las recomendaciones de utilización aprobadas por la Comisión de Infecciones del Hospital.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que recibieron ertapenem desde 15 de octubre de 2014 hasta 31 de marzo de 2015. Las variables analizadas fueron: datos demográficos, factores de riesgo de presencia de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), cultivos microbiológicos solicitados y resultados de ellos y evolución de la antibioterapia. La información sobre la antibioterapia se obtuvo del programa de prescripción electrónica de Farmacia y el resto de la historia clínica electrónica. Los criterios aprobados fueron: sepsis grave, shock séptico + 1 o más de las siguientes circunstancias: administración previa de quinolonas, cefalosporinas o amoxicilina-clavulánico, diabetes mellitus, ingreso previo reciente, habitar en residencias, sondaje urinario permanente e ITU de repetición.

RESULTADOS: Se revisaron las prescripciones de ertapenem de 86 enfermos, de los que se incluyeron 84 (hubo 2 pacientes excluidos porque acudieron al servicio de Urgencias y se fueron de alta en menos de 24 horas). La media de edad fue 75+13 años y el 56% fueron mujeres. El principal servicio médico prescriptor fue Medicina Interna (41,7%), seguido de Urgencias (31%) y Cirugía General (8,3%).

En 69 (82,14%) pacientes la prescripción de ertapenem se adecuó a los criterios aprobados en el Hospital al tener al menos un factor de riesgo de infección por BLEE, presentando 36 (42,85%) de ellos > 3 factores de riesgo.

La principal indicación para la que fue prescrito ertapenem fue de forma empírica para infección del tracto urinario (n=42, 47,2%), seguida de neumonía (18,0%), infección de piel y tejido blando (13,5%) e infección intraabdominal (6,7%).

En el 85,14% de los pacientes incluidos se solicitaron cultivos microbiológicos antes de la primera dosis de ertapenem. De todas las muestras microbiológicas, 57 (67,85%) fueron positivas y de ellas en 21 (36,8% de las positivas y 25,0% del total) se aislaron enterobacterias productoras de BLEE.

Respecto a la evolución de la antibioterapia, el tratamiento con ertapenem continuó hasta la resolución de la infección en el 58,33% de los enfermos con una duración media de 8+4 días. En 9 (10,71%) de estos el tratamiento fue dirigido. En 15 de los 23 (66,21%) pacientes en los que se disponían de aislamientos microbiológicos susceptibles para desescalar, se realizó desescalada terapéutica, y, la duración media del tratamiento con ertapenem fue de 3,2+1,5 días. Se decidió finalizar el tratamiento de forma precoz por considerarlo inadecuado/innecesario en 7 (8,33%) enfermos (duración media 2,1+0,7 días), mientras que se cambió por otro de mayor cobertura antibiótica en 3 (3,57%) pacientes (duración media 3,0+3,8 días). En dos casos el tratamiento se suspendió por presentar convulsiones que se relacionaron con el carbapenem.

CONCLUSIONES: La mayoría de los tratamientos con ertapenem se adecúan a los criterios de prescripción de nuestro Hospital. Se realizaron intervenciones farmacéuticas en desescaladas y tratamientos innecesarios. El elevado porcentaje de pacientes con resultados microbiológicos, permitió el reajuste del tratamiento en las primeras 72 horas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

811. ANÁLISIS DE LA INFECCIÓN FÚNGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: Benet Gimenez I, Pérez Serrano R, Abdelhadi Álvarez H, Franco Sereno Mt, Fernández Marchante Ai, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. Calle Del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Analizar las características de las infecciones fúngicas y el perfil de utilización de antifúngicos en una unidad de cuidados intensivos (UCI) en la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las prescripciones de antifúngicos de todos los pacientes ingresados en la UCI durante un año (marzo 2014 – febrero 2015) en un hospital de tercer nivel con un total de 21 camas.

Las variables recogidas del programa de prescripción electrónica (APD-ATHOS®), historias clínicas informatizadas (Mambrino®) y análisis clínicos y microbiológicos (JSiglo®) fueron: demográficas (sexo y edad), referentes al ingreso (estancia en UCI y hospitalaria) y referentes al tratamiento antifúngico (antifúngico prescrito al inicio, tipo de tratamiento (empírico o no), pruebas microbiológicas, necesidad de cambio de antifúngico y días de tratamiento antifúngico).

RESULTADOS: Se incluyeron 72 pacientes, con una edad media de 64,9±15,2 años, el 55,6% eran varones.

La estancia media en UCI fue de 23,6±26,7 días y la hospitalaria 45±37 días. La duración media del tratamiento antifúngico durante la estancia en UCI fue de 8,4±7,9 días. El antifúngico de inicio más prescrito fue fluconazol (49,5%), seguido de anidulafungina (35,3%), caspofungina (6,5%), voriconazol (6%) y anfotericina B (2,7%). El

55,2% de estos tratamientos se prescribieron de forma empírica siendo fluconazol (76,2%) el más utilizado, seguido por caspofungina (11,9%), anidulafungina (7,1%) y voriconazol (4,8%).

En un 61,2% de los pacientes se obtuvieron cultivos positivos: 51,1% foco urinario, 18,6% pulmonar, 11,6% intraabdominal, 11,6% piel y partes blandas y 7% candidemia. La distribución por especies fue: 95,4% Candida (50% Candida albicans, 31,8% Candida glabrata y 18,2% otras especies de Candida) y 4,6 Aspergillus (50% Aspergillus terreus y 50% Aspergillus fumigatus).

Tras el resultado de los primeros cultivos, la actitud terapéutica fue: mantener el antifúngico inicial (51,9%), escalar a un antifúngico de mayor espectro (26,6%), suspender tratamiento antifúngico (15,2%) y desescalar a fluconazol (6,3%).

CONCLUSIONES: La infección fúngica mayoritaria en la UCI de nuestro centro es por Candida albicans y de foco urinario, siendo fluconazol el antifúngico más utilizado tanto para el tratamiento empírico como dirigido.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

219. ANALISIS DE LA UTILIZACIÓN CLÍNICA DE ERTAPENEM Y ACTUACIÓN FARMACÉUTICA PARA SU OPTIMIZACIÓN

AUTORES: Vicente Sanchez S, Pareja Rodriguez De Vera A, Valderrey Pulido M, Tomas Luiz A, Ramirez Roig C, De La Rubia Nieto Ma.

Hspital Clinico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra Madrid-Cartagena S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Describir la utilización clínica de ertapenem, identificar posibles puntos de intervención que ayuden a conseguir una optimización de su uso y evaluar el gasto farmacéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con ertapenem durante los meses de Enero a Diciembre de 2014. Tras analizar la utilización de ertapenem durante la primera mitad del periodo de estudio, se decidió desarrollar acciones específicas destinadas a conseguir una optimización de su uso. Estas acciones se realizaron a través de mensajes introducidos en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y se basaron en recordar la necesidad de cursar cultivo microbiológico antes del inicio del antibiótico y recomendar el uso de ertapenem únicamente en infecciones intraabdominales con mal pronóstico y sospecha de infecciones por enterobacterias con betalactamasas de espectro extendido (BLEE), siempre que no exista riesgo de P.aeruginosa, de acuerdo con los protocolos consensuados en nuestro hospital. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, servicio clínico, duración de tratamiento, toma de cultivo previa al inicio del antibiótico, microorganismo aislado, y diagnóstico. Además se registró el grado de aceptación de la intervención farmacéutica y se calculó el coste del antibiótico según el precio de adquisición en el hospital.

RESULTADOS: Se valoraron un total de 70 pacientes que habían recibido tratamiento con ertapenem durante el periodo de estudio, de los cuales 54,2% (38) pertenecían al grupo "No intervención" y 45,8% (32) al grupo "Intervención". La mediana de edad fue de 54 años [94-17] y un 60% eran hombres. Los servicios clínicos prescriptores fueron Cirugía general (60%), Medicina interna (27,1%), Neumología (2,8%), Cirugía plástica (2,8%) y Otros. El tiempo medio de duración del tratamiento fue de 6,5 días [51-1]. Además en el 11,4% de los pacientes, la duración del tratamiento fue inferior a 3 días, mínimo establecido en ficha técnica. Los resultados obtenidos del grupo "No intervención" frente al grupo "Intervención" se describen a continuación: se realizó toma de cultivo previa al inicio del antibiótico en el 63,1% vs 71,8%, el motivo de prescripción fue infecciones intrabdominales graves en el 55,2% vs 59,3%, se aisló E.coli BLEE en el 10,5% vs 21,8% de los pacientes, y P.aeruginosa en el 5,2% vs 3,1%. El coste del antibiótico fue de 10.231€ en el primer periodo de estudio frente a los 8.364€ del segundo periodo. El grado de aceptación de la actuación farmacéutica dirigida a ajustar el uso de ertapenem al protocolo consensuado por nuestro hospital fue del 28,1%.

CONCLUSIONES: La PEA es una herramienta útil pero insuficiente en la optimización del uso del ertapenem. Para mejorar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas sería necesaria la colaboración de otros servicios y la creación de un grupo PROA (Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos) actualmente en fase de formación en nuestro hospital. Las actuaciones descritas contribuyen a reducir el gasto farmacéutico en el hospital.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

90. ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES DE PROTESIS ARTICULARES

AUTORES: Valdueza Beneitez Ja, Noguerol Cal M, Vázquez Troche S, De La Nogal Fernández B, López Virtanen Bc, Rodríguez María M.

Hospital El Bierzo. Medicos Sin Fronteras 7. León. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de antibióticos y coste asociado a infecciones de prótesis articulares.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes infectados por prótesis articulares (rodilla, cadera, hombro) en el año 2013.

Variables estudiadas: sexo, edad, factores de riesgo, etiología de la infección, microorganismo aislado, diagnóstico, antibiótico utilizado y duración, y opción terapéutica.

RESULTADOS: Se han analizado 34 episodios correspondientes a 18 pacientes con una edad media de 67 años, mujeres (53%), presentando una estancia media hospitalaria de 26 días. El principal factor de riesgo fue la inmunodepresión (30%). Los diagnósticos fueron: infección precoz de rodilla (4), infección aguda tardía de rodilla (1), infección crónica de rodilla (6), infección aguda de cadera (2), infección crónica de cadera (4) e infección crónica de hombro (1). La etiología fue: polimicrobiana (29%), monomicrobiana (55%) y en tres pacientes los cultivos intraoperatorios fueron negativos (16%). El número de pacientes donde se aislaron los gérmenes responsables de la infección fueron: *Staphylococcus coagulasa* negativo (7), *Staphylococcus aureus* (6), *Streptococcus* del grupo viridans (1), *Streptococcus* B-hemolíticos, grupos A, B y G (1), *Enterococcus* (1), Bacilos gram negativos (2) y Anaerobios (3).

En función del tipo de infección y/o paciente se eligieron las siguientes opciones terapéuticas: recambio de prótesis (11), artrodesis instrumental (1) y retención del implante con intención no curativa y antibioterapia supresora (4). En dos pacientes se realizó retirada de la prótesis y colocación de espaciador, pendiente de lista quirúrgica para el recambio de la prótesis. Los recambios de prótesis se han realizado en dos tiempos; en el primero se ha retirado el implante y colocado un espaciador, mientras que en el segundo se ha retirado el espaciador y colocado una nueva prótesis. La duración media de tratamiento antibiótico entre ambos tiempos ha sido de 49 días.

La pauta antibiótica más frecuente fue la asociación de rifampicina con vancomicina, quinolonas y daptomicina. Los antibióticos más utilizados fueron: 83% rifampicina, 45,4% quinolonas, 35% daptomicina, 30% vancomicina, y 15% linezolid con una duración media de 41,96 días, 44 días, 17 días, 15 días, y 20 días respectivamente. Solo en dos episodios (6%) se ha utilizado cotrimoxazol.

El coste total ha sido 49395€, siendo el coste y la duración media de tratamiento por paciente, 2744€ y 90 días respectivamente. El gasto en daptomicina (30602€) y linezolid (11873€) ha supuesto prácticamente la totalidad del gasto. El retraso en el tratamiento antibiótico y quirúrgico en un paciente procedente de un centro ajeno ha supuesto un coste de 10187€.

CONCLUSIONES: Las infecciones de prótesis articular suponen un enorme gasto hospitalario en consumo de antibióticos, coste de prótesis y estancia hospitalaria.

Por todo ello, sería recomendable: 1) Revisión de protocolos existentes de medicina preventiva (pautas de profilaxis quirúrgica etc.); 2) Elaboración de un protocolo, favoreciendo el uso de antibióticos, en función criterios coste-efectividad (cotrimoxazol, clindamicina); 3) Implantación de un programa de terapia secuencial con el objetivo de disminuir la estancia hospitalaria y el coste de los antibióticos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

364. ANALISIS DE UTILIZACIÓN Y DESESCALADO DE CARBAPENÉMICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Nieves Sedano M, García Muñoz C, Caro Teller JM, Fernández Redondo D, Pablos Bravo S, Ferrari Piquero JM.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba s/n 28041. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la utilización de antibióticos carbapenémicos en un hospital de tercer nivel.

Medir el tiempo transcurrido desde la obtención del resultado del antibiograma hasta la decisión de desescalado por parte del médico, en el caso que fuera posible.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 8 semanas de duración (marzo-abril 2015). Se localizaron diariamente las prescripciones de antibióticos carbapenémicos (meropenem, ertapenem, imipenem/cilastatina) de pacientes ingresados en plantas con sistema de distribución en dosis unitaria, a través del programa de prescripción integrado con historia electrónica HP-HCIS®. Los pacientes que ingresaron en fin de semana o festivos se analizaron el siguiente día laboral. Las variables recogidas fueron: datos demográficos de pacientes (edad), carbapenem prescrito, duración del tratamiento, petición de cultivo al Servicio de Microbiología, microorganismo aislado, realización de antibiograma, seguimiento del tratamiento por especialista en Enfermedades Infecciosas, tratamientos empíricos y dirigidos, posibilidad de desescalado y realización del mismo, tiempo transcurrido desde el resultado del antibiograma hasta desescalado del tratamiento, grupo de antibiótico prescrito tras desescalado.

Se analizó si en el mismo día en que se obtuvo el antibiograma, el médico tomó la decisión de desescalado.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 18.0.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se analizaron 254 prescripciones (correspondientes a 244 ingresos) de carbapenémicos, 188 (74,01%) con meropenem, 62 (24,41%) con ertapenem y 4 (1,57%) con imipenem/cilastatina. La edad media de los pacientes fue de 4,09 años en los pacientes pediátricos y 63,09 años en los pacientes adultos. La duración media del tratamiento fue de 8,13 días (1-41 días). El 22,44% de las prescripciones fueron seguidas por un médico especialista en Enfermedades Infecciosas. Del total de prescripciones el 8,66% se realizaron de forma dirigida mientras que el 91,34% lo hicieron de forma empírica, sin tener disponible un resultado microbiológico al inicio del tratamiento. De estas últimas, se había solicitado cultivo a microbiología en el 82,76% de los casos, aislándose microorganismo en el 40,62% de los casos. De todos los microorganismos aislados, se realizó antibiograma al 79,49%. En estos casos, se analizó la posibilidad de desescalada del tratamiento, siendo del 87,10%. De los cuales, el médico lo había hecho en el 70,37% y en el 48,72% de casos se había realizado en el mismo día de obtención del antibiograma. En el resto de casos, transcurrió una media de 3,13 días hasta el desescalado del tratamiento. La familia de antibióticos a la que más se sustituyó fue las cefalosporinas de 3ª generación.

El patógeno aislado con mayor frecuencia tanto en pediatría como en adultos fue Escherichia Coli.

CONCLUSIONES: Meropenem es ampliamente el carbapenem más prescrito como tratamiento tanto empírico como dirigido.

Menos de 4 de cada 10 tratamientos que se pueden desescalar, se realiza en el mismo día de la obtención del antibiograma.

Menos del 30% de prescripciones de antibióticos carbapenémicos son seguidas por un médico especialista en Enfermedades infecciosas.

Fomentar la solicitud de cultivos es determinante para garantizar un uso racional de los β -lactámicos con mayor espectro de acción.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

158. ANTIBIOTIC CONVERSION OF INTRAVENOUS TO ORAL ROUTE

AUTORES: Duarte Barata R, Passos Morgado M.

Centro Hospitalar Cova da Beira. Quinta do Alvito. Internacional. Portugal

OBJECTIVES: Antibiotic intravenous (IV) therapy implies higher costs, discomfort for the patient and risk of complications when compared to oral therapy. The conversion of IV to oral therapy becomes beneficial to all levels, from the hospital management to the patient comfort. The pharmacist's role becomes crucial as responsible professional by validation of the prescription, as well as assumes a strategic position to act on the whole management of these drugs. The aim of this study is to assist hospital health professionals in the conversion of intravenous to oral therapy, through development of decision algorithms, particularly for antibiotics.

MATERIAL AND METHODS: A literature review was performed based on analysis of guidelines and papers available on the Pubmed using the following expression: "intravenous to oral switch therapy guidelines."

RESULTS: With the obtained results, it was possible establish the criteria for the conversion of an intravenous for oral therapy, among which stand out the observation of improved clinical status and when the oral route is not compromised. The algorithm of decision was developed to apply on the conversion of intravenous to oral antibiotic therapy. Diseases involving the digestive tract, persistent sepsis, special indications which requires high doses of IV therapy, fever with neutropenia, hypotension / shock, skin and soft tissue infections and unavailability of a drug oral form are situations that recommend the use of IV therapy and, eventually, monitoring of patient every 24 hours.

CONCLUSIONS: The proposed algorithms are valuable tools for all hospital services in the decision of conversion of intravenous to oral antibiotic therapy.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

602. COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON COLONIZACIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y BRONQUIECTASIAS NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES: Fernández Alonso E, Gimeno Gracia M, Compaired Turlán V, Merchante Andreu M, Guarc Prades E, Cumbraos Sánchez Mj.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Av. San Juan Bosco 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar los criterios de prescripción y la eficacia de colistina inhalada (CI) fuera de indicación en el tratamiento de pacientes con bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (FQ) y colonización pulmonar por Pseudomonas aeruginosa (PA).

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo realizado entre los meses de enero de 2014 y abril 2015, que incluye todos los pacientes que iniciaron tratamiento con CI en dicho periodo para la indicación fuera de ficha técnica "Bronquiectasias secundarias a colonización pulmonar crónica por PA no debidas a FQ". Para cada uno de los pacientes se recogieron datos demográficos y microbiológicos, antibióticos asociados, clínicos de diagnóstico e indicación, considerando si era colonización inicial (primer cultivo positivo de una misma bacteria no aislada previamente), intermitente (cultivos positivos y negativos para una misma bacteria) o crónica (3 o más cultivos positivos para una misma bacteria con al menos un mes de diferencia entre ellos). La eficacia a la finalización del tratamiento se evaluó mediante la negativización de cultivos y los ingresos pre- y postratamiento. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas y las aplicaciones informática Farmatools® e Intralab®.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes que iniciaron CI con una edad media de $77,9 \pm 11,4$ años y el 69,5% (16) eran hombres. Todos ellos fueron diagnosticados de bronquiectasias no FQ. Además, en cuanto a comorbilidades relacionadas, el 65,2% (15) tenían EPOC y un 8,6% (2) asma. En el 39,1% (9) de los pacientes se instauró tratamiento antibiótico concomitante: un 17,3% (4) con quinolonas, un 13% (3) con azitromicina, un 4,3% (1) con meropenem IV y un 4,3% (1) con cotrimoxazol. Respecto al tipo de colonización, en el 60,8% (14) fue inicial, en el 21,7% (5) intermitente y en el 17,3% (4) crónica. En el 4,3% (1) de los pacientes no había cultivos microbiológicos y se había iniciado tratamiento empírico. En el momento de la recogida de datos, el 69,5% (16) de los pacientes había finalizado el tratamiento, y en tan solo el 4,34% (1) se suspendió por intolerancia. La media de duración del tratamiento fue de $3,3 \pm 3,1$ meses y el 52,1% (12) de los pacientes negativizaron los cultivos para PA. La media de ingresos pretratamiento fue de $2,7 \pm 2,9$ frente a los $1,1 \pm 1,5$ postratamiento, habiendo disminuido en un 52,1% (12) de los pacientes.

CONCLUSIONES: 1-En cuanto a eficacia, aunque son pocos los pacientes estudiados, podemos ver como más del 50% logran erradicar PA en sus cultivos. Por lo tanto, la CI podría resultar eficaz en la erradicación de PA, disminuyendo además el número de ingresos postratamiento en pacientes con bronquiectasias no debidas a FQ, mejorando su calidad de vida. 2-Observamos cierta variabilidad en cuanto a la duración del tratamiento. 3-Podría resultar de interés el desarrollo de un protocolo de utilización de CI fuera de indicación con el objetivo de optimizar el uso de CI en estos casos, así como de fomentar su uso racional en el hospital.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1223. COMPARACIÓN ENTRE EPIDEMIAS DE GRIPE A H1N1 EN 2009 Y 2014

AUTORES: Andújar Mateos A, Del Moral Sánchez Jm, Martí Llorca A, Jiménez Pulido Ip, Matoses Chirivella C, Navarro Ruiz A.

Hospital General Universitario De Elche. Camí De L'almanssera, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: Comparar la incidencia de gripe A H1N1 en pacientes tratados con oseltamivir durante la epidemia del invierno 2013-14 frente a la epidemia de 2009

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo en un hospital general durante el periodo gripal 2009-2010 y 2013-2014. Fueron incluidos todos los pacientes que desde el Servicio de Farmacia había constancia de que habían sido tratados con oseltamivir. Se recogió información antropométrica y clínica del programa de historia clínica MIZAR®, y microbiológica, en base a los resultados del programa del Servicio de Microbiología, MicrobDinamic®.

Las variables a estudio fueron: resultado al test de detección de Virus A H1N1, sexo, edad, número de dosis de Oseltamivir recibidas, gestación, comorbilidades (inmunosupresión, obesidad mórbida y patología respiratoria) y éxitos en los 30 días posteriores al ingreso que pudiera relacionarse con esta patología.

RESULTADOS: La detección de casos de gripe A H1N1 fue confirmada por PCR-RT en 131/246 pacientes (53%) tratados con Oseltamivir ante la sospecha de gripe en el año 2009. En 2014, las cifras fueron de 35/134 pacientes tratados (26%).

En nuestra serie, la media de edad de los pacientes fue de $38,3 \pm 19,7$ años en 2009 y $56,2 \pm 17,6$ años en 2014. Un 59,5% de los tratados en 2009 fueron mujeres y un 42,9% en 2014, encontrándose en estado de gestación un 12,2% y un 33,3% respectivamente.

De los pacientes con infección objetivada, 76 (58%) en 2009 y 13 (37,1%) en 2014, recibieron el tratamiento completo (5 días), 42 (32,1%) en 2009 y 11 (31,4%) en 2014 recibieron menos de 5 días de tratamiento y 13 (9,9%) en 2009 y 11 (31,4%) recibieron dosis superiores.

En cuanto a las comorbilidades, en 2009, 54 pacientes (41,2% del total) presentaban alguna de ellas, de los cuales 25 (19,1%) eran comorbilidades respiratorias. En 2014, 17 pacientes (38,6%) son los que presentaban patología asociada, siendo de carácter respiratorio 9 (25,7%).

En cada uno de los periodos hubo un fallecimiento relacionado con la patología viral.

CONCLUSIONES: Durante la pandemia de 2009 hubo mayor incidencia de pacientes hospitalizados infectados por gripe A H1N1 que en la epidemia del periodo gripal 2013/14 en nuestro hospital. En ambos periodos, las dos terceras partes de los pacientes fueron tratados con Oseltamivir durante 5 días o más.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

422. EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: Ruiz Ramos J, Ramirez Galleymore P, Frasset Artes J, Cueto Sola M, Poveda Andres JI, Castellanos Ortega A. Hospital Universitario La Fe. Av. Fernando Abril Martorell N°106, 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: La expansión de microorganismos multirresistentes constituye una de las grandes amenazas para los pacientes ingresados en las UCI. Los PROA, formados por equipos multidisciplinar de profesionales, han demostrado ser una herramienta efectiva para reducir el consumo de antimicrobianos. No obstante, su impacto sobre la evolución clínica de los pacientes ha sido poco estudiada. El propósito del presente trabajo es evaluar el impacto de la implantación de un PROA sobre la evolución de pacientes en una UCI tras un año de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS: El núcleo del equipo PROA estuvo formado por un médico intensivista especialista en infecciones y un farmacéutico, reunidos diariamente con el equipo de control de infección nosocomial. El impacto clínico, evaluado de forma retrospectiva, se analizó comparando con el año previo a la intervención la estancia media desde el diagnóstico y mortalidad de los pacientes que desarrollaron infección nosocomial durante el ingreso, incluyendo infección urinaria (ITU), neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) y bacteremia por catéter (BRC). Las variables cualitativas y cuantitativas se compararon mediante las pruebas no paramétricas Ji-cuadrado y suma de rangos de Wilcoxon respectivamente, mediante el programa estadístico Stata v.13.0

RESULTADOS: Durante el primer año de intervención, 218 episodios infecciosos de 182 pacientes [Edad: media=58,4(SD=16,2) años] fueron evaluados en 63 reuniones. Las modificaciones de tratamiento consensuadas con el prescriptor incluyeron suspensión de antimicrobianos (60,5%), sustitución por otro antimicrobiano (18,5%), ajuste de dosis (9,9%), añadir un nuevo antimicrobiano (5,1%), monitorización farmacocinética (5,5%). Respecto al año previo de intervención, el consumo de antimicrobianos en DDD/100-estancias se redujo de 380,6 a 295,2 (-22,4%; $p=0,019$), encontrándose una reducción significativa en el consumo de penicilinas/inhibidores-b-lactamasas (77,9 vs 44,8; $p=0,030$), linezolid (20,8 vs 15,1; $p=0,040$), cefalosporinas (38,3 vs 30,2; $p=0,040$) y aminoglucósidos (14,6 vs 5,8; $p=0,007$). El uso de carbapenems se redujo a pesar de no alcanzar significación estadística (53,9 vs 39,17; $p=0,303$). El gasto global de los antimicrobianos se redujo en 119.636 €.

No se encontraron diferencias significativas en el número de aislamientos de bacterias multirresistentes (11,4 vs 10,8; $p=0,519$) ni en el número de infecciones nosocomiales (1,28 vs 1,69; $p=0,203$) por cada 100 estancias.

No se observaron cambios significativos en la duración de la estancia ni mortalidad de los pacientes con BRC [Media: 13,8(IC95%:1,7-25,8) vs 12,9(7,2-18,6) $p=0,632$; 40,0% vs 34,6% $p=0,765$]; NAVM [17,9(8,6-27,2) vs 14,7(7,2-22,2) $p=0,561$; 40,0% vs 44,0% $p=0,842$] e ITU [11,6(7,1-16,1) vs 19,1(7,6-20,1) $p=0,593$; 5,3% vs 13,3% $p=0,414$].

CONCLUSIONES: La implantación de un PROA en una unidad de críticos reduce el consumo de antimicrobianos sin afectar el curso clínico de los pacientes, presentándose como una herramienta de gran valor para minimizar la selección y expansión de cepas multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

299. EL FARMACÉUTICO EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE MANEJO DE LA SEPSIS Y OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.

AUTORES: Sáez De La Fuente J, Such Diaz A, Cañamares Orbis I, Fraile Gonzalez JI, Alvarez De Miguel F, Bueno Garcia B.

Hospital Infanta Leonor. Avda. Del Este, 80. Madrid. España

OBJETIVO: En los últimos años han surgido diferentes iniciativas para reducir la mortalidad asociada a la sepsis y optimizar el control de las resistencias antimicrobianas y el tratamiento antibiótico. En nuestro centro ambas estrategias se coordinan en el Equipo Sepsis y el Grupo para la Optimización del Tratamiento Antibiótico (Grupo Gota) en las que participa el Servicio de Farmacia. El objetivo del estudio es valorar la actividad realizada desde el inicio del proyecto.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Equipo Sepsis lo forman facultativos de Medicina Intensiva, Medicina Interna, Urgencias y Farmacia. Diariamente se reúnen para valorar los pacientes con Alerta Sepsis® (parámetros analíticos con alta proba-

bilidad de indicar sepsis grave), alertar de crecimiento rápido de hemocultivos y revisar los tratamientos antibióticos de amplio espectro. Para cumplir estos objetivos, el Servicio de Farmacia incorpora diferentes estrategias en la validación diaria de tratamientos a través del diseño de una base de datos que integra el historial farmacoterapéutico, los principales resultados de microbiología y las alertas analíticas del paciente. De forma prospectiva se registraron las intervenciones farmacéuticas y el grado de aceptación. Como resultados finales del proyecto se monitorizó el consumo antibiótico y resistencias antimicrobianas.

RESULTADOS: Durante el año y medio de desarrollo del programa, hubo una media diaria de 256 pacientes ingresados con tratamiento, de los cuales 138 tuvieron tratamiento antibiótico. La media mensual de pacientes con alguna intervención farmacéutica relacionada con el tratamiento antibiótico fue de 64 pacientes (7% del total de pacientes con antibioterapia), de los que una media de 30 (16%) tenían tratamiento antibiótico de amplio espectro y 27 (14%) se identificaron con una Alerta Sepsis® durante su ingreso.

En total se realizaron 1384 intervenciones (1,5 intervenciones/paciente), un 48% sobre antibióticos de amplio espectro. Los principales motivos de intervención fueron ajustes en insuficiencia renal (28%), dosis y pauta no adecuada en función de parámetros PK/PD (30%), interacciones (9%), recomendaciones farmacocinéticas (8%), cobertura antibiótica insuficiente (5%), desescalado de espectro antibiótico (6%), duración no adecuada (4%), elaboración y asesoramiento de sellado antibiótico de catéter (1%), petición de cultivos en antibióticos de amplio espectro (1%) e identificación de pacientes sin aislamiento microbiológico (1%). Considerando que un 11% de las intervenciones fueron meramente informativas y un 10% no valorables por el alta o interrupción del tratamiento en las 24 horas posteriores, del 79% restante, el porcentaje de aceptación fue del 72%.

Las intervenciones realizadas durante las reuniones del Equipo Sepsis constituyeron el 10% del total. Los motivos de intervención fueron principalmente desescalado (30%), cobertura antibiótica insuficiente (25%), duración no adecuada (9%) e identificación de pacientes de riesgo (7%).

El trabajo multidisciplinar del Equipo Sepsis y del Grupo Gota ha supuesto una reducción del 7% del gasto anual en antibióticos, destacando una reducción del 28% en el consumo de carbapenémicos, acompañado del aumento del 10% en la sensibilidad de *Pseudomonas aeruginosa*.

CONCLUSIONES: La participación en los equipos multidisciplinarios relacionados con la infección hospitalaria debe ser una estrategia prioritaria de los Servicios de Farmacia por su capacidad para generar intervenciones con impacto en resultados asistenciales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1035. ENFERMEDAD VISCEROTRÓPICA TRAS VACUNACION DE VIRUS DE LA FIEBRE AMARILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: De Miguel Gaztelu M, Fontela Bulnes C, Etxeberria Uriz M, Juanbeltz Zurbano R, Monteserin Garrastatxu I, San Juan Muñoz A.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVO: Descripción de un caso de rhabdomiolisis y enfermedad viscerotrópica relacionados con la administración de la vacuna de la fiebre amarilla.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de una paciente de 20 años con antecedentes de migraña común que presenta un cuadro de cefalea holocraneal acompañado de fiebre y estreñimiento. Tras ser valorada por su MAP y al no presentar mejoría con el tratamiento antibiótico y los laxantes prescritos, es ingresada por deterioro progresivo en el servicio de medicina interna de nuestro hospital. La anamnesis es normal, siendo relevante el hecho de haber recibido, 12 días antes de los primeros síntomas, vacunación para el virus de la hepatitis A, fiebre tifoidea, fiebre amarilla y meningitis previo viaje a África. A nivel analítico se objetivó una elevación considerable de los enzimas hepáticos, niveles de creatinina total de 15.000, superiores a 5 veces los valores normales y aumento de mioglobina.

Resultados-comentarios: La sintomatología presentada por la paciente y la no evidencia de otras etiologías hace sospechar que se trate de un caso de enfermedad viscerotrópica. Ésta es el resultado de la diseminación y replicación generalizada del virus vivo atenuado de la vacuna. Es poco frecuente, se estiman 1-3 casos por millón y se asocia a factores de riesgo como la edad avanzada, antecedentes de enfermedad de timo y la inmunosupresión. La sintomatología es inespecífica y semejante al inicio de la enfermedad, pero puede complicarse con ictericia, trombocitopenia y elevación de transaminasas, bilirrubina total y creatinina, siendo menos frecuente la aparición de rhabdomiolisis y la coagulación intravascular diseminada.

En nuestro caso, llama la atención la ausencia de factores de riesgo para padecerlo.

Los parámetros analíticos se normalizaron tras tratamiento sintomático y forzando diuresis alcalina.

La confirmación de enfermedad viscerotrópica habría tenido lugar si se hubieran aislado virus en sangre, en tejido visceral, o hubiera evolucionado a enfermedad neurológica o neurotrópica. También se descartó cualquier tipo de enfermedad autoinmune asociada o no a la vacuna.

Por lo general la estimación de aparición de enfermedad viscerotrópica es de 1 a 8 días, pero es recomendable la vigilancia de la persona vacunada durante los 30 días siguientes a la misma.

CONCLUSIONES: La aparición de cualquier síntoma tras una vacunación debe ponernos en alerta ante la posibilidad de aparición de complicaciones asociadas.

Es importante informar de los posibles efectos adversos.

Un diagnóstico y tratamiento precoz disminuye las complicaciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1082. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID E INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS

AUTORES: Soria Soto M, De Béjar Riquelme N, Sánchez Martínez I, Alonso Dominguez T, Selvi Sabater P, Nájera Pérez Md.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Avda. Marques De Los Velez, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Describir la utilización de linezolid en un hospital general de 400 camas según protocolo del centro así como las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de todos los pacientes tratados con linezolid desde septiembre-2014 a febrero-2015.

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, unidad de hospitalización, posología, vía de administración, indicación del tratamiento, duración, cultivo, antibióticos concomitantes, glicopéptidos previos, reacciones adversas, interacciones e intervenciones realizadas. Se recogieron datos de programas informáticos Savac® y Selene®, y analíticas. Se registraron en un documento de seguimiento de tratamiento con linezolid donde los datos se recogieron confidencialmente.

RESULTADOS: Durante este periodo se trataron 37 pacientes (12 mujeres y 25 hombres), con una edad media de 61.2 años (33-87). 21 de ellos eran críticos en UCI, 9 de unidades médicas y 7 quirúrgicos.

Por indicación, 26 (70,27%) se ajustaron al protocolo de uso en el hospital: neumonía grave con sospecha de *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (SARM), neumonía nosocomial en UCI con factores de riesgo para infección por SARM, indicación de glicopéptidos pero que estos estén contraindicados, infecciones por *Enterococos* resistentes a vancomicina, infecciones por *Staphylococcus coagulasa* negativo meticilina resistentes, infecciones de piel y tejidos blandos por bacterias sensibles a linezolid, insuficiencia renal o imposibilidad de uso de vía intravenosa, siendo esta la indicación mayoritaria (14 pacientes).

En todos los casos se realizó cultivo microbiológico pero iniciaron linezolid después de los resultados 18 pacientes y de estos sólo 8 justificó su empleo.

La duración media del tratamiento fue 9.6 días (1-26). Un paciente estuvo en tratamiento 133 días debido a una tuberculosis multirresistente.

7 pacientes recibieron tratamiento previo con glicopéptidos y los tratamientos antibióticos concomitantes más frecuentes fueron: piperacilina-tazobactam (27%), meropenem (27%), y en menor medida amikacina (8%), ciprofloxacino (8%), levofloxacino (8%).

Se realizó un seguimiento de valores de hemoglobina y plaquetas para valorar reacciones adversas hematológicas. 11 pacientes redujeron su recuento de plaquetas (descenso medio de 76.118 plaquetas/ μ l) sufriendo plaquetopenia grado III/IV 2 pacientes que llevó a la suspensión del tratamiento. En cuanto a la hemoglobina, 9 pacientes redujeron sus valores una media de 22,33g/dl, sufriendo anemia grado III/IV 5 pacientes.

3 pacientes mostraron interacciones con su tratamiento, una de ellas significativa provocando un síndrome serotoninérgico que llevó a la suspensión de los fármacos implicados.

Se llevaron a cabo un total de 21 intervenciones farmacéuticas: 12 relativas a terapia secuencial, 3 relativas a seguridad, 2 relativas a interacciones, 2 relacionadas con indicaciones y 2 solicitando monitorización analítica.

De estas intervenciones, 12 (57,1%) fueron aceptadas, 8 rechazadas (38,09%), y 1 fue alta antes de aceptar/rechazar la intervención. 6 de las intervenciones rechazadas hacían referencia a terapia secuencial (3 de ellas en UCI).

CONCLUSIONES: -Destaca el pobre ajuste de linezolid a su protocolo de uso en el hospital, fundamentalmente debido a su uso empírico antes de conocer los resultados microbiológicos.

-Como vemos por el seguimiento realizado, el uso de linezolid debe ir acompañado de un seguimiento de función hematológica con analíticas y revisiones frecuentes.

-El número de intervenciones realizadas hace fundamental la labor farmacéutica haciendo un seguimiento de las indicaciones, duración, terapia secuencial, interacciones y en la detección de reacciones adversas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1176. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VANCOMICINA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES: Chamorro De Vega E, Sierra Torres Mi, Perez Blanco JI, Cotrina Luque J, Acosta García H, Martínez Turrión J. Hospital Univ. Virgen Del Rocio. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: La vancomicina administrada por vía oral, es uno de los tratamientos de elección en la diarrea asociada a Clostridium difficile (DACD).

Analizar la utilización de la vancomicina oral en el tratamiento de la DACD en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo. Fueron localizadas todas las prescripciones de vancomicina oral en pacientes adultos durante un año. Se excluyeron las prescripciones empíricas en las que posteriormente se descartó el diagnóstico de DACD.

Fueron recogidas las siguientes variables: características demográficas del paciente, detección de toxina A de Clostridium difficile, presencia de factores de riesgo (edad avanzada, comorbilidad, tratamiento antibiótico previo prolongado) de DASC, diagnóstico de episodios previos de DACD, tratamiento antimicrobiano previo al inicio de la vancomicina (grupo terapéutico y duración) y características del tratamiento con la vancomicina oral (duración y éxito del tratamiento).

Los datos fueron extraídos de la historia clínica digital y del programa de prescripción del hospital.

RESULTADOS: Fueron localizadas 67 prescripciones de vancomicina oral de las cuales se excluyeron 13 por descartarse el diagnóstico de DACD. Finalmente fueron seleccionadas 54 prescripciones correspondientes a 54 pacientes mayores de 16 años. La edad media fue de 56 (17-92) años y el 48% fueron mujeres.

En el 85% de las prescripciones la detección de la toxina A, ADN o GDH (glutamato deshidrogenasa) de Clostridium en heces fue positiva mientras que en el 13% fue negativa. En un paciente no se solicitó ninguna prueba bioquímica. El 96% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo y el 46% estaba inmunodeprimido.

Solamente un paciente había presentado un episodio previo de DASC, el cual fue tratado también con vancomicina oral.

El antibiótico recibido previo al inicio de los síntomas fue: betalactámico en monoterapia o asociado a otro antibiótico (66%), quinolona en monoterapia o asociada a otro antibiótico (7.5%), otros (4%) y sin antibiótico (22,5%).

El tiempo medio de consumo de antibióticos fue 9 (1-35) días.

En 17 % de los pacientes no se suspendió el tratamiento antimicrobiano al inicio de la vancomicina oral.

La duración media del tratamiento con vancomicina oral fue de 12 días. En el 11% de los pacientes la vancomicina se usó como segunda línea tras metronidazol. El 7% de los pacientes recibieron tratamiento combinado vancomicina-metronidazol.

El 15% de los pacientes sufrió una recaída de la enfermedad.

CONCLUSIONES: La vancomicina oral en el hospital se emplea en el tratamiento de la DACD en pacientes con criterios de gravedad y factores de riesgo, principalmente en inmunodeprimidos y en aquellos que reciben tratamiento antibiótico de amplio espectro de larga duración. El grupo terapéutico que con gran diferencia se asocia más frecuentemente a esta patología es el beta-lactámico.

La eficacia de la terapia antimicrobiana con vancomicina es elevada en esta patología infecciosa ya que es bajo el porcentaje de pacientes que sufre un nuevo episodio tras el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1164. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL 2014 EN EL SERVICIO DE INFECCIOSAS DEL HCU LOZANO BLESA

AUTORES: Guarc Prades E, Sanjoaquin Conde I, Gimeno Gracia M, Merchante Andreu M, Gamarra Calvo S, Puértolas Tena I.

Hospital Clínico Lozano Blesa. Avda/San Juan Bosco, Nº 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: La tuberculosis, considerada una enfermedad reemergente, representa un problema de salud pública en todo el mundo. Los objetivos del estudio son: conocer el tipo de población ingresada por tuberculosis en nuestro

hospital; tiempo de ingreso en base al tipo de tuberculosis; fármacos empleados y consumo económico del tratamiento antituberculoso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel desde el 01/01/2014 hasta el 31/12/2014. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en el Servicio de Infecciosas diagnosticados de tuberculosis y que recibieron tratamiento antituberculoso en el 2014. Fuentes de información: historia clínica, prescripciones en el programa de dosis unitaria y programa de gestión económica (Farmatools) del Servicio de Farmacia. Datos recogidos: variables demográficas, tipo de tuberculosis, número y días de ingreso, coinfección con VIH, otras patologías, tratamiento antituberculoso y coste asociado.

RESULTADOS: Fueron 34 pacientes, 74% hombres con edad media de 42 años, diagnosticados de tuberculosis (82,3% pulmonares, de las cuales el 75% eran bacilíferas). Un 20,6% de los pacientes eran coinfectados con VIH y un 17,6% pluripatológicos. El 64,7% eran de nacionalidad española. Se registraron 37 ingresos (3 pacientes re-ingresaron con tratamiento antituberculoso). La mediana de días de ingreso fue de 38 en tuberculosis bacilíferas, 8 en no bacilíferas pulmonares y 33 en extrapulmonares. Un 88,2% de los pacientes recibieron Rimstar® como tratamiento antituberculoso (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol). El coste anual total de los tratamientos fue de 1.173,06€, donde el 60,17% (705,79€) era referido a tuberculosis bacilíferas.

CONCLUSIONES: La mayoría de las tuberculosis diagnosticadas fueron pulmonares bacilíferas, siendo las que supusieron mayor número de días de ingreso (los pacientes permanecían ingresados hasta negativizar la baciloscopia) y a su vez mayor coste en el tratamiento. El fármaco Rimstar® (asociación de los 4 principios activos) fue el tratamiento de elección en estos pacientes debido probablemente a la comodidad en su prescripción y administración. A diferencia de otros estudios publicados, la mayoría de los casos diagnosticados de tuberculosis eran de nacionalidad española. Se podría plantear un estudio a posteriori acerca de la relación entre número de días de ingreso por paciente y problemática social asociada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

583. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE Y ADECUACIÓN A LAS GUÍAS CLÍNICAS

AUTORES: Román Gonzalez N, Corujo Dieppa J, Aparicio Hernandez Lastras T, Del Castillo Rodriguez Jc, Romero Delgado C.

Hospital San Juan De Dios. Ctra. Santa Cruz / La Laguna, 53. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVO: Conocer la distribución de frecuencias en la exposición por tipo de antibiótico en pacientes hospitalizados con CDI.

Evaluar si el tratamiento de los pacientes diagnosticados de CDI se realiza en función de las guías clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de 12 meses de duración, de pacientes ingresados en un Hospital Médico-Quirúrgico de 179 camas, que han recibido tratamiento con metronidazol o vancomicina oral durante el ingreso hospitalario y que presentan una prueba positiva para la detección de la toxina A/B de C.difficile y que no hayan sido diagnosticados al ingreso de CDI.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados, centrándose en las prescripciones médicas previas al diagnóstico: tipo de antibiótico y duración de tratamiento; datos de laboratorio: leucocitos y creatinina, que orientan sobre la gravedad de la enfermedad; y prescripciones posteriores al diagnóstico: en un episodio inicial leve o moderado se debe tratar con Metronidazol 500mg oral cada 8h durante 10-14 días, en un episodio inicial grave se debe tratar con Vancomicina 125mg oral cada 6h durante 10-14 días y en un episodio inicial grave y complicado debe tratarse con Vancomicina 500mg oral cada 6h y Metronidazol 500mg parenteral cada 8h. Antes de comenzar cualquier pauta debe interrumpirse el tratamiento con el antibiótico causante de la CDI.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se seleccionaron un total de 36 pacientes a los que se les realizó la prueba de detección de toxina A/B de C.difficile en heces, de esos pacientes 16 resultaron positivas (44,44%). El 37,50% eran hombres y el 62,50% mujeres, con una media de edad de 85 años (61-93).

En un 81,25 % de los casos, la aparición de la infección se relacionó con el uso de antibióticos, siendo los más frecuentes: cefalosporinas (39,13%), carbapenems (17,39%), fluorquinolonas (17,39%), penicilinas (13,04%), cotrimoxazol (8,70%), glicopéptidos (4,35%). En el 60% de los casos se suspendió el tratamiento antibiótico tras el diagnóstico de CDI.

Respecto a los datos clínicos en el 81,25% se trató de una CDI leve-moderada, y en el 18,75% de una CDI grave. Con respecto al tratamiento, el 100% de los pacientes fueron tratados con metronidazol con una duración media de tratamiento de 9 días. En un 19% de los pacientes se les añadió al tratamiento vancomicina. La adecuación a las guías de tratamiento se vio reflejada en el 56,25%.

CONCLUSIONES: La CDI es una enfermedad con una elevada morbimortalidad por lo que las medidas a tomar para poder prevenirla son de gran importancia. Trabajar en el establecimiento de programas de optimización del uso de antimicrobianos, es la clave para la disminuir la incidencia de la misma.

La baja adecuación a las guías clínicas en el tratamiento de la CDI, plantea la necesidad de trabajar en la mejora de la formación del personal asistencial del Hospital, y de potenciar el trabajo del farmacéutico en la revisión de la adecuación a las guías, mejorando la calidad asistencial y reduciendo los costes derivados de complicaciones por fallos en el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

704. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIINFECCIOSO DE PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIONES-COLONIZACIONES POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES DURANTE EL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES: Koninckx Cañada M, Oltra Sempere Mr, Girbés Llopis Ja, Marcano Díaz Xa, Carrión Carrión C, Moreno Fernández Mj.

Hospital Clínico Universitario Valencia. Av/ Vicente Blasco Ibañez. Valencia. España

OBJETIVOS: Analizar las recomendaciones realizadas por el farmacéutico integrado en el Equipo de Control de Infección Nosocomial (ECIN) del tratamiento antiinfeccioso de pacientes ingresados con infecciones-colonizaciones por bacterias multirresistentes (BMR) en el primer año de implantación de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo-descriptivo de las intervenciones farmacoterapéuticas en pacientes en aislamiento en el hospital por colonización/infección por BMR según la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad Valenciana (RedMIVA) durante el año 2014. El ECIN está integrado por un enfermero de Medicina Preventiva, un residente de Farmacia, un residente de Microbiología y un médico adjunto de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. En cada reunión multidisciplinar (tres días/semana) se analizó el tratamiento antimicrobiano de cada uno de los pacientes según criterio clínico-microbiológico, basándose en recomendaciones de las guías Mensa y Sanford® 2014. Desde el Servicio de Farmacia se diseñó una hoja para el seguimiento farmacoterapéutico en donde se registró para cada paciente: sus características clínicas, sus resultados microbiológicos, el antibiótico recibido, los problemas relacionados con los antibióticos (PRA) detectados y las intervenciones farmacéuticas realizadas. Las recomendaciones se comunicaron por escrito y/o verbalmente al médico prescriptor. Su aceptación se valoró en los 3 días siguientes a la notificación.

RESULTADOS: En 2014 se aislaron a 679 pacientes ingresados con infecciones-colonizaciones por BMR (80% por gramnegativas multirresistentes). Según la BMR: 170 (25%) por *Escherichia coli* productora de BLEE, 158 (23,3%) por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, 105 (15,5%) por *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, 97 (14,3%) por *Stenotrophomonas maltophilia*, 60 (8,8%) por *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE, 56 (8,2%) por *Acinetobacter baumannii* y 33 (4,9%) por *Clostridium difficile*. Los grupos terapéuticos sobre los que se realizaron un mayor número de intervenciones fueron los carbapenémicos, aminoglucósidos, penicilinas y cefalosporinas (66% de las intervenciones). Se detectaron un total de 203 PRA (1 PRA por cada 3 pacientes aislados), destacando la inadecuación del antibiótico prescrito (39% de los casos) y una duración excesiva (31% de los casos). De las 203 actuaciones farmacoterapéuticas realizadas, fueron aceptadas 131 (65%). Las recomendaciones fueron: 79 (39%) proponiendo cambio de antibiótico (73% aceptadas); 63 (31%) proponiendo la suspensión/desescalada del antibiótico (62% aceptadas); 28 (14%) proponiendo el inicio de tratamiento antibiótico (57% aceptadas); 25 (12%) proponiendo la necesidad de monitorización farmacocinética del antibiótico (40% aceptadas); y 8 (4%) proponiendo la modificación de la dosis/pauta del antibiótico, siendo todas aceptadas.

CONCLUSIONES: Destaca el elevado porcentaje que representan las bacterias gramnegativas multirresistentes en el total de aislamientos realizados. Las principales actuaciones fueron las recomendaciones de valoración de tratamiento empírico instaurado y de desescalado/suspensión del antibiótico en función de los cultivos. A pesar del elevado porcentaje de aceptación de las recomendaciones en un año de implantación de un PROA en nuestro hospital, este resultado es mejorable si se compara con trabajos similares (del Arco et al., 2011 y Medina et al., 2013). Este análisis inicial ha permitido el planteamiento, desde una perspectiva multidisciplinar, de medidas no impositivas para minimizar el incremento de resistencias bacterianas y optimizar el tratamiento antimicrobiano.

67. IMPACTO DE LA PUBLICACIÓN DE LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE LA INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL CONSUMO DE LINEZOLID EN EL AÑO 2013

AUTORES: Valdueza Beneitez Ja, Lopez Virtanen Bc, Nogal Fernandez Bdl, Vázquez Troche S, Noguerol Cal M, Rodríguez María M.

Hospital El Bierzo. Medicos Sin Fronteras. León. España

OBJETIVOS: El objetivo es conocer el impacto de la guía de infección por Staphylococcus aureus publicada en 2013 en el consumo de linezolid, comparando el año 2013 respecto al 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los pacientes que han recibido linezolid durante 2012-2013. Variables analizadas: edad, sexo, servicio clínico, consumo de DDD/100 estancias total y por servicios, diagnóstico, tratamiento empírico o dirigido y tasa de exitus. En la distribución de pacientes por servicio y en la tasa de exitus se han excluido a los pacientes ingresados en UCI por no disponer de unidosis en 2012.

Los datos se obtuvieron del programa de unidosis Farmatools®, se registraron en una base de datos Excell.

RESULTADOS: AÑO 2012: N° pacientes, 73; edad media, 73,5 años; 63% varones. Distribución de pacientes por servicios: M Interna 30%, Neumología 12%, Cirugía 9%, Onco-hematología 14%, Medicina Intensiva 19%, Traumatología 12% y Urología 4%. Distribución de pacientes por diagnóstico: Infección respiratoria 36%, Intraabdominal 5%, Osteoarticular 12%, Piel y partes blandas 33%, Bacteriemia y endocarditis 4%, Sepsis/ Shock séptico de origen desconocido 10%. Tratamiento empírico 42%. Duración media de tratamiento 9,2 días. DDD/100 estancias total 1,01. DDD/100 estancias por servicios: M Interna 0,85, Neumología 1,54, Cirugía 0,3, Onco-hematología 1,83, Medicina Intensiva 17,61, Traumatología 1,5 y Urología 0,78. Consumo total de linezolid 117.570€. Tasa de exitus 15,29%.

AÑO 2013: N° pacientes, 132; edad media, 70,2 años; 75% varones. Distribución de pacientes por servicios: M Interna 50%, Neumología 5%, Cirugía 14%, Onco-hematología 16%, Medicina Intensiva 5%, Traumatología 8%, Urología 2%. Distribución de pacientes por diagnóstico: Infección respiratoria 40%, Intraabdominal 8%, Osteoarticular 8%, Piel y partes blandas 29%, Bacteriemia y endocarditis 3%, Sepsis/ Shock séptico de origen desconocido 12%. Tratamiento empírico 50%. Duración media de tratamiento 8,3 días. DDD/100 estancias total 1,48. DDD/100 estancias por servicios: M Interna 2,17, Neumología 1,34, Cirugía 1,04, Onco-hematología 6, Medicina Intensiva 14, Traumatología 1,1 y Urología 0,70. Consumo total de linezolid 168.220€. Tasa de exitus 21%.

CONCLUSIONES: El incremento de linezolid en la Comunidad de Castilla y León (datos aportados por la Dirección Técnica de Farmacia) ha sido un 16% (479172€), en el año 2013 respecto al 2012.

En nuestro hospital, en el mismo periodo, hemos observado un aumento del número de pacientes, con el consiguiente incremento económico (40%, 50650€.). Las principales indicaciones de linezolid fueron: infecciones respiratorias, piel y partes blandas y sépsis con foco desconocido, localizados en los servicios de M. Interna, Cirugía y Cuidados Intensivos.

En mi opinión, puede ser debido a varias razones: 1) El impacto de dicha guía, donde se indica como primera opción de tratamiento linezolid en neumonía, infección grave de piel y partes blandas e infección osteoarticular en pacientes con sospecha SAMR; 2) Alta tasa de SAMR en nuestro hospital (40-45%).

También se ha observado un incremento en la tasa de mortalidad en el año 2013 respecto al 2012, siendo aconsejable, analizar una serie de variables como comorbilidad, duración de tratamiento, desescalamiento terapéutico etc...., no estudiadas en el presente estudio.

964. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS CARBAPENÉMICOS: MÁS ALLÁ DE LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO

AUTORES: Franco Sereno Mt, Pérez Serrano R, Martín Siguero A, Fernandez Marchante Ai, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. C/ Obispo Rafael Torija, S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Comparar el perfil de prescripción de antimicrobianos carbapenémicos (AC) antes y después de la implementación de un "Programa de optimización del uso de antimicrobianos carbapenémicos" (PROAC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de dos periodos de dos meses de duración: Periodo A (antes del PROAC Octubre-Noviembre 2013) y Periodo B (durante el PROAC Octubre-Noviembre 2014). Se revisaron diariamente (laborables) las prescripciones de los pacientes que iniciaban tratamiento con AC, así como las pruebas

microbiológicas previas al inicio del tratamiento antimicrobiano; se excluyeron pacientes ingresados en unidades de críticos y pediátricos en ambos periodos.

Las variables analizadas en ambos periodos fueron: carbapenémico prescrito, servicio clínico prescriptor, tratamiento empírico o dirigido y solicitud o no de cultivos microbiológicos. Se midió el uso de AC mediante el número de dosis diaria definidas (N° DDD)/100 estancias.

RESULTADOS: En el Periodo A se incluyeron 142 pacientes: imipenem/cilastatina 74%, meropenem 21.8% y ertapenem 4.2%. Los servicios clínicos con más prescripciones de AC fueron: Cirugía Vasculard 26.8%, Geriatría 17.6%, Medicina Interna 15.5% y Digestivo 11.3%. El tratamiento fue empírico en el 93.7% (133) de los pacientes; de éstos, el 45.1% (60/133) no tenían solicitud de cultivos previos al inicio del tratamiento. El N°DDD/100 estancias fue: 4.64 (3.08 imipenem/cilastatina, 1.11 meropenem, 0.45 ertapenem).

En el Periodo B se incluyeron 45 pacientes: imipenem/cilastatina 64.4% y meropenem 35.5%. Los servicios clínicos con más prescripciones de AC fueron: Oncología Médica 17.7%, Medicina Interna 15.5%, y Nefrología 13.3%. El tratamiento era empírico en el 80% (35) de los pacientes, y de éstos, el 25% (9/35) no tenían solicitud de cultivos previos al inicio del tratamiento. El N°DDD/100 estancias fue: 1.67 (0.88 imipenem/cilastatina, 0.66 meropenem, 0.14 ertapenem).

CONCLUSIONES: La implementación del PROAC, además de suponer una reducción drástica del número de pacientes y del consumo de todos los AC, ha aumentado de manera importante, sin ser un objetivo específico del mismo, la petición de cultivos previos al inicio del tratamiento. También ha repercutido, probablemente por la labor educativa que se realiza con este tipo de programas, en el aumento del uso de estos antimicrobianos en la terapia dirigida.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

132. IMPACTO EN EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: Ercilla Liceaga M, López Arzoz G, Iburguren Pinilla M, Odriozola Cincunegui B, Urretavizcaya Anton M, Lombera Saez L.

Hospital Universitario Donostia. P. Dr. Beguiristain S/N. Guipúzcoa. España

En Enero de 2013, se inició en nuestro centro un programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA), liderado por un equipo multidisciplinar. Dicho programa ha ido incorporando secuencialmente diferentes intervenciones, que han ido modificando el perfil de prescripción.

El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la prescripción tras su implantación, y medir el impacto en el consumo y gasto económico de antimicrobianos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un hospital terciario de 1200 camas. Se analizaron datos de prescripción y consumo de paciente hospitalizado, incluyendo Hospitalización a Domicilio (el PROA también actúa en dicho servicio) los años 2012 (=control), 2013 y 2014. Se midieron las siguientes variables:

- número de Dosis Diarias Definidas por 100 estancias (DDD/100) total y desglosado por antimicrobiano
- gasto económico (€) total de antimicrobianos.

Los consumos se extrajeron del programa de gestión económica (SAP) y las DDD se calcularon según las recomendaciones de la OMS. Las estancias anuales se obtuvieron del servicio de admisión.

Las intervenciones realizadas fueron:

Control de bacteriemias (inicio 1/13), control de carbapenems al cuarto día (inicio 1/13), tratamientos prolongados de antibióticos >10 días y antifúngicos >21 días (inicio 5/14), control de daptomicina, linezolid, vancomicina, tigeciclina, equinocandinas, voriconazol, anfotericina B liposomal al cuarto día (inicio 7/14).

RESULTADOS: La evolución de la variable DDD/100 total fue:

2012=74,5; 69,36 antibióticos; 5,14 antifúngicos

2013= 79,16; 73,43 antibióticos; 5,72 antifúngicos

2014= 78,01; 73,27 antibióticos (+ 5,62% en 2 años); 4,74 antifúngicos (= -7% en 2 años)

La evolución de la variable DDD/100 por grupo terapéutico y el porcentaje de incremento y/o disminución en 2 años fue:

Equinocandinas: 2012=0,51; 2013=0,334; 2014=0,227; -55,5%

Azoles amplio espectro: 2012=1,43; 2013=0,68; 2014=0,854; -40,27%

Fluconazol: 2012=3,16; 2013=3,751; 2014=3,372; +6,7%

Anfotericina B: 2012= 0,646; 2013=0,84; 2014=0,44; -31,88%
Carbapenems: 2012= 5,53; 2013=3,99; 2014=2,33; -57,8%
Linezolid: 2012=1,56; 2013=1,335; 2014=0,99; -36,53%
Daptomicina: 2012=0,495; 2013=0,856; 2014=0,69; +39,39%
Vancomicina: 2012=1,064; 2013=1,349; 2014=1,153; +8,36%
Tigeciclina: 2012=0,062; 2013=0,0754; 2014=0,054; -12,38%
Amoxicilina-clavulánico: 2012=18,14; 2013=19,38; 2014=20,05; + 10,5%
Piperacilina-tazobactam: 2012=3,8; 2013=4,855; 2014=4,98; +31%
Quinolonas: 2012=10,19; 2013=12,111; 2014=11,61; +14,15%
Cefalosporinas 3ª y 4ª generación: 2012=6,17; 2013=6,53; 2014=7,1; + 15,07%
El gasto económico de antimicrobianos fue:
2012= 2.583.752,34€; 2013=2.360.505,62€; 2014=1.588.158,37€;
Esto implica una reducción de 995.593,97€ (-38%) en 2 años

CONCLUSIONES: Gracias al PROA la utilización de antimicrobianos de amplio espectro, se ha reducido notablemente, lo cual ha repercutido en el gasto, que ha disminuido un 38% en 2 años. Es llamativo el descenso en la utilización de equinocandinas y carbapenems, con el consecuente aumento de piperacilina-tazobactam, amoxicilina-clavulánico y fluconazol. Esto es reflejo de que gracias a las intervenciones iniciadas se ha instaurado progresivamente una cultura de "desescalada terapéutica" en el hospital.

Sin embargo, no se ha alcanzado un objetivo prioritario: la reducción del consumo global de antimicrobianos. Aunque el consumo de antifúngicos ha disminuido (-7% en 2 años), el de antibióticos ha aumentado (+5,62% en 2 años). Se observa una mejoría del año 2013 al 2014, probablemente debido al inicio del programa tratamientos prolongados. Esperamos que se consolide en un futuro y repercuta en una menor utilización de antimicrobianos en el hospital.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1168. INTERVENCIÓN FARMACOTERAPEUTICA EN EL PACIENTE CON DIARREA ASOCIADA A LA INFECCION POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES: Garrigues Sebastia Mr, Garcia Gomez C, Bonaga Serrano B, Valladolid Walsh A.
Gerencia Atencion Integrada De Albacete. Hermanos Falco S/N. Albacete. España

OBJETIVOS: La infección por Clostridium difficile (CDI) es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes. Tras la publicación de la guía clínica de la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (ESCMID, 2014) que incluye recomendaciones respecto a epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de infección, se actualizó en el centro la "Guía de manejo en colitis por Clostridium difficile". El objetivo del presente estudio ha sido intervenir en la adecuación al tratamiento más óptimo de la CDI, según se trate de un episodio inicial o recurrencia (primera o sucesivas) y la gravedad del mismo (leve-moderado o grave) y valorar el grado de adhesión a dichas recomendaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo intervencional de 1 año de duración (Marzo 2014-Marzo 2015) en el que se han recogido datos correspondientes a pacientes con prueba positiva para la detección de toxinas A/B de C. difficile en un hospital de nivel III: demográficos (fecha nacimiento, sexo); servicio; factores riesgo de desarrollo de CDI (tratamiento antibiótico previo (AP), edad > 65 años, estancia hospitalaria prolongada (EHP), quimioterapia, VIH, y empleo de inhibidores de bomba de protones (IBP)), así como datos clínicos (creatinina sérica (mg/dL), recuento leucocitario (cél/s/μL), albúmina sérica (g/dL), del día del resultado positivo de la toxina).

En función de los datos clínicos se ha clasificado como episodio CDI leve-moderado o grave, según las recomendaciones de ESCMID. Se ha incluido también: antibiótico prescrito, duración, adecuación o no a las recomendaciones y la aceptación o no de intervención del farmacéutico. Los datos demográficos, clínicos y el tratamiento farmacológico, se han obtenido a través del programa historia clínica electrónica (Mambrino XXI®) y el módulo Unidosis Farmatools®.

Se estableció un circuito en el que Microbiología notifica cada vez que se detecta un caso positivo al farmacéutico, el cual valora al paciente y realiza la intervención farmacéutica sobre el tratamiento farmacológico más adecuado en la historia clínica electrónica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio han resultado positivas muestras correspondientes a 31 pacientes ingresados, siendo 53,3% varones, con edad media 71 (SD=27) años. Los servicios peticionarios mayoritarios fueron:

M.Interna y Geriátría (26%). En cuanto a los factores de riesgo, el empleo de AP se dio en 81%, con edad >65 años en 45%, EHP en el 29%, quimioterapia 3%, VIH 0% y empleo de IBP en un 81%. Respecto a los datos clínicos, el 67% se trató de episodio CDI grave. El uso de Vancomicina fue más frecuente que de Metronidazol (58% y 42% respectivamente); con una duración media de 10(SD = 3,9) días; el 68% se adecuó a las guías, y la aceptación de intervención farmacéutica fue del 68%.

CONCLUSIONES: La implantación del circuito de valoración del tipo de episodio de CDI y la recomendación farmacéutica prospectiva en cada caso de toxina positiva detectada ha incrementado el grado de adecuación de las recomendaciones desde el 28,9% en 2012 hasta el 68% actual, siendo el porcentaje de aceptación de dicha intervención muy importante. El % de recidivas ha sido muy reducido (19%), el cual esperamos que disminuya debido a una mayor optimización de la terapia empleada en cada caso.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

730. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN ANTIINFECCIOSOS MEDIANTE CRIBADO PREVIO A INTERVENCIÓN DEL GRUPO DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIINFECCIOSOS

AUTORES: Echeverría Gorriti A, Aquerreta González I, Burgui Alcaide C, Luri Fernández de Manzanos M, Idoate García A, Ortega Eslava A.

Clínica Universidad de Navarra. Avenida Pío XII 36. Navarra. España

OBJETIVO: Analizar las intervenciones del farmacéutico de enfermedades infecciosas en la revisión y revalidación de las prescripciones con antiinfecciosos previa a la reunión del grupo del Programa de Optimización de Antiinfecciosos (PROA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron durante un año (1/3/2014 a 1/3/2015) las intervenciones registradas por el farmacéutico de infecciosas en la revisión y revalidación de prescripciones realizada previamente a la reunión del grupo PROA. El tiempo de dedicación diario medio por el farmacéutico fue de una hora. Estas prescripciones habían sido anteriormente validadas por un farmacéutico tras la prescripción por un médico, previamente a la dispensación. El farmacéutico de infecciosas revisaba únicamente las prescripciones con: antiinfecciosos de uso restringido, o combinaciones de antiinfecciosos, o antibióticos por vía intravenosa durante más de 3 días o con algún antiinfeccioso durante más de 7 días. Se analizaron el número de sus intervenciones y su impacto clínico, los problemas relacionados con medicamentos (PRMs), los grupos de fármacos implicados, el tipo de actuaciones farmacéuticas, las actuaciones preventivas llevadas a cabo, los departamentos implicados, el grado de aceptación de las propuestas y el coste potencialmente evitado.

RESULTADOS: Con la revisión y revalidación del farmacéutico de infecciosas se realizaron 187 intervenciones en 150 pacientes. El impacto clínico estaba relacionado con la seguridad (88,2%), efectividad (10,7%) y eficiencia (1,1%).

Los PRMs detectados afectaban: en un 48,7% a la indicación del fármaco (97,8% por medicamento innecesario), en un 38,5% a la seguridad (95,8% por sobredosificación) y en un 12,8% a la efectividad (95,8% por infradosificación y 4,2% por tratarse de un medicamento inadecuado). Cinco de las intervenciones analizadas hacían referencia a errores de medicación, de éstas el 60% no alcanzó al paciente gracias a la intervención farmacéutica.

Los medicamentos implicados más frecuentemente fueron fluorquinolonas (37,2%), combinaciones de penicilinas e inhibidores de beta-lactamasas (22,1%), triazoles (7%) y cefalosporinas (7%).

Las actuaciones farmacéuticas realizadas fueron la suspensión de medicamentos (38,5%), cambios a vía de administración más coste-efectiva (34,8%), modificación de dosis o intervalo posológico (23%), cambios a medicamentos más efectivos (2,1%), cambios a medicamentos más coste-efectivos (1,1%) e inicio de nuevos medicamentos (0,5%).

Las actuaciones farmacéuticas preventivas realizadas fueron: prevención de efectos adversos (56,7%), cambios a vía o método de administración más seguro (34,5%), prevención de fallos de tratamiento (7,6%) y prevención de reacciones alérgicas (0,6%) o de interacciones (0,6%).

Los departamentos más frecuentemente implicados fueron Nefrología (23%), Medicina Interna (15,6%) y Cirugía General (14,8%). En el 93% de los casos las intervenciones fueron aceptadas por el médico responsable, el 98,4% se consideraron importantes con mejora del cuidado del paciente y el coste total potencialmente evitado en medicamentos fue de 13.015€.

CONCLUSIONES: La revisión y revalidación de la prescripción por el farmacéutico focalizada en el tratamiento antiinfeccioso tras un cribado de las prescripciones con criterios específicos puede detectar oportunidades de actuación farmacéutica con impacto en la seguridad y la efectividad del uso de antimicrobianos.

Las intervenciones farmacéuticas realizadas en un año supusieron un coste evitado de 13.015€ y el grado de aceptación entre los clínicos fue elevado.

443. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS CARBAPENÉMICOS: ANÁLISIS DE RECOMENDACIONES NO ACEPTADAS

AUTORES: Martín Siguero A, Perez Serrano R, Franco Sereno Mt, Porras Leal L, Castón Osorio Jj, Abdelhadi Álvarez H. Hospital General Universitario De Ciudad Real. C/ Obispo Rafael Torija S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Realizar un análisis de las recomendaciones no aceptadas dentro de un Programa de Optimización de Antimicrobianos Carbapenémicos (PROAC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel del primer año desde el inicio del PROAC (Mayo 2014-Mayo 2015) dirigido a proponer, por médicos expertos en enfermedades infecciosas, recomendaciones sobre el tratamiento con antimicrobianos carbapenémicos (AC) en todos los pacientes ingresados al inicio, al quinto y al décimo día de tratamiento, previa selección y revisión por un farmacéutico hospitalario, mediante comunicación oral y/o escrita con el médico prescriptor. Se seleccionaron aquellas recomendaciones no aceptadas. Las variables registradas fueron: momento y tipo de recomendación, AC prescrito, servicio prescriptor e indicación. También se midieron los fallos en la recomendación sobre el tratamiento empírico, considerando como tal cuando los resultados microbiológicos posteriores a la recomendación indicaban que el cambio de antimicrobiano o la suspensión de la terapia antibiótica no hubiese sido adecuada.

RESULTADOS: El número de recomendaciones no aceptadas por el médico prescriptor fue de 64 (10,6%), pertenecientes a 44 pacientes, de un total de 602 realizadas. Un 9,8% (39/397) fueron al inicio, un 12,8% (19/149) a los cinco días y un 10,7% (6/56) a los diez. No fueron aceptadas un 26,6% (12/45) de las recomendaciones que implicaban un ajuste posológico del AC, un 19,4% (44/227) de las que conllevaban cambio de antimicrobiano y un 11,9% (8/67) de las que suponían suspensión del tratamiento antibiótico. Los AC prescritos no aceptados respecto al total fueron imipenem (12,2%) y meropenem (9,3%); con ertapenem se aceptaron todas las recomendaciones pero su prescripción fue minoritaria (3,8%). Los servicios prescriptores que más rechazaron las recomendaciones propuestas fueron Neumología (50%), Hematología (23%), Cardiología (20%), Oncología (16%) y Digestivo (16%); los que menos fueron Medicina Interna (3%), Medicina Intensiva (4%), Neurocirugía (7%) y Traumatología (10%). El grado de no aceptación cuando el tratamiento era empírico fue del 11,2% (51/457) y si era dirigido del 9% (13/145). Las recomendaciones sobre el tratamiento empírico de las no aceptadas fue acertado en el 97,6% (40/41).

CONCLUSIONES: El bajo grado de no aceptación junto con bajo riesgo de que las recomendaciones del PROAC no sean acertadas hace difícil encontrar áreas de mejora, pero nuestros resultados indican que la negativa a aceptar recomendaciones se relaciona principalmente con las que implican un ajuste posológico y con el servicio prescriptor, fundamentalmente especialidades médicas.

Para mejorar el grado de aceptación, sería necesario realizar intervenciones informativas sobre el PROAC y/o educativas sobre uso y posología de AC en los servicios médicos con menor grado de aceptación.

765. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Briones Cuesta E, Portillo Tuñón V, Machín Morón MA, Dueñas Gutiérrez C, Mantecón Vallejo MA, García Arcal MD.

Hospital Universitario de Burgos. Avenida Islas Baleares 3. Burgos. España

OBJETIVO: La complejidad actual del manejo de las enfermedades infecciosas y el aumento de las resistencias hace imprescindible el establecimiento de programas de optimización del uso de antimicrobianos en los hospitales (PROA). El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de la implantación de un programa PROA en los servicios de medicina interna, cirugía general y traumatología de nuestro hospital, interviniendo sobre los pacientes en tratamiento con antiinfecciosos restringidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el desarrollo de este trabajo se creó un equipo multidisciplinar integrado por especialistas de medicina interna, cuidados intensivos, microbiología, medicina preventiva y farmacia hospitalaria. Durante el periodo de estudio (diciembre 2014-marzo 2015) se revisaron diariamente los tratamientos de pacientes con antiinfecciosos restringidos (cefepime, meropenem, imipenem, ertapenem, tigeciclina, linezolid, daptomicina, caspofungina, anidulafungina, voriconazol) en los servicios implicados. Se valoró la adecuación del tratamiento prescrito y, en los casos en que se consideró no óptimo o inadecuado se emitieron recomendaciones para mejorar la prescripción. También se analizó el grado de aceptación del programa por parte de los médicos prescriptores. Para la evaluación

de los resultados se definieron indicadores cuantificables que permitieran comparar los resultados con el periodo previo a la implantación del programa (agosto-noviembre 2014). Los indicadores evaluados fueron: adecuación al tratamiento, coste, DDDs/100 estancias, nuevos casos de infección o colonización por bacterias resistentes, nuevos casos de diarrea por *Clostridium difficile*, estancia media y mortalidad bruta.

RESULTADOS: Durante el estudio se revisaron los tratamientos de 193 pacientes (119 en medicina interna, 69 en cirugía y 5 en traumatología). De ellos, 87 fueron hombres (44,8%), con una edad media de 76 (DE 15) años. Se realizaron un total de 337 intervenciones. En el momento de la valoración se consideró que el 62,9% de los tratamientos eran óptimos, el 27,9% eran adecuados aunque optimizables, y el 9,2% eran no adecuados. Las principales recomendaciones fueron: mantener tratamiento (51%), desescalar (20,2%), suspender (7,4%), aumentar espectro (6,5%), cambiar el tratamiento (6,2%), terapia secuencial (4,2%), disminuir cobertura (2,7%), ajuste de dosis (1,5%), y ajuste de dosis por otras razones (nefrotoxicidad) (0,3%). El 88,8% de las recomendaciones fueran aceptadas por los médicos prescriptores. Las DDDs/100 estancias de antimicrobianos restringidos en estos servicios se redujeron comparado con el periodo previo a la intervención (10,12 vs 12,93 DDDs/100 estancias; $p < 0,05$). El gasto farmacéutico en este grupo de antimicrobianos se redujo 35062 euros (19,4%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estancia media ($20,5 \pm 26,5$ vs $16,4 \pm 21,6$ días; $p=0,06$), mortalidad bruta (11,6 vs 9,8%; $p=0,4$) y aparición de resistencias.

CONCLUSIONES: La implantación de este programa de control del uso de antimicrobianos permitió reducir el gasto en antimicrobianos sin perjuicio de la calidad de la asistencia, consiguiendo una buena aceptación por parte de los médicos prescriptores.

Es necesario continuar con programas de este tipo y ampliar el análisis de los resultados para conocer su impacto real sobre la aparición de microorganismos resistentes y del beneficio clínico para los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

810. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL MANEJO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

AUTORES: Feijoo Meléndez D, Pereira Loureiro Ma, Martínez López De Castro N, García Fernández J, Suárez Santa-maría M, Piñeiro Corrales G.

Hospital Meixoeiro. Meixoeiro, S/N. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Conocer cuál es el perfil de pacientes que ingresan con diagnóstico de endocarditis infecciosa y evaluar el ajuste al protocolo antibiótico aprobado por la Comisión de Infecciosas del Hospital, revisando las condiciones de uso en la práctica clínica diaria de daptomicina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en pacientes que ingresaron con diagnóstico de endocarditis infecciosa en los años 2013 y 2014 y que precisaron tratamiento quirúrgico junto con antibioticoterapia para la resolución de la patología.

Se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas electrónicas de dichos pacientes, recogiendo datos demográficos, información sobre los síntomas que motivaron el ingreso hospitalario, duración de la estancia hospitalaria y mortalidad durante el ingreso; así como datos sobre el germen causal de la infección, tratamiento antibiótico administrado, ajuste en función del cultivo microbiológico y función renal del paciente.

Para evaluar el seguimiento del protocolo, se compararon los datos de pacientes a tratamiento con daptomicina con las indicaciones aprobadas por la Comisión de Infecciosas en 2013.

RESULTADOS: Se evaluaron 26 pacientes con una edad media de 68,5 años (29-82), de ellos el 80,8% fueron hombres (21/26). Los síntomas que se refieren en el servicio de urgencias previos al ingreso son: disnea (38%), fiebre (30%) y la existencia de un síndrome constitucional (30%), principalmente. La duración media del ingreso hospitalario es de 19,6 días (7-38) y la mortalidad hospitalaria del 42% (11/26).

En cuanto al germen causal de la infección, en un 65% de los casos se aísla *Staphylococcus* spp. (35% *S. aureus* sensibles a meticilina, 12% resistentes), en un 15% *Streptococcus* spp y en un 11% *Enterococcus* spp; sin embargo, en un 8% de los casos (2/26) no se aísla ninguna bacteria. El tratamiento administrado es de una media de 3 antibióticos por paciente y la duración media de 26 días. 15 pacientes son tratados con gentamicina, 6 con cloxacilina, 3 con rifampicina y 2 pacientes con vancomicina, como principales antibióticos.

En un 53,8% de los casos, el tratamiento antibiótico se ajusta a los resultados del cultivo y en un 61,5% se ajusta según la función renal del paciente por el Servicio de Farmacia, a través de niveles farmacocinéticos de vancomicina y aminoglucósidos.

En el 42,3% de los pacientes (11/26) se utilizó daptomicina, de los cuales, en un 36,3% (4/11) no se cumplen los criterios establecidos por la Comisión de Infecciosas para el empleo de este fármaco, dado que en *S. aureus* sensibles a

meticilina, estaría indicada la asociación de cloxacilina y gentamicina, más menos rifampicina (en endocarditis sobre válvula protésica). La dosis media empleada de daptomicina es de 10 mg/kg.

CONCLUSIONES: La endocarditis infecciosa es una enfermedad con una estancia media y una morbi-mortalidad intrahospitalarias importante. El tratamiento antibiótico empleado es múltiple y de larga duración.

La no adecuación total al protocolo aprobado por el hospital, hace que se replantee la posibilidad de renovación del mismo o la necesidad de reiterar la importancia de su cumplimiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

324. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO Y ANTICIPADO CON VALGANCICLOVIR DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES: Escolano Pueyo A, Navarro Aznárez H, Martínez-Sapiña Pérez A, De La Llama Celis N, Perez Diez C, Abad Sazatornil Mr.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica 1,3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar el tratamiento profiláctico y anticipado con valganciclovir para la infección por Citomegalovirus (CMV) en pacientes trasplantados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes trasplantados renales que iniciaron tratamiento con valganciclovir en el año 2013. Dos grupos de pacientes: alto riesgo, indicado un tratamiento profiláctico: haber sido tratados previamente con timoglobulina y/o presentar el donante serología positiva para CMV siendo negativa la del receptor (D+/R-) y riesgo estándar, indicado un tratamiento anticipado: resto de pacientes. Registrada la carga viral (CV) basal, aclaramiento de creatinina (CICr) y dosis de valganciclovir al inicio del tratamiento, en cada modificación del tratamiento, al final del tratamiento y en los reinicios de tratamiento tras repuntes virológicos. Registrado el tiempo entre el trasplante-inicio de tratamiento, tiempo total de tratamiento y tiempo con CV indetectable hasta suspensión del tratamiento. Se calculó el porcentaje de pacientes que sufrieron un repunte virológico tras finalizar el tratamiento y el grado de ajuste posológico según la función renal. Adherencia evaluada mediante el ratio de dispensaciones en la farmacia de pacientes externos.

RESULTADOS: Incluidos 40 pacientes. Media de edad 57,0±14,0 años, 70% hombres. Serología: D+/R+ 77,5%, D+/R- 12,5% y D-/R+ 10%. Pacientes tratados con timoglobulina: 37,5%. En el 17,5% de todos los pacientes se produjo un rebrote viral tras finalizar el tratamiento.

El 47,5% de los pacientes se encontraba en el grupo de alto riesgo. En este subgrupo de pacientes: CV basal: 675,6±1.218,7 copias/mL, CV final indetectable en el 100% de los casos, tiempo trasplante-inicio del tratamiento 25,6±23,4 días, tiempo total en tratamiento 95,1±58,9 días y tiempo con CV indetectable hasta la finalización del tratamiento 83,4±44,4 días. Se produjo rebrote virológico en un 21,1% y se realizó el ajuste de dosis en función del CICr en un 31,6%.

El 52,5% de los pacientes se encontraba en el grupo de riesgo estándar. CV basal: 6.157,0±20.222,7 copias/mL, 38,1% de los casos CV mayor a 1.000 copias/mL, CV final indetectable en el 100%, tiempo trasplante-inicio de tratamiento 51,29±49,0 días (p=0,001 respecto al grupo de alto riesgo), tiempo total en tratamiento 104,2±49,7 días (p=0,51) y tiempo con CV indetectable hasta la finalización del tratamiento 99,2±39,6 días (p=0,14). El 14,3% sufrió un rebrote virológico (p>0,05) y se ajustó la dosis en función del CICr en un 42,9%.

En los pacientes que sufrieron un rebrote viral la CV basal fue 627,71±817,6 copias/mL, tiempo con carga viral indetectable hasta la finalización del tratamiento 107,5±65,2 días, tiempo en tratamiento total 104,0±60,2 días, se ajustó por CICr en un 28,6% de los casos, adherencia al tratamiento 100%.

En pacientes que no sufrieron un rebrote viral la CV basal fue 4.046,3±15.919,3 copias/mL, tiempo con carga viral indetectable hasta la finalización del tratamiento 86,58±32,4 días, tiempo en tratamiento total 99,2±52,7 días, se ajustó por CICr en un 31,3% de los casos, adherencia al tratamiento 91,9%.

CONCLUSIONES: El tratamiento es efectivo y logra la CV indetectable en todos los pacientes con una reducida tasa de rebrote. Se observan diferencias interindividuales en los parámetros evaluados debido a la heterogeneidad de la enfermedad y a la diferente estrategia aplicada para la prevención de la enfermedad por CMV.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

706. UTILIZACIÓN DE DAPTOMICINA E IMPACTO ECONÓMICO DE DESESCALADO Y AJUSTE A CONDICIONES DE USO ESTABLECIDAS EN EL HOSPITAL

AUTORES: Moraza García L, Aquerreta Gonzalez I, Leache Alegria L, Pellejero Jimenez R, Ortega Eslava A.

Clinica Univ. De Navarra. Avda. Pío XII, 36. Navarra. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de daptomicina en la práctica clínica y el impacto económico de desescalar a otra alternativa más coste-efectiva y de ajuste a las condiciones de uso establecidas en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con daptomicina del 1/10/14 al 31/3/15 en un hospital universitario. Se recogieron variables demográficas (edad, peso, sexo), clínicas (diagnóstico general e infeccioso), analíticas (creatinina y aclaramiento de creatinina), pauta de daptomicina, cultivos (fecha de recogida y validación, aislamiento y sensibilidad) y si se realizó desescalado.

Las condiciones de prescripción de daptomicina aprobadas en el centro son: infección de piel y partes blandas (IPPB), endocarditis infecciosa del lado derecho (EID) por *S. aureus* y bacteriemia por *S. aureus* asociada a IPPB y EID resistentes a alternativas del centro y sensibles a daptomicina y tratamiento empírico hasta resultados del cultivo durante un máximo de 3 días.

Se calculó el coste potencialmente evitable si se hubiese realizado desescalado a los 3 días según antibiograma y se hubiese pautado otra alternativa desde el inicio en indicaciones no aprobadas en el centro. Sólo se consideraron los costes farmacológicos a PVL.

RESULTADOS: Se analizaron 28 pacientes (56% varones) con una media (rango) de edad de 64 (9-89) años. El 33 % presentó IPPB, un 21% bacteriemia por *S. aureus* y un 7% por otro tipo de cepa, un 21 % recibió tratamiento empírico sin ningún aislamiento y otro 18% correspondía a infección del tracto urinario.

La media (rango) de dosis administrada fue 653 (350-1000) mg. Un 71% recibió 10 mg/Kg y un 8% 8 mg/Kg cada 24h. Un 21% requirió ajuste a función renal.

La media (rango) de duración de tratamiento fue 7,8 (1-28) días. El 14% tuvo una duración mayor a 14 días.

Los gérmenes más comúnmente aislados fueron *S. aureus* (33%, sensibles a meticilina un 89% y resistentes un 11%), enterococos (21%) y *S.epidermidis* (18%). En un 21% no hubo aislamiento.

El 43% de las pautas se ajustaron a los criterios de uso del centro. En el 57% restante, se mantuvo la daptomicina empírica más de 3 días o se pautó para una indicación no aprobada en el centro. De este 57%, en el 67% de los casos se podría haber desescalado a vancomicina, en un 17% a ampicilina, en un 8% a cloxacilina y en otro 8% a sulfametoxazol/trimetoprim. En el 14% se hubiese podido iniciar con vancomicina hasta obtener resultados de cultivos.

En los pacientes en que no se ajustaron a las condiciones de uso en el hospital, con un ajuste a las mismas se hubiese evitado una media (rango) de 816 € (93-3951) por paciente.

CONCLUSIONES: En un 57% de los pacientes tratados con daptomicina las pautas no se ajustaron a las condiciones de uso aprobadas en el hospital. El uso más restringido, desescalando a alternativas más coste-efectivas y ajustándose a las indicaciones aprobadas en el centro, podría suponer una reducción del coste además de contribuir a disminuir el riesgo de selección de cepas resistentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

171. UTILIZACIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE ANTIBIÓTICOS DE ALTO IMPACTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: García Muñoz C, Jiménez Cerezo Mj, Caro Teller Jm, Ferrari Piquero Jm.

Hospital Universitario 12 De Octubre. Avda De Córdoba S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Describir la utilización de tres antibióticos de alto impacto ecológico y económico (linezolid, daptomicina, tigeciclina) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de 10 meses de duración (agosto 2014-mayo 2015). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, ingresados en plantas con unidosis y con el tratamiento prescrito durante al menos 24 horas.

Se localizaron diariamente las prescripciones de antibiótico a través del programa de gestión Farmatools®.

Para cada paciente se registró microorganismo causante de la infección, indicación del tratamiento y adecuación a ficha técnica, seguimiento por experto en enfermedades infecciosas, duración del tratamiento y desescalado del mismo en caso de estar indicado.

Además para cada antibiótico el farmacéutico intervino en los siguientes casos:

- Linezolid:

o Interacción con ISRS (Inhibidores selectivos recaptación serotonina).

o Posibilidad de terapia secuencial

o Descenso de plaquetas por debajo del límite normal.

- Daptomicina:
 - o Ausencia de monitorización del enzima Creatina Quinasa (CK).
 - o No ajuste de la pauta de acuerdo a función renal.
- Tigeciclina:
 - o No asociación de otro antibiótico a tigeciclina si bacteriemia.
 - o Alergia a penicilinas.
 - o No administración de dosis de carga de 100 mg el primer día.

El registro de los pacientes se llevó a cabo en una tabla de Excel. El farmacéutico intervino a través de una nota dirigida al médico en el programa de prescripción electrónica HP-HCIS.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se trataron un total de 185 pacientes, siendo el antibiótico más prescrito daptomicina (n=83), seguido de linezolid (n=79) y tigeciclina (n=23). Sólo en el 28,8% de los casos se prescribieron para indicaciones incluidas en la ficha técnica, siendo las más comunes neumonía nosocomial por SARM con CMI=1 para vancomicina en el caso del linezolid; bacteriemia por el mismo agente en el caso de daptomicina e infección intraabdominal por diversos agentes en tigeciclina. En el 46% de los casos el cultivo microbiológico resultó estéril y en el 12% se aisló un microorganismo no cubierto con el tratamiento. La mediana de duración del tratamiento fue de 6 días para linezolid y 8 días para daptomicina y tigeciclina. El 63% de los tratamientos fueron seguidos por un médico especialista en Enfermedades Infecciosas. El desescalado del tratamiento estuvo indicado en casi la mitad de los pacientes, realizándose en el 35,6% de las ocasiones.

Se intervino en el 54% de los casos, siendo la intervención más frecuente la terapia secuencial con linezolid (12 casos), seguida de la necesidad de tratamiento con daptomicina y posibilidad de uso de vancomicina (18 casos). Se aceptaron el 54% de las intervenciones. Se detectaron 4 interacciones de ISRS con linezolid y se monitorizó CK en el 56,6% de los casos sin observarse elevaciones que requiriesen suspensión de daptomicina. No se experimentaron descensos acusados de plaquetas que requiriese suspensión de linezolid.

CONCLUSIÓN: En aproximadamente la mitad de los casos el uso de los antibióticos a estudio no estuvo justificado microbiológicamente. En este aspecto así como en el de minimización de efectos adversos, la intervención farmacéutica ayuda a la optimización del uso de antibióticos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1193. ANÁLISIS DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Piñero González Mm, González Munguía S, Padrón García Mdla, Laguna Mármol L, Majuelos Aicart L, Molero Gómez R.

Complejo Hospitalario Doctor Negrín. Barranco De La Ballena, S/N. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Evaluar la tolerancia y los efectos adversos de la pirfenidona en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en un hospital de tercer nivel. La baja experiencia en su uso hace relevante el estudio. La pirfenidona es un medicamento de administración por vía oral de reciente introducción cuyas principales reacciones adversas se describen en la ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de la base de datos de pacientes externos disponible en nuestro servicio, se obtuvo el grupo de pacientes en tratamiento con pirfenidona y bajo el diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática. Se registraron el número de pacientes así como las principales datos demográficos, fecha de inicio y finalización del tratamiento además de los principales efectos adversos descritos. Se compararon los principales efectos secundarios descritos en nuestro hospital con los señalados en ficha técnica y en las publicaciones que se consultaron a partir de los datos obtenidos.

RESULTADOS: Se halló un total de 11 pacientes con características basales similares, una edad media de 66 años y de los cuales un 27% eran mujeres. La duración media del tratamiento fue de cuatro meses, destacando la presencia de reacciones no deseadas en un 55% de ellos. El efecto adverso más destacado con una prevalencia de un 33% hace referencia a las distintas formas de presentarse las alteraciones gástricas, náuseas y dispepsia. Estos datos coinciden con los descritos. El resto de reacciones adversas representó un 17% y fueron las infecciones a nivel del tracto respiratorio, así como las erupciones cutáneas, la tos y la fatiga.

Resaltan las interrupciones del tratamiento debido, en un caso, a los efectos gastrointestinales no deseados, a pesar de la buena evolución a nivel pulmonar; y en el otro paciente, como consecuencia de complicaciones multiorgánicas.

CONCLUSIONES: Las alteraciones gástricas y las infecciones respiratorias resultaron ser invalidantes, y se pone de manifiesto que ciertos efectos adversos obligan a la interrupción del tratamiento a pesar de los buenos resultados obtenidos inicialmente en el tratamiento de la enfermedad.

Las reacciones adversas mostradas en nuestro grupo de pacientes son concordantes con las descritas en ficha técnica y en la bibliografía publicada, sin embargo no se describen en los mismos porcentajes ni se presentan como limitantes del tratamiento, por lo que serán necesarios más estudios que validen estos datos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

157. AZTREONAM-LISINA EN PACIENTES REALES CON FIBROSIS QUÍSTICA E INFECCIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

AUTORES: Roch Santed M, Piera Pérez P, Cañete Ramírez C, Clemente Bautista S, Cabañas Poy MJ, Fernandez Polo A. Hospital Universitari Vall d'Hebron. passeig de la vall d'hebron 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: La infección por *Pseudomonas aeruginosa* es la principal causa de morbi-mortalidad en el paciente con fibrosis quística (FQ). Aztreonam-lisina nebulizado ha demostrado en los ensayos clínicos mejoras en las pruebas funcionales pulmonares y en los síntomas respiratorios. El objetivo del estudio es valorar la eficacia y seguridad del tratamiento en pacientes tratados en un hospital de tercer nivel.

METODO: Estudio retrospectivo observacional que incluye todos los pacientes con FQ que iniciaron tratamiento con Aztreonam-lisina entre enero 2013 y junio 2014. Se registraron: datos demográficos, pauta posológica de Aztreonam-lisina, intervención quirúrgica por trasplante pulmonar, tratamiento antibiótico inhalado recibido antes y después de iniciar Aztreonam-lisina e índice de masa corporal (IMC), obtenidos de la historia clínica del paciente y del registro de dispensación del servicio de farmacia.

La eficacia se midió según la variación respecto la media de los valores de la FEV1 del año anterior y posterior al inicio del tratamiento, y según el número de tratamientos endovenosos antibióticos requeridos.

La seguridad se evaluó según la tolerancia al tratamiento y la aparición de reacciones adversas.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes (4 mujeres/7 hombres) de los cuales 6 eran adultos con una mediana de edad de 28,5 años (20-35), y 5 pediátricos con una mediana de edad de 15 años (10-17).

Dos pacientes habían recibido un trasplante pulmonar.

Todos los pacientes siguieron una posología de aztreonam-lisina 75mg/8h ON-OFF: seis combinados con colimicina, cuatro con tobramicina y uno en monoterapia.

De los 11 pacientes; 7 fueron tratados durante al menos un año, 2 suspendieron el tratamiento por presentar resistencias, 1 paciente suspendió el tratamiento a las 24 horas por mala tolerancia, y uno fue éxitus a los 2 meses de iniciar el tratamiento.

Dos pacientes tenían una FEV1 inicial 70%.

De los 7 pacientes que completaron un año de tratamiento, 2 presentaron una mejora en la FEV1 media respecto al año anterior, del 2% y 8%. Estos pacientes presentaban una FEV1 inicial del 20% y 57% respectivamente. Cinco pacientes no mejoraron la FEV1 media, con una disminución mediana del 6% (1-8).

Requirieron de media 2,7 (SD=0,95) tratamientos endovenosos durante el año pre-tratamiento, y 1,6 (SD=1,3) durante el año de tratamiento con aztreonam-lisina.

El IMC medio durante el año pre-tratamiento fue 18,94 (SD=2,2), y 18,74 (SD=2,3) durante el año de tratamiento.

CONCLUSIONES: El 63% de los pacientes recibieron más de un año de tratamiento con Aztreonam-lisina.

Los resultados obtenidos en nuestra cohorte de pacientes reales son inferiores a los obtenidos en los ensayos clínicos. Aunque sólo dos pacientes mostraron un incremento de la FEV1 respecto al año anterior y el IMC disminuyó un 1%, la mayoría requirió menos tratamientos endovenosos con una disminución global de 1,1 tratamientos endovenosos/año.

Aztreonam-lisina fue bien tolerado en 10 de los 11 pacientes y no se observó ninguna reacción adversa que obligara a suspender el tratamiento.

Es necesario que se lleven a cabo estudios en población real que abarquen un mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

499. CISTINOSIS EN PACIENTES ADOLESCENTE Y ADULTOS: RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CISTINOSIS

AUTORES: Fernandez Polo A, Fernandez Opiso M, Garcia Villoria J, Camacho Díaz Ja, Ariceta Iraola G, Güell Ferre A. Hospital Universitari Vall D'Hebron. Pº. Vall D'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: El pronóstico de la cistinosis está directamente relacionado con la adherencia al tratamiento con cisteamina (Cystagon®) y a su precoz instauración. La progresión de la insuficiencia renal, las complicaciones extra-renales y la menor tasa de supervivencia son más significativas en aquellos pacientes que no siguen el plan terapéutico adecuado. Un estudio reciente realizado en España demuestra un seguimiento inadecuado de la cistinosis en más de 1/3 de los pacientes mayores de 11 años, siendo crítica la etapa adolescente.

El objetivo de este trabajo es la elaboración del primer documento consenso en España para mejorar el cuidado de los adolescentes y adultos con cistinosis, basado en la experiencia clínica de especialistas en esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica y reuniones de consenso de un equipo multidisciplinar de expertos en la práctica clínica con pacientes afectados de cistinosis procedentes de 5 hospitales localizados en Barcelona. (Grupo T-CiS.bcn).

RESULTADOS: El documento recoge recomendaciones específicas y necesarias para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento multidisciplinar de la cistinosis. Incluye además las recomendaciones terapéuticas para esta enfermedad, con el listado completo de fármacos disponibles en nuestro país y las fórmulas magistrales necesarias para la población pediátrica, las recomendaciones de monitorización y seguimiento del tratamiento, así como las recomendaciones específicas para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes con cistinosis y su la transición protocolizada a la medicina del adulto.

CONCLUSIONES: Disponer de un protocolo de referencia para la atención integral de la cistinosis constituye una herramienta de soporte para los profesionales de la salud que asisten a estos pacientes. Los principales pilares en los que se sustenta son: a) el enfoque multidisciplinario de la cistinosis, b) la adecuada monitorización de la enfermedad según los niveles de cistina intraleucocitarios, c) la mejora de la adherencia a cisteamina, d) la promoción del autocuidado mediante programas de educación del paciente y e) el desarrollo de un modelo de transición de pacientes entre los servicios de pediatría y de adultos.

Con la implementación del protocolo se persigue reducir el impacto de la enfermedad y con ello, mejorar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

567. CLINICAL EFFICACY OF ALPHA-1 ANTITRYPSIN THERAPY IN PULMONARY EMPHYSEMA PATIENTS

AUTORES: Suárez González M, Tévar Alfonso E, Ocaña Gómez Ma, Plasencia García I, Morales Barrios Ja, Merino Alonso J.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria. Carretera Del Rosario, S/N, 38010. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJECTIVES: Evaluation of the efficacy of alpha-1 antitrypsin (A1AT) treatment in pulmonary emphysema patients.

METHOD: Analysing the clinical histories of 8 patients with A1AT (phenotype PI*ZZ) deficiency between 2014 and 2015 and were obtained the functional impairment before and after starting the A1AT treatment, using the forced expiratory volume in 1 second (FEV1). Information has been obtained from de electronical clinic history (SELENE) and the Pharmacy Service managing software (FARMATOOLS).

RESULTS: 100 % of patients that were diagnosed with pulmonary emphysema and A1AT treated, showed phenotype PI*ZZ. The average age was 57,6 years and the average weight was 66,5 Kg. The dose received A1AT was 180 mg/Kg/21 days. Patients before starting with A1AT, FEV1 was 46,6%. After starting with A1AT increased up to 49,6%. This is only a 3% anual rise, so there is non-statistically significant.

CONCLUSIONS: A1AT substitute treatment in pulmonary emphysema patients with A1AT deficiency, limits pulmonary functional impairment, but a larger population study is required to establish an exact magnitude of the clinical efficacy of A1AT therapy.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1192. ECULIZUMAB EN EL SINDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Pérez Domínguez N, Macia Fuentes L, Rojo Álvarez-Buylla C, Fernández González A, González Sanchez N, Puente Martínez P.

Hospital San Agustín. Camino De Heros, 6. Asturias. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con eculizumab en un paciente diagnosticado de Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa).

MATERIAL Y MÉTODO: El SHUa se considera una enfermedad ultrarara, con una prevalencia de 3,3 pacientes por millón de habitantes/año, y de opciones terapéuticas limitadas (terapia plasmática y eculizumab). Paciente varón de 29 años que ingresa en junio 2014 por plaquetopenia, anemia hemolítica microangiopática y deterioro de la función renal, precisando hemodiálisis urgente y dos sesiones de plasmaféresis. El diagnóstico de SHUa se confirma genéticamente (dos cambios en heterocigosis en C3 y CFH). El Servicio de Nefrología solicitó al Servicio de Farmacia iniciar tratamiento con eculizumab. El elevado impacto de este fármaco hizo precisa la aprobación por la dirección del hospital. Un mes y medio después del diagnóstico se una biopsia renal confirmó la microangiopatía trombótica y una fibrosis del 25%. Una vez estabilizado, el paciente recibió el alta ambulatoria. Analítica (ingreso): Creatinina (Cr): 31mg/dL; filtrado glomerular (FG): 2mL/mín; urea: 342mg/L; hemoglobina (Hb): 6,5 gr/dL; reticulocitos: 6,45%; plaquetas: 129000*106/L; hematocrito: 18,6%; tensión arterial (TA) >200/120 mmHg; pH:7,36; esferocitos y esquistositos: 3-4%; haptoglobina: indetectable; LDH: 727; valores normales de ADAMTS-13 (>5%).

RESULTADOS: Seis días después del ingreso se inició el tratamiento con eculizumab. Inicialmente a dosis de 900 mg semanales, durante las primeras cuatro semanas. En la quinta semana se aumentó la dosis a 1200 mg cada dos semanas, como indica la ficha técnica. Se observó una progresiva mejoría de los parámetros analíticos con dosis sucesivas (Cr: 11mg/dL; FG: 5mL/min; Urea: 121mg/dL; Hb: 10,1gr/dL). Sin embargo, en la sexta dosis, se tuvo que adelantar la administración a 12 días, en vez de a 15, debido a plaquetopenia mantenida, datos de hemólisis y difícil control de la TA. Posteriormente a dicho ajuste, se observó una mejoría de la analítica, lo que permitió, a partir de los dos meses de inicio del tratamiento, suspender la diálisis y aumentar el intervalo a cada dos semanas. Analítica (agosto 2014): Cr: 3,73mg/dL; FG: 19mL/min; urea: 116mg/L; Hb: 11,5gr/dL; plaquetas: 138000*106/L; LDH: 112; TA controlada. La anemia se controló con hierro y eritropoyetina hasta valores de 14 gr/dL, suspendiéndose en octubre 2014. La TA actualmente está controlada con: amlodipino, olmesartan, atenolol, torasemida y doxazosina. Durante el seguimiento tuvo dos reingresos, uno por bacteriemia debido a Staphylococcus Aureus, en relación a infección por catéter central y otro por una posible infección respiratoria y crisis hipertensiva. Durante los mismos no se observó reactivación del SHUa. Actualmente el paciente se encuentra estable y asintomático. Analítica (junio 2015): Creatinina: 2,35 mg/dL; FG: 36 mL/min; urea: 58mg/L; iones normales; hemoglobina: 12,4 gr/dL; plaquetas: 149000*106/L; hematocrito: 37,3%; TA controlada(120/80).

CONCLUSIONES: El tratamiento con eculizumab está siendo altamente efectivo, ha conseguido mantener estable al paciente, sin diálisis y con una gran mejoría en los parámetros analíticos, mejorando su calidad de vida. En cuanto a la seguridad, eculizumab es un fármaco del que hasta ahora no se han constatado efectos adversos de relevancia, ya que los ingresos que presentó no se pudieron relacionar con este fármaco.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1220. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Soria Soto M, De Béjar Riquelme N, Sánchez Martínez I, Alonso Dominguez Mt, De Gorostiza Frías I, Rizo Cerdá A.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Avda. Marques De Los Velez, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y la seguridad de pirfenidona para el tratamiento de fibrosis pulmonar idiopática(FPI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de utilización de pirfenidona en 4 pacientes de un área de salud. La efectividad se evaluó mediante la capacidad vital forzada(CVF), la difusión de monóxido de carbono(DLCO) y fuerza espiratoria vital en el primer segundo(FEV1). Se midieron niveles plasmáticos de transaminasas y creatininas para evaluar la seguridad. Se registraron los efectos adversos. Otras variables fueron: edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento, y dosis. Se obtuvieron datos de historias clínicas y de dispensaciones del Servicio de Farmacia(Savac®).

RESULTADOS: Durante 2014 y hasta mayo-2015 iniciaron tratamiento con pirfenidona 4 pacientes(3 hombres) con diagnóstico de FPI. La media de edad fue 70 años y todos iniciaron con dosis habitual de 2403 mg/día. Al inicio del tratamiento presentaron una mediana de CVF, de DLCO y de FEV1 del 58%, 40,2% y 66,5% respectivamente.

Un paciente fue incluido en un programa de trasplante que se llevó a cabo en otra comunidad autónoma dejando de pertenecer a nuestra área en la semana 10 de tratamiento, con un valor de CVF de 49% en esta fecha(inicial 55%). Dos pacientes tienen buena adherencia al tratamiento, sin reducción de dosis pese a que uno de ellos mostró intolerancia digestiva y náuseas. Este paciente tras 29 semanas apenas muestra variación en sus valores de CVF 93,3%(91% inicial), DLCO 40,8%(48% inicial) y FEV1 93,3%(92% inicial).

El otro de ellos tras 56 semanas mejoró su CVF de 48,9% a 56,6% y su FEV de 56% a 65,1%. Esta mejora se puso de manifiesto a partir de la semana 28 no aumentando la CVF ni FEV1 antes de esta fecha. La DLCO sufrió un descenso de 46,2% a 39%.

El último paciente comenzó el tratamiento en marzo-2015, con valores de CVF 61% DLCO 34% y FEV1 68,5%. Sufrió intolerancia digestiva, diarrea y aerofagia debidas a pirfenidona y fue diagnosticado de un cuadro depresivo a las 2 semanas de iniciar el tratamiento llevando a un descenso de dosis a 1602 mg/día. Aún no podemos evaluar la efectividad.

En los cuatro pacientes se mantienen normales los valores plasmáticos de transaminasas y creatininas.

CONCLUSIONES: El resultado combinado de los ensayos CAPACITY(004 y 006) muestra una mejoría en CVF a las 12-24 semanas con un incremento aproximado de 1,5%, que alcanza el 8,5% a las 72 semanas.

En nuestro estudio el paciente con mayor CVF basal se adapta a los resultados de CAPACITY mostrando incremento de 2,2% en CVF tras 29 semanas. El paciente que obtuvo mejores resultados aumentó su CVF en 7,7% en la semana 56. El paciente trasplantado no frenó la progresión de la enfermedad en la semana 10 y para el paciente que inició en marzo-2015 aun no se ha evaluado la efectividad.

En cuanto a la seguridad, los efectos adversos fueron de origen intestinal y supusieron reducción de dosis en un paciente.

Es necesaria la continuidad del seguimiento para poder evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de pirfenidona.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1233. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DEL BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

AUTORES: Monje García B, Gimenez Manzorro A, Pernía López MS, Romero Jimenez RM, Ortega Navarro C, Sanjurjo Sáez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle del Dr. Esquerdo, 46, 28007 Madrid. Madrid. España

OBJETIVOS: Belimumab está indicado como tratamiento adyuvante en pacientes adultos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con un alto grado de actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento estándar.

Analizar la efectividad del Belimumab en el tratamiento del LES en un hospital terciario. Como objetivo secundario evaluar la incidencia de efectos adversos, el coste-efectividad y la adecuación de uso del Belimumab en el tratamiento del LES.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de LES refractario y tratados con Belimumab en nuestro hospital en el año 2014.

Se recogieron retrospectivamente de la historia clínica las variables demográficas (edad y sexo), farmacoterapéuticas (dosis, duración del tratamiento, tratamientos anteriores y coste), serológicas (niveles de complemento, plaquetas e inmunoglobulinas), clínicas (puntuación basal y semestral de la escala SELENA-SLEDAI) y los efectos adversos.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se utilizó la reducción en la puntuación de > 6 puntos o una puntuación < 2 en la escala SELENA-SLEDAI de actividad de la enfermedad. La variable de seguridad fue la incidencia de aparición de efectos adversos.

RESULTADOS: Ocho mujeres con una media de edad de $52,1 \pm 5,8$ años fueron tratadas con Belimumab a una dosis de 10mg/kg de peso. El 100% fueron pacientes refractarias a un tratamiento estándar de corticoides, hidroxicloroquina y inmunosupresores.

La puntuación SELENA-SLEDAI basal media fue 14 puntos. La puntuación inicial se distribuyó de la siguiente manera: [1-10 puntos] 2 pacientes (25,0%), [11-20] 5 pacientes (62,5%) y [21-30 puntos] 1 paciente (12,5%).

Después de seis meses de tratamiento, en 2 (25,0%) pacientes se había interrumpido el tratamiento por falta de efectividad (insuficiencia renal aguda y trombocitopenia). Seis (75,0%) pacientes tuvieron una reducción en la puntuación SELENA-SLEDAI, 5 (62,5%) pacientes > 6 puntos y un (12,5%) paciente < 2 puntos. El número de pacientes que será necesario tratar (NNT) es de 1,3 para que en uno sea efectivo.

Respecto a los resultados analíticos, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los parámetros analizados a los 6 meses. Sin embargo, en 6(75,0%) pacientes se encontraban dentro de la normalidad el nivel de plaquetas e inmunoglobulinas y en 4 (50,0%) pacientes el nivel de complemento (C3 y C4).

Las reacciones adversas registradas fueron prurito y fiebre en 3 (37,5%) pacientes, hematomas diseminados, infección urinaria, diarrea, astenia y sudoración en 2 (25,0%) y un (12,5%) caso de conjuntivitis.

El coste del tratamiento en el 1º año fue de 10.612€. Por tanto, el coste por cada paciente en el que es efectivo el tratamiento a los 6 meses de 6.898€.

CONCLUSIONES: Tratar el LES activo con Belimumab reduce significativamente la puntuación de SELENA-SLEDAI de los pacientes después de seis meses de tratamiento. No se han detectado efectos adversos relevantes ni que no estuviesen descritos en ficha técnica. Debido a que es la última línea de tratamiento en LES refractario, el coste-efectividad se considera asumible.

Sin embargo, es necesario un seguimiento a largo plazo para confirmar estos **RESULTADOS**.

424. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

AUTORES: Monforte Gasque Mp, Castresana Elizondo M, Gutiérrez Valencia M, Monteserin Garrastatxu I, Lacalle Fabo E, Etxeberria Uriz M.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea N°4. Navarra. España

OBJETIVOS: Belimumab (BLM) es la primera terapia biológica con indicación específica para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES). Los objetivos de este estudio son:

Analizar el perfil de pacientes con LES que reciben BLM en un hospital de tercer nivel.

Evaluar la efectividad y seguridad de BLM en pacientes diagnosticados de LES activo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con BLM desde diciembre de 2012 hasta febrero de 2015.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, líneas de tratamiento previas, índice de actividad SELENA-SLEDAI basal, niveles de anticuerpos anti-DNA de doble cadena (Ac anti-DNA_{dc}), niveles de C3 y C4, número de dosis recibidas, duración y tratamiento concomitante.

Se estableció como variable principal de efectividad la reducción en la puntuación del índice de actividad SELENA-SLEDAI, considerando que existe respuesta al tratamiento si se produce una reducción mayor o igual a 4 puntos. Como variables secundarias se seleccionaron: reducción en el nivel de Ac anti-DNA_{dc}, aumento de los niveles de C3 y C4, y la posibilidad de reducción de dosis de corticosteroides orales.

Las reacciones adversas establecieron el perfil de seguridad del mismo.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media (rango) de 43 años(36-54). La media de líneas previas de tratamiento recibidas fue de 4 (1-6). El número medio de dosis recibidas de BLM fue de 18 (4-37), con una duración media del tratamiento de 19 meses (3-34). Todas ellas continúan actualmente con el tratamiento.

La dosificación de BLM fue de 10 mg/kg los días 0, 14 y 28, y posteriormente cada 28 días.

Como tratamiento concomitante las pacientes recibieron: hidroxicloroquina, corticosteroides y suplementos de calcio y vitamina D.

El índice de actividad SELENA-SLEDAI medio al inicio del tratamiento fue de 12 puntos (10-16). Se obtuvo una reducción media de la puntuación en este índice de 6 puntos (4-10).

Se observó una disminución media del 49,6% en los niveles de Ac anti-DNA_{dc}(26,4-64,7) y un aumento medio del 8,5% en el nivel de C3 y del 37,3% en el nivel de C4.

La reducción de dosis de corticosteroides orales fue posible en 5 pacientes, en una de ellas se logró la suspensión de los mismos.

En cuanto a las reacciones adversas, una paciente presentó fiebre y cefalea tras la segunda dosis de BLM y otra paciente tuvo náuseas tras las primeras tres dosis de tratamiento. En ningún caso estas reacciones supusieron la suspensión del tratamiento en las pacientes.

CONCLUSIONES: El perfil de pacientes que han recibido BLM son aquellos diagnosticados de LES clínicamente activo y con las siguientes características: puntuación basal SELENA-SLEDAI mayor o igual a 10 puntos, niveles elevados de Ac anti-DNA_{dc} e hipocomplementemia.

El uso de BLM fue efectivo en todas las pacientes. En cuanto al perfil de seguridad del fármaco, dos pacientes presentaron reacciones adversas de carácter leve, por lo que en general fue un tratamiento bien tolerado.

Son necesarios más estudios para determinar la duración óptima del tratamiento y para determinar el perfil de seguridad del fármaco a largo plazo.

1196. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CANAKINUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Garay Sarría C, Oro Fernández M, Senra Afonso L, Martín Vega Má, Martínez Garde Jj, Valero Domínguez M.

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Avda. Valdecilla, S/N. Cantabria. España

OBJETIVOS: Canakinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 anti-IL-1 β , indicado en el tratamiento de Síndromes Periódicos Asociados a la Criopirina como el Síndrome de Muckle-Wells y el Síndrome Autoinflamatorio Familiar por frío, así como en artritis idiopática juvenil sistémica y gota artrítica en pacientes no respondedores a AINE y corti-

coides sistémicos, que fueron durante años el único tratamiento disponible. En este contexto, se evalúa el uso de canakinumab en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del uso de canakinumab subcutáneo, se seleccionaron todos los pacientes en tratamiento desde el primer episodio (julio/2010) hasta la actualidad. Se recogieron desde la Historia Clínica y el programa de Prescripción Electrónica Asistida datos sobre variables demográficas y clínicas, indicación, posología, duración de tratamiento, terapia previa, concomitante y posterior, reacciones adversas (incluyendo monitorización de leucocitos, neutrófilos y plaquetas, transaminasas, bilirrubina total, ácido úrico, albúmina y PCR) y evolución. Se definió efectividad como mejoría clínica (con mantenimiento o disminución de la pauta), e ineffectividad como suspensión del tratamiento asociada a ausencia de mejoría o a empeoramiento clínico.

RESULTADOS: se recogieron datos de 5 pacientes, con una media de edad de 33 [9-58] años. Se incluyeron todos los episodios de tratamiento con canakinumab entre julio/2010 y la actualidad. Las indicaciones de uso fueron el Síndrome Periódico Asociado al Receptor del TNF (Enfermedad de TRAPS), Síndrome de Muckle-Wells, Síndrome de Schnitzler e Hiperinmunoglobulinemia D en 2, 1, 1 y 1 pacientes, respectivamente. Todos recibieron dosis de 150 mg durante todo el tratamiento, excepto uno (inicio con 100 mg y continuación con 150 mg), con frecuencia de administración de 4 semanas en un 60% de los pacientes (3/5), y 8 semanas en el 40% restante (2/5). La media de dosis administradas hasta el fin del estudio fue de 22,4 [5-59], todas preparadas en el Servicio de Farmacia. Todos los pacientes habían recibido anteriormente, sin respuesta adecuada, corticoides orales, antihistamínicos, AINE, hidroxycloquina, metotrexato, colchicina, inmunosupresores, IFN α , gammaglobulinas endovenosas, etanercept, rituximab, anakinra o tocilizumab, lo que situó a canakinumab entre la 4ª y 8ª línea de tratamiento según el caso. Un paciente continúa en tratamiento con prednisolona oral. Respecto a seguridad, un paciente sufrió náuseas, vómitos y leuco- y neutropenia marcadas, suspendiéndose canakinumab (actualmente tratado con tocilizumab). Se observaron modificaciones especialmente en el recuento de neutrófilos (media antes del tratamiento: $5,29 \times 10^3/\mu\text{L}$ [$2,30-8,59 \times 10^3/\mu\text{L}$] y media post-inicio de tratamiento: $4,32 \times 10^3/\mu\text{L}$ [$2,80-5,50 \times 10^3/\mu\text{L}$]) y PCR (media pre-inicio de tratamiento: 4,06 mg/dL [

CONCLUSIONES: Canakinumab es una alternativa terapéutica válida en el tratamiento de síndromes asociados a criopirinas y otras enfermedades autoinflamatorias sistémicas en pacientes con pobre respuesta a otras terapias, pues la evolución observada es favorable en conjunto, siendo además seguro y bien tolerado (sólo se describieron reacciones adversas en 1 paciente). No obstante, se requieren más estudios prospectivos que evalúen su idoneidad en este contexto.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

600. MANEJO TERAPEUTICO DE LAS CRISIS AGUDAS DE PORFIRIA

AUTORES: Sanchez Martinez I, Valiente Borrego F, Martinez Blazquez A, Ramos Guardiola J, Rodriguez Molina Ma, Fernandez Franco J.

Hospital De La Vega Lorenzo Guirao. Crta.abaran S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar el manejo terapéutico de las crisis agudas por porfiria (CAP) atendidas en el centro desde 2008 hasta la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las porfirias son un grupo de enfermedades genéticas raras que provocan déficits enzimáticos en la ruta de síntesis del grupo Hemo. Es improbable que una primera CAP sea reconocida como tal y puede que los episodios iniciales no sean tratados adecuadamente o incluso se administren fármacos que agraven la situación. A pesar de que no se conocen datos exactos sobre su prevalencia en España, existen núcleos de población donde estas patologías pueden ser más frecuentes por lo que pacientes previamente diagnosticados deberían recibir el tratamiento recomendado ante una CAP ya desde el servicio de Urgencias. Ante la sospecha de CAP se debe analizar de forma rápida en orina la presencia de porfobilinógeno (test de Hoesch) e instaurar medidas generales: canalización de vía periférica de gran calibre y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas. Como tratamiento específico y teniendo en cuenta el aumento de actividad de Ala-sintetasa hepática durante una CAP, se recomienda administrar carbohidratos junto con el producto final de la vía de las porfirinas, es decir, el grupo Hemo (denominado en terapéutica Hemina o Hematina). Se ha realizado estudio retrospectivo del tratamiento recibido por al menos un episodio catalogado como CAP en una cohorte de 8 pacientes atendidos en el centro desde 2008 hasta hoy. Se consultó la bibliografía disponible sobre fármacos contraindicados y aquellos considerados seguros, así como otras medidas recomendadas.

RESULTADOS: Se registraron 34 episodios de CAP que han precisado atención urgente y hospitalización por dolor abdominal, náuseas y/o estreñimiento entre los 8 pacientes analizados (3 hombres y 5 mujeres de entre 33 y 91 años diagnosticados de porfiria aguda intermitente) de los cuales 1 fue exitus en 2012. En todos ellos se realizó

test de Hoesch en orina y se inició glucosado al 10% (300-500 g/día de glucosa) junto con perfusión de 3 a 5 días de Hematina (3mg/Kg/día) en 100 ml de suero salino en 30 minutos por vía periférica, con resolución del cuadro agudo. Todos los pacientes desarrollaron flebitis asociada al tratamiento con aparición de febrícula en 2 de ellos. Se implantó catéter venoso central por difícil acceso periférico a consecuencia de la administración del fármaco en dos de los casos. Como analgésico se empleó cloruro mórfico (oral o intravenoso) ó petidina, y como antiemético ondansetrón o clorpromazina, pero se ha llegado a emplear metoclopramida, metamizol y diazepam a pesar de estar contraindicados. Sólo una de las pacientes mantiene crisis frecuentes (1 al mes) a pesar de haber recibido hematina de manera profiláctica (cada 2 ó 3 semanas).

CONCLUSIONES: Los episodios de CAP han sido atendidos de manera similar en cuanto al tratamiento específico (glucosado hipertónico y hematina), pero se han empleado fármacos de soporte que deberían haberse evitado por lo que será necesario estandarizar la terapéutica empleada, así como instaurar medidas para disminuir la flebitis asociada a hematina.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

593. PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Pérez Abánades M, Ramírez Herraiz E, Martínez Nieto C, Valenzuela . C, Ruiz Gomez Ma, Morell Baladrón A. Hospital Universitario La Princesa. Calle Diego De León 62. Madrid. España

OBJETIVO: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI), es una enfermedad rara y letal, con una supervivencia media de 3-5 años tras el diagnóstico. Hasta la aparición de pirfenidona, no existía ningún tratamiento eficaz. El seguimiento de su utilización es fundamental para establecer su lugar en terapéutica.

El objetivo del estudio fue evaluar la utilización de pirfenidona para el tratamiento de la FPI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticados de FPI que iniciaron tratamiento con pirfenidona dentro del acceso expandido antes de la comercialización o tras ella (Enero 2012-Enero 2015). Los datos recogidos fueron: edad, sexo, tabaco, fecha de diagnóstico, fecha de inicio y finalización de pirfenidona, reducciones de dosis, capacidad vital forzada (CVF), capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO), valor de transaminasas (GPT y GOT), bilirrubina sérica y gamma-glutamil transpeptidasa (GGT) y otros efectos secundarios. Se revisaron las historias clínicas y los registros de dispensación del programa de Gestión de Pacientes Externos Dominion®. Se definió como valores normales: GPT 5-31 U/L, GOT 4-32 U/L, GGT 7-32 U/L y bilirrubina sérica total 0,2-1,3 mg/dL.

RESULTADOS: Se incluyeron 10 pacientes, 8 (80,0%) hombres y 2 (20,0%) mujeres, con una media de edad de 63,04 (11,16) años. La mediana desde el diagnóstico de FPI hasta el inicio de tratamiento con pirfenidona fue 9,24 meses (IQR 5,16-57,48).

Antes del inicio del tratamiento, los pacientes presentaban una mediana de CVF de 73,6% (IQR 65,1-77,6), DLCO de 30,5% (IQR 24,1-53,7), media de GPT de 15,88 U/L (5,19), GOT de 19,25 U/L (4,23), mediana de GGT de 28,5 U/L (IQR 18,25-48,5) y mediana de bilirrubina sérica total de 0,73 mg/dL (IQR 0,40-1,34).

La mediana de persistencia al tratamiento con pirfenidona fue 13,83 meses (IQR 8,03-21,44). En 5 (50,0%) pacientes se suspendió el tratamiento, los motivos fueron éxitus 2 (40,0%), trasplante pulmonar 2 (20,0%) e ineficacia 1 (20,0%).

A las 12 semanas del tratamiento la mediana de CVF fue 54,5% (IQR 48,9-90,1) y de DLCO 23,7% (IQR 16,4-59,7). A las 24 semanas del tratamiento la mediana de CVF fue 73,5% (IQR 51,4-82,7) y de DLCO 35,6% (28,2-54,7).

No se produjo elevación de GPT ni GOT durante el tratamiento, la GGT se elevó en 4 (66,7%) de 6 pacientes con datos a las 12 semanas de tratamiento, en 3 (50,0%) de 6 con datos a las 24 semanas y en 1 (33,3%) de 3 con datos a las 36 semanas.

El efecto secundario más frecuente fueron molestias gastrointestinales, en 5 (50,0%) pacientes; en 4 (40,0%) pacientes se redujo la dosis de pirfenidona debido a ello. Otros efectos secundarios fueron pérdida de peso en 3 (30,0%) pacientes, pérdida de apetito en 2 (20,0%) pacientes, fotosensibilidad en 2 (20,0%) pacientes y cefalea en 1 (10,0%) paciente.

CONCLUSIONES: La pirfenidona consiguió estabilizar la CVF a las 24 semanas de tratamiento en un 50% de pacientes. Todos los pacientes presentaron efectos secundarios, aunque en ningún caso supuso la interrupción del tratamiento. La monitorización de estos tratamientos es importante para alcanzar el beneficio terapéutico y controlar sus efectos secundarios.

513. TRATAMIENTO NUTRICIONAL ADAPTADO EN LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

AUTORES: Martínez Roca C, Yáñez Gómez P, Feal Cortizas B, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. As Xubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: El tratamiento dietético es la terapia más efectiva en muchos de los errores innatos del metabolismo (EIM). Permite limitar o suprimir algún nutriente, administrar un producto deficitario y/o aportar las coenzimas necesarias. El objetivo de este trabajo es analizar la prescripción de nutriciones específicas para EIM y su impacto económico en un hospital de nivel terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo del 100% pacientes con tratamiento dietético para un EIM en 2014. Fuente de datos: aplicativos informáticos IANUS® (historia clínica), Silicon® (historia farmacoterapéutica) y SINFHOS® (programa de gestión). Datos recogidos: edad, sexo, diagnósticos, tratamientos, seguimiento clínico (valoración nutricional, alteraciones físicas y/o neurológicas), consumo (precio de adquisición).

RESULTADOS: Se incluyeron 13 pacientes. Edad (mediana [rango]): 9 años (3-33). Sexo: 8 mujeres y 5 varones. Diagnóstico: 6 fenilcetonuria, 2 hiperinsulinismo congénito, 1 aciduria glutárica, 1 enfermedad del jarabe de arce, 1 intolerancia hereditaria a la fructosa, 1 tirosinemia tipo I, 1 trastorno de la glicosilación. 7/13 pacientes no reciben ningún tratamiento concomitante para su enfermedad de base. 10/13 pacientes están en un percentil de peso y talla adecuado para su edad. Los casos de fenilcetonuria, enfermedad del jarabe de arce y tirosinemia fueron diagnosticados mediante cribado neonatal y ninguno de los pacientes presenta alteración física o neurológica. Los casos de hiperinsulinismo se detectaron en los primeros días de vida por hipoglucemias mantenidas a pesar de aportes altos de glucosa y uno de los pacientes sufrió daño neurológico. La intolerancia a la fructosa se diagnosticó a los 5 meses de edad y el trastorno de la glicosilación a los 13 meses, ambos pacientes presentan alteraciones neurológicas graves. El coste asociado al tratamiento con fórmulas nutricionales adaptadas para EIM ascendió en el año 2014 a 70.828€, suponiendo un 47% del consumo de nutrición enteral por el Servicio de Pediatría y un 12% del consumo total de nutrición enteral en el hospital.

CONCLUSIONES: Los EIM son enfermedades cuyo diagnóstico es con frecuencia complejo (gran variabilidad de síntomas) y con una incidencia difícil de estimar. En algunos casos, la ausencia de control dietético riguroso puede causar daño neurológico e invalidez. El cribado neonatal parece clave para el inicio temprano de las intervenciones sanitarias que permiten reducir la morbi-mortalidad y las discapacidades asociadas a estas enfermedades. Muchos EIM tratables no se manifiestan clínicamente en el momento del nacimiento, y cuando presentan síntomas, las lesiones ya son irreversibles. El tratamiento nutricional es una de las formas de manejo más importante en este grupo de enfermedades. En estos casos, es necesario un estricto control de la dieta para administrar las calorías y aminoácidos esenciales necesarios para un adecuado crecimiento asegurando los aportes de vitaminas, minerales y oligoelementos. La principal indicación para la prescripción de nutrición específica para EIM en nuestra población es la fenilcetonuria. Los EIM son enfermedades raras y su tratamiento, en muchos casos único, con fórmulas nutricionales adaptadas supone un alto impacto presupuestario.

935. USO COMPASIVO DE NINTEDANIB EN TRES PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Valencia Soto Cm, Artime Rodríguez-Hermida F, López Sepúlveda R, Madrid Paredes A, Fernández López C, Gutierrez Zúñiga L.

Complejo Hospitalario Universitario Granada, Hospital Universitario Virgen De Las Nieves. Avda. Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVO: Nintedanib es un inhibidor de la angiocinasa que enlentece el empeoramiento de los patrones respiratorios en los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

El objetivo fue realizar un seguimiento de los pacientes que recibieron nintedanib dentro de un programa de uso compasivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los pacientes tratados con nintedanib en nuestro hospital. Los criterios de inclusión fueron los establecidos en el plan de uso compasivo: mayores de 40 años, diagnóstico según la directriz de FPI 2011 de ATS/ERS/JRS/ALAT, capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) corregida por hemoglobina entre 30-79%, capacidad vital funcional (FVC) superior al 50%.

Se recogieron las variables edad, sexo, diagnóstico, hábito tabáquico y tratamiento previo con N-acetilcisteína (NAC).

Se analizó la evolución de pruebas funcionales respiratorias (PFR), considerando volumen espiratorio forzado (FEV), FVC y DLCO previas y posteriores a la instauración del tratamiento y se estableció como medida de eficacia el descenso de FVC inferior al 10%, por similitud con la variable secundaria de los ensayos clínicos pivotaes INPULSUS-1 y 2. Se revisó la presencia alteraciones de enzimas hepáticas y gastrointestinales como reacciones adversas (RAMs) más frecuentemente atribuibles a nintedanib.

RESULTADOS: Tres pacientes cumplieron los criterios de inclusión hasta junio 2015. Varones, ex-fumadores, previamente tratados con NAC.

Paciente 1. 65 años. Diagnosticado en mayo de 2012 de neumonía intersticial fibrosante con fibrosis de colágeno. Presentaba disnea de medianos esfuerzos y buen estado general. Se solicitó nintedanib que inició en noviembre de 2014.

La evolución de las PFR hasta mayo 2015: FEV disminuyó de 91 a 85%, FVC del 82 al 78% y DLCO de 54 a 40,5%. Presentó un aumento inicial de enzimas hepáticas corregido tras el primer control, y ausencia de alteraciones gastrointestinales.

Paciente 2. 72 años. Diagnosticado en abril de 2014. Refería disnea de esfuerzo, decaimiento, pérdida de apetito y peso, tos, dificultad al respirar y dolor torácico. Lesiones compatibles con FPI, confirmada mediante biopsia. Se solicitó nintedanib, iniciado en septiembre 2014.

Las PFR evolucionaron de forma favorable hasta marzo 2015: FEV y FVC aumentaron un 15% y DLCO de 58.6 a 60%. Presentó perfil hepático mantenido y ausencia de alteraciones gastrointestinales.

Paciente 3. 70 años, diagnosticado en abril de 2013. Presentaba disnea de esfuerzo y lesiones compatibles con FPI confirmadas mediante biopsia. Inició tratamiento en marzo 2015.

Desde el inicio, FVC descendió de 94,7 a 84,8% y DLCO y FEV se mantuvieron en 79% y 94,5% respectivamente. Ausencia de alteraciones gastrointestinales y hepáticas.

Los tres pacientes presentaron empeoramiento de FVC inferior al 10% durante el seguimiento aunque en el paciente 3 se observa un descenso relevante de FVC. Esto puede deberse a que el dato de FVC previo al tratamiento era 4 meses anterior al inicio del mismo.

CONCLUSIONES: Nintedanib demostró un beneficio moderado en la progresión de la FPI. Se presentó como una alternativa segura en nuestros pacientes capaz de al menos mantener o enlentecer el empeoramiento de los PFR.

Sin embargo, la limitada muestra de pacientes impide establecer conclusiones respecto a la efectividad en nuestra población.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

549. USO DE 2-HIDROXIPROPIL-B-CICLODEXTRINA EN DOS PACIENTES ADULTAS AFECTADAS DE NIEMANN-PICK TIPO C

AUTORES: García Robles Aa, Company Albir Mj, Megias Vericat Je, Martin Cerezuela M, Casanova Estruch B, Poveda Andres JI.

Hospital Univ. Y Policlínico La Fe. Bulevar Sur, S/N. Valencia. España

OBJETIVOS: Describir los resultados clínicos obtenidos del tratamiento con 2-hidroxiopropil- β -ciclodextrina (HP- β -CD) en dos pacientes adultos diagnosticados de Niemann-Pick tipo C (NPC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

La enfermedad de NPC es una enfermedad lisosomal caracterizada por afectación neurológica progresiva y hepatoesplenomegalia. Puede presentarse en todas las etapas de la vida, siendo la forma adulta una minoría de los casos diagnosticados.

No existe tratamiento curativo por lo que el manejo es de soporte. Miglustat es el único fármaco aprobado para el tratamiento de las manifestaciones neurológicas pero no ha mostrado efecto en las manifestaciones sistémicas.

Se presentan los casos de dos mujeres, de 49 (paciente A) y 39 años (paciente B), diagnosticadas de NPC desde los 49 y 30 años respectivamente. Ambas se trataron con Miglustat sin beneficio clínico. La paciente A presentaba al diagnóstico: ataxia, disartria, alteración conductual, parálisis supranuclear de la mirada y hepatoesplenomegalia. La paciente B presentaba deterioro neurológico progresivo con pobreza de vocabulario, imposibilidad para contar, alteración de la conducta, disfagia a líquidos, alteración del equilibrio y la marcha, torpeza y temblor en manos, además de esplenomegalia.

Basándose en los resultados prometedores de HP- β -CD vía intratecal en un ensayo clínico realizado en EE.UU en pacientes pediátricos, el Servicio de Neurología solicitó este tratamiento como uso compasivo. El Servicio de Farmacia tramitó la adquisición a través de la AEMPS y estableció un protocolo de elaboración siguiendo las directrices del

protocolo propuesto a la FDA: en cabina de flujo laminar horizontal, disolver el principio activo en 7,5 ml de solución salina estéril y 2,5ml de agua para inyección, realizar dos filtraciones esterilizantes y cargar la solución en jeringas de 10ml (6ml para la administración y 2ml para control microbiológico).

Como fuentes de datos se utilizaron la historia clínica electrónica (OrionClinic®) y el aplicativo Farmis-Oncofarm®.

RESULTADOS: Paciente A. Desde agosto a octubre de 2013 recibió un total de 4 dosis de HP- β -CD de forma incremental: 175-350-525-700 mg administradas quincenalmente con buena tolerancia y sin aparición de reacciones adversas (RA).

Paciente B. Desde octubre 2014-febrero 2015 recibió un total de 9 dosis de HP- β -CD: 175 (1)-350 (1)- 50 (1)- 350 (1)- 525 (1)-700 (1)-875 (3) mg (en orden de administración) administradas quincenalmente. Apareció meningitis tóxica en la segunda administración que provocó la hospitalización de la paciente y la detención del tratamiento. Se reanudó posteriormente y aparecieron nuevas RA, que se asociaron a la progresión de la enfermedad más que al tratamiento (neumonía por aspiración, síndrome febril a estudio y candidiasis).

No se realizaron nuevas pruebas de imagen posteriores al inicio de la terapia pero ambas mostraron una progresión de los síntomas, principalmente aquellos de etiología neurológica.

CONCLUSIONES: HP- β -CD administrado de forma intratecal no mejora ni ralentiza la progresión de la enfermedad en nuestras pacientes. Las RA aparecidas parecen relacionadas con el método de administración y no con el compuesto que parece ser seguro. Son necesarios ensayos clínicos que pongan de manifiesto la efectividad de HP- β -CD en el tratamiento de la forma adulta de la enfermedad de NPC.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

798. ACTIVIDAD DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: Melero Sánchez H, Martínez Nieto C, Serra López Matencio JM, Morell Baladrón A.

Hospital Universitario de La Princesa. C/ Diego de León 62. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: La gestión de muestras de investigación clínica es una actividad básica de los servicios de farmacia, para el correcto desarrollo de los ensayos clínicos (EC).

El proceso comprende recepción, almacenamiento y conservación, acondicionamiento, elaboración, dispensación y devolución de las muestras, e información al sujeto participante.

OBJETIVO: Describir la aportación del técnico de farmacia (TF) del área de EC definidas en el procedimiento normalizado de trabajo (PNT).

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir del PNT se analiza retrospectivamente la actividad de EC en el servicio de farmacia realizada por el TF durante el año 2013.

Para ello se ha consultado la base de datos de gestión de ensayos en red y se ha cuantificado las siguientes variables: ensayos seleccionados e iniciados; servicios, muestras recepcionadas, dispensadas, devueltas, visitas de monitorización y cierre.

RESULTADOS: Visitas de preselección (10), donde el TF describe los PNT del área al monitor del ensayo y firma la documentación solicitada por el mismo.

Visitas de inicio (69), siendo farmacología clínica (28%) con estudios de bioequivalencia y hematología (25%) los servicios con más capacidad investigadora. Comprobación de la documentación necesaria para el inicio del ensayo: autorización de la Agencia Española del Medicamento, autorización del Comité Ético de Investigación Clínica, aprobación del centro, protocolo y contrato. Checklist de funciones y transcripción del protocolo al sistema informático.

Recepción de muestras (3401), verificar que el etiquetado cumple con las normas de correcta fabricación, comprobar el contenido y las condiciones de temperatura, acusar recibo y los registros necesarios.

Acondicionamiento de muestras (11 EC), son de preparación estéril.

Dispensación (3708), comprobar que la prescripción se ajusta al protocolo, registrar en el programa, imprimir el documento e informar al paciente. El farmacéutico valida el proceso mediante firma y soluciona discrepancias.

Devoluciones de los pacientes (783). Todas las muestras en el momento de la entrega y recepción de las devoluciones son fechadas y numeradas con el número del paciente.

Devoluciones al promotor (709) y destrucciones en el centro (156), las muestras devueltas, las no utilizadas o las caducadas, una vez contabilizadas serán retornadas al promotor o se destruyen localmente.

Monitorizaciones (224) y visitas de cierre (37), donde se lleva a cabo la reconciliación de las muestras para la trazabilidad.

CONCLUSIONES: El TF desempeña una labor en todos los procesos relacionados con la gestión de muestras de EC, para ello es importante definir las tareas que realiza en los PNT y los criterios de intervención del farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

951. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Villalba Moreno A, Perez Moreno Ma, Desongles Corrales T, Sanchez Pozo Mi, Acosta García H, Rodriguez Perez A.

Hospital Universitario Virgen Del Rocio. Avda. Manuel Siurot S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar la actividad farmacéutica desarrollada en la Unidad de Ensayos Clínicos (EC) dentro de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad de la Unidad de EC desde Octubre 2014 a Mayo 2015 (8 meses). Se recogieron los siguientes datos (total y media/mes): número de pacientes atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF), número de pacientes en hospital de día, número de preparaciones realizadas en cabina de flujo laminar vertical (CFLV), número de recepciones de servicio de mensajería (incluye medicación y documentación de ensayos clínicos), número de visitas de inicio realizadas por el promotor/monitor y número de visitas de monitorización (esta última abarca visitas pre-inicio, monitorización y cierre).

Por otro lado, se realizó un análisis comparativo de las siguientes variables respecto al mismo periodo en el año anterior (Octubre 2013-Mayo 2014, 8 meses). Dichas variables fueron: número de pacientes atendidos en la CAF, número de pacientes en hospital de día, número de preparaciones realizadas en CFLV, número de visitas de inicio realizadas por el promotor/monitor y número de visitas de monitorización.

La información se recogió de los registros internos de la Unidad y el programa de citostáticos Oncofarm-Farmis®.

RESULTADOS: Desde Octubre 2014 a Mayo 2015 se han atendido a un total de 1808 pacientes en las CAF (una media de 226 paciente/mes) y 1460 pacientes en hospital de día (media de 183 pacientes/mes). Se prepararon un total de 2171 mezclas intravenosas en CFLV (una media de 271 preparaciones/mes) y se recibieron 995 pedidos (media de 124/mes). Por otro lado, se realizaron 95 visitas de inicio (media de 12 visitas/mes) y 472 de monitorización (media de 59 visitas/mes).

Respecto al mismo periodo el año anterior (Octubre 2013-Mayo 2014), se atendieron 1645 pacientes en la CAF (incremento del 9.9 %) y 1337 en hospital de día (incremento del 9.2%) siendo el número de preparaciones en CFLV 1633 (aumento del 32.9%). El número de visitas de inicio fue 80 (aumento del 18.7%) y 479 monitorizaciones (disminución del 1.5%).

CONCLUSIONES: Existe una alta actividad en la Unidad de EC, tanto asistencial como a nivel de gestión del ensayo clínico. La actividad asistencial va en notable aumento lo que repercute en un destacado incremento de las preparaciones en CFLV, así como la apertura de nuevos ensayos respecto al año anterior. Las visitas de monitorización disminuyen ligeramente, pudiendo deberse al aumento de monitorizaciones remotas.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

384. ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: Sangrador Pelluz C, Taberner Bonastre P, Barraón Pérez L, Bellver Albertos M, Soriano Clemente A, Soler Company E.

Hospital Arnau De Vilanova. C/ Marina Alta. Valencia. España

OBJETIVOS: - Evaluar el grado de adecuación a los procedimientos de calidad relacionados con la gestión de ensayos clínicos (EC) publicados por el grupo de trabajo de ensayos clínicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

- Analizar el grado de actividad del área de EC.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal (enero 2014-abril 2015) de todos los EC con actividad llevados a cabo en un hospital de 300 camas (Departamento de Salud de 300.000 habitantes) durante el periodo de estudio.

El estudio de la calidad del área se realizó en base al manual "Ensayos clínicos. Procedimientos de calidad en Farmacia Hospitalaria", publicado en 2013 por el grupo de EC de la SEFH. Se calculó el porcentaje de requerimientos mínimos cumplidos por proceso respecto a los definidos en el manual.

En cuanto a la actividad se calcularon una serie de indicadores de actividad propuestos por el Servicio de Farmacia (SF). Para ello, a través del programa informático Pksiam® se recogieron: visitas de los monitores al SF, recepciones, dispensaciones (individualizadas y en bloque), número total de ensayos y número de ensayos clínicos con pacientes incluidos.

RESULTADOS: Se registraron 75 ensayos activos durante el periodo de estudio.

El grado de cumplimiento de los requerimientos mínimos descritos fue del 97,7% (43/44). Resultó del 100% para los procesos de recepción, custodia, preparación/aleatorización/enmascaramiento, dispensación, devolución/destrucción, contabilidad y monitorización/seguimiento, y del 50% (1/2) para el cierre. El requerimiento que no fue cumplido fue la reclamación de copias de notificaciones de cierre al Comité ético y de investigación clínica (CEIC). El capítulo de fabricación no se valora, por no llevarse a cabo esta función en nuestro Servicio de Farmacia.

Los indicadores de actividad referentes a las visitas del monitor fueron: número de visitas de inicio/número de visitas totales 27/148 (18,2%); número de visitas/mes 85/16 = 5,31; número de visitas de monitorización/número de visitas totales 85/148 (57,4%); número de ensayos clínicos con pacientes incluidos/total de ensayos activos 58/75 (77,3%).

Los indicadores relacionados con la gestión de muestras fueron: recepciones 192; muestras recepcionadas 1617; número de muestras recibidas/número de recepciones 1617/192 = 8,42; preparaciones en cabina de flujo laminar 353; dispensaciones 490, de ellas en bloque 22 e individualizadas 468; muestras dispensadas 1680; número de muestras dispensadas/número de dispensaciones: 1680/490 = 3,42.

CONCLUSIONES: El área de EC se adecua de forma notable a los criterios de calidad establecidos por el manual del grupo de ensayos clínicos de la SEFH. Como punto de mejora se estableció la reclamación de copias de las notificaciones de cierre de EC al CEIC. Además, se observa que la actividad desarrollada por esta área es considerablemente alta si atendemos a las características del hospital. Consideramos como aspecto negativo que se disponga de un 25% de los EC en los que no se ha incluido ningún paciente.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

740. ANALISIS DE LA COMPLEJIDAD DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: Vicente Sanchez S, Pareja Rodriguez De Vera A, Valderrey Pulido M, Menendez Naranjo L, Almanchel Rivadeneyra M, De La Rubia Nieto Ma.

Hspital Clinico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra Madrid-Cartagena S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Describir la actividad actual del área de Ensayos clínicos (EC) y determinar el nivel de complejidad de los EC desarrollados en el servicio de farmacia (SF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional de los EC vigentes a fecha de Mayo de 2015 en el SF. La información fue obtenida de la base de datos y de la documentación en papel de cada EC. Se obtuvieron las variables: número de EC activos, servicios implicados, fase de estudio, aleatorización y promotor del EC. Además se recogieron el número de dispensaciones, y los EC nuevos y finalizados de Enero a Mayo de 2015. Se valoró la complejidad de los EC clasificándolos en: Nivel 1 o complejidad baja, que corresponde a EC con una puntuación total entre 6-10 puntos, Nivel 2 o complejidad moderada de 11 a 19 puntos, Nivel 3 o complejidad alta de 20 a 33 puntos (Clasificación de Calvin Lamas et al). Para la asignación de puntos se realizó un análisis de las actividades implicadas en los EC y se valoraron los siguientes aspectos: Abierto proporcionado por promotor o SF, doble ciego (enmascaramiento mantenido por promotor o SF), número de medicamentos y/o presentaciones implicadas, formas de dispensación (en bloque, individualizada al investigador o al paciente), número de profesionales implicados, utilización de sistemas interactivos (fax/correo, IVRS), dosificación en el SF (preparación extemporánea, preparación de placebo y/o condiciones asépticas), condiciones de conservación y necesidad de material de acondicionamiento especial.

RESULTADOS: A fecha de mayo de 2015, el número de EC activos es 104. Este año se han iniciado 21 EC, han finalizado 6 y se han realizado 1298 dispensaciones. El 77,8% son aleatorizados, y en el 60,6% el promotor es la industria farmacéutica. El desglose de los EC por servicios es Oncología-Hematología (41,3%), Cardiología (16,3%), Neurología (13,4%), Pediatría (5,7%), un 3,8% los servicios de Ginecología y Oncología Infantil, un 2,8% Digestivo y Reumatología, Urología (1,9%) y un 0,9% Atención primaria, Alergia, Cirugía general, Infecciosas, Endocrino, Genética y Anestesia. Según la fase, los EC se distribuyen en: fase I (0,9%), fase II (24%), fase III (63,4%) y fase IV (11,5%). La distribución de los EC según los niveles de complejidad es: complejidad baja (37,5%), complejidad moderada (38,4%) y complejidad alta (24%). Por tanto, casi 2/3 de los EC de nuestro hospital muestran una complejidad media-alta. Además el 88% de los EC de complejidad alta pertenecen a los servicios de Oncología, Hematología y Oncología infantil y el 35% de los EC de complejidad media pertenecen a Oncología y Hematología.

CONCLUSIONES: La actividad actual en el área de EC es elevada. Los servicios de Oncología y Hematología están a cargo de casi la mitad de los EC. Dichos ensayos presentan un elevado número de fármacos, además de requerir la mayoría de ellos, preparación en condiciones asépticas, lo que se correlaciona con un aumento del número EC de alta complejidad. Todo ello supone una alta carga asistencial en esta área del servicio de farmacia.

629. CARACTERIZACIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS GESTIONADOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Pérez Moreno MA, Villalba Moreno AM, Desongles Corrales T, Sánchez Pozo MI, Acosta García H, Rodríguez Pérez AÁ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avda. Manuel Siurot s/n, 41013. Sevilla. España

OBJETIVOS: Caracterizar los principales aspectos de los Ensayos Clínicos (EC) gestionados desde un Servicio de Farmacia en un hospital de tercer nivel, analizando el tipo de ensayo y áreas de estudio predominantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los EC llevados a cabo en un hospital de tercer nivel en los que participaba la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Farmacia. Se incluyeron los EC que habían sido iniciados en el año 2014, obteniéndolos a partir de registros internos del programa de gestión de EC GIDEC.

Para cada uno se recogió la fase y diseño del ensayo y cómo se realizaba la gestión de las muestras de EC (recepción, almacenaje, dispensación y preparación), considerando como tal a los medicamentos aportados por el promotor y custodiados por la Unidad de EC de Farmacia. Además, se revisaron las UGC implicadas, el tipo de reclutamiento (competitivo sí/no) y los pacientes incluidos en cada EC hasta final de mayo de 2015.

Los datos se obtuvieron de la documentación propia de cada ensayo y de los documentos fuente y registros internos de Farmacia.

RESULTADOS: En 2014, se iniciaron en el centro un total de 98 EC. De ellos 54 fueron fase III, 26 fase II, 7 fase I, 7 fase IV y en 2 casos se combinaban dos fases. En 17 de los EC el promotor era una entidad de investigación independiente de la industria.

En cuanto al diseño, el 69,4% eran aleatorizados, el 37,8% doble ciego (el resto abiertos), el 71,4% eran controlados (con uno o más brazos control) y de éstos el 42,8% eran controlados con placebo.

La recepción de muestras de EC se realizaba por medio de IWRS (Interactive Web Response System) en el 59,2% de ellos, mediante e-mail/fax al monitor en el 24,5% y por ambos métodos en el 14,3%.

El número de muestras de EC fue de 276 en total, una mediana por cada ensayo de 2 (0-15). Para el 59,2% de los EC los medicamentos se conservaban a temperatura ambiente (15-25°C), para el 25,5% en nevera (2-8°C) y el 13,3% requería ambos tipos de almacenamiento. Para dos EC, la medicación la aportaba el centro.

La dispensación se realizaba al investigador en el 30,6% de los EC, y había dispensación en bloque en el 10,2%. El 29,6% de los EC implicaba preparación de mezclas de citostáticos IV en farmacia y en 3 EC se preparaban otros fármacos.

En global se incluyeron 234 pacientes en EC, una mediana de 1 paciente por EC (0-24), con reclutamiento competitivo en el 88,8% de los casos.

Las principales UGC implicadas fueron: oncología (48,0%), hematología (15,3%), medicina interna, nefrología y neumología (5,1% cada uno), neurología y pediatría (4,1%), digestivo (3,1%) y otros (10,2%).

CONCLUSIONES: El tipo de ensayo predominante es fase III, aleatorizado, abierto y controlados, desarrollados por promotores de la industria.

Se gestionan numerosas muestras de EC, con notable informatización (IWRS) y la inclusión es variable dependiente del ámbito de estudio, siendo mayoritariamente el reclutamiento de pacientes competitivo.

La patología onco-hematológica abarca el área principal objeto de estudio de los EC.

1057. EL VALOR AÑADIDO DEL FARMACÉUTICO EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: Marzal Alfaro Mb, Collado Borrell R, Mañes Sevilla M, Sánchez Fresneda Mn, Mur Mur A, Sanjurjo Saez M. Hospital Gral. Univ. Gregorio Marañón. Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Desde el año 2011 el área de Ensayos Clínicos (EECC) ha experimentado un 57.9% de crecimiento en las dispensaciones. La complejidad de los protocolos y las muestras en investigación hacen de los EECC un área sensible a la aparición de errores de medicación.

El objetivo fue analizar las desviaciones de protocolo y los errores detectados en los EECC y proponer acciones de mejora que favorezcan la calidad y la seguridad de su gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo descriptivo de los problemas detectados relacionados con muestras de EECC entre febrero y mayo de 2015. Se clasificaron los mismos en desviaciones del protocolo del ensayo o protocolo de trabajo de la unidad (PNTs) y errores de medicación.

Se registró en una tabla Excel® el proceso en el que se detecta (visita de inicio, recepción, almacenamiento, prescripción, dispensación y elaboración) y la causa que pudo motivar el error.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 132 problemas relacionados con la gestión de EECC, de los cuales 93 (70,5%) fueron desviaciones del protocolo o de los PNTs y 39 (29,5%) errores de medicación. El farmacéutico fue responsable de 3 errores (2,3%) y 7 desviaciones (5,3%) mientras que con la validación y el control de calidad que realiza corrigió 36 errores (27,3%) y 86 desviaciones (65,1%).

En el caso de las desviaciones de protocolo, el 62,4% ocurrieron en el proceso de dispensación: falta nº de kit (25,8%), nº paciente, protocolo o datos de la muestra dudosos/incompletos (23,7%), tiempo de administración incorrecta en EECC de baja estabilidad (12,9%). El 29% ocurrieron en la recepción: problemas con el template (15,0%), albarán con datos erróneos (7,5%), fallo en el registro de las muestras (4,3%) destinatario incorrecto (2,2%). El 5,4% se detectaron en la visita de inicio (información proporcionada errónea/incompleta) y el 3,2% en el almacenamiento (mantenimiento cadena de frío).

En el caso de los errores, el 84,6% ocurrieron en la fase de prescripción: cálculo de dosis (51,3%), nº kit erróneo/caducado (15,4%), medicamento comercial o abreviatura incorrecta (7,7%), nº paciente erróneo (5,1%), esquema de tratamiento incorrecto (5,1%). El 7,7% ocurrieron en la dispensación: dispensación incompleta (5,1%), dispensación de kit erróneo (2,6%). El 7,7% se detectaron en la elaboración: dilución errónea (5,1%), hora de elaboración incorrecta por baja estabilidad (2,6%). Ninguno de estos errores llegó al paciente.

Las causas que motivaron los errores fueron: falta de conocimiento del protocolo o medicamentos en investigación (61,5%), lapsus o situación de estrés (33,3%) y error en el sistema de aleatorización-IWRS (5,1%).

CONCLUSIONES: Para disminuir las desviaciones detectadas es necesaria la coordinación de farmacia con el equipo investigador y la estandarización de procedimientos de trabajo.

La mayoría de los errores se originaron durante la prescripción y más de la mitad se debieron a cálculos de dosis. La incorporación en la prescripción electrónica de ayudas enfocadas a los protocolos de investigación mejoraría este aspecto.

El papel del farmacéutico en los EECC es fundamental más allá de la gestión de las muestras para garantizar la correcta utilización de los medicamentos del ensayo y asegurar las buenas prácticas clínicas.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

440. ENSAYOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. PERIODO 2010-2014.

AUTORES: Ruíz De Villegas García Pelayo M, Mora Rodríguez B, Gajardo Alvarez M, Muñoz Castillo Im. Hospital Regional Universitario De Málaga. Avenida Carlos Haya S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Un número muy elevado de fármacos utilizados actualmente en niños, no han sido autorizados en Pediatría. Los EC en esta área son esenciales para el desarrollo y accesibilidad de los medicamentos pediátricos. Describir los ensayos clínicos con medicamentos (EC) activos en nuestro centro durante el periodo 2010-2014 en el área de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional en el que se revisaron los EC activos durante el periodo de estudio. Se recogieron los datos de acuerdo a: fecha de inicio, fase de estudio, área terapéutica, situación del fármaco en investigación (indicación autorizada o no en Pediatría), subgrupo de edad pediátrica investigado y número de pacientes reclutados. Los datos se obtuvieron de la base de datos de EC del servicio de farmacia.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 22 EC (1 se inició en 2009, 2 en 2010, 6 en 2011, 3 en 2012, 3 en 2013 y 7 en 2014). La fase de estudio más frecuente fue la fase III con 15 EC (69%) seguida de la fase II con 5 (23%) y la fase IV con 2 (9%). La distribución por área terapéutica fue la siguiente: Enfermedades Infecciosas 5 EC, Neumología 4, Oncología 4, Hematología 3, Gastroenterología 2, Neonatos 2, Cardiología 1 y por último, Urología 1. Se investigan un total de 19 fármacos de los cuales 14 (74%) no tienen autorización en Pediatría. El subgrupo de edad más frecuente fue el que comprendía el intervalo de 1 a 18 años (32%). En neonatos se realizaron 2 EC (9%) y en adolescentes 1 (4.5%). El resto de ensayos comprendía un grupo de rangos de edad muy heterogéneo aunque el 64% de ellos incluían niños de entre 6 y 12 años. La mediana de pacientes reclutados fue de 0.5 (rango 0-4).

CONCLUSIONES: Aunque el número de EC llevados a cabo en el periodo de estudio no fue elevado se observa un incremento del número en los últimos años.

Los EC más frecuentes fueron fase III.

El reclutamiento de pacientes fue muy escaso y de gran heterogeneidad en cuanto a la edad, siendo una de las dificultades a la hora de la realización de estos EC.

Desde el servicio de farmacia debemos seguir comprometiéndonos con la realización de EC en niños para velar por que los medicamentos pediátricos, provengan de una investigación ética y de calidad, y estén específicamente autorizados para su administración a niños, y mejorar la información disponible sobre el uso de medicamentos en las distintas poblaciones infantiles.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

418. EVALUACIÓN DEL AHORRO ECONÓMICO EN MEDICACIÓN DERIVADO DE LA PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS

AUTORES: Sangrador Pelluz C, Taberner Bonastre P, Bellver Albertos M, Barraón Pérez L, Monzó Rausell M, Soler Company E.

Hospital Arnau De Vilanova. C/ Marina Alta. Valencia. España

OBJETIVOS: Analizar los costes evitados en medicación debido a la participación de los pacientes en ensayos clínicos (EC) de Oncología y Hematología en nuestro Departamento de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo (Enero 2011- Diciembre 2014) realizado en un hospital de 300 camas (Departamento de Salud de 300.000 habitantes). Se incluyeron todos los EC activos y con pacientes incluidos pertenecientes al Servicio de Oncología y Hematología, y en los cuales el promotor aportó la medicación comercializada de forma parcial o completa durante el periodo de estudio.

A través del programa de gestión de EC PkSiam® se recogieron: número de ensayos clínicos activos, medicación aportada por el promotor, número de pacientes incluidos, patología, servicio clínico, dispensaciones y número de ciclos de quimioterapia recibidos.

Se definió el ahorro en el gasto farmacéutico en EC como medicación comercializada, aportada por el promotor y que hubiera sido prescrita según práctica clínica. Para el cálculo del ahorro se revisaron los registros de dispensaciones y se realizó el sumatorio de los costes directos relacionados con los tratamientos antineoplásicos aportados por el promotor empleando el precio de venta de factura en el momento de su utilización.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se encontraban activos y con pacientes un total de 29 EC. En 15 ensayos (51,7%) el promotor aportaba la medicación, siendo en el 53,3% (8/15) aportada de forma parcial y en el 46,7% (7/15) aportada de forma completa. Respecto a los 15 EC que generaban ahorro, 12 (80%) eran EC de oncología y 3 (20%) de hematología.

De forma global, el ahorro en gasto farmacéutico en EC fue de 1.005.030,95 €, siendo 900.705,05 € (89,6%) por parte de ensayos clínicos de oncología y 104.325,9 € (10,4%) de hematología. La patología en la que se observó un mayor ahorro fue cáncer de mama con 502.752,25 € (50% del ahorro total). El fármaco aportado por el promotor que generó un mayor ahorro fue el pertuzumab con 370.356,25 € (36,9% del ahorro total).

Respecto al Servicio de Hematología, el ahorro por ciclo de tratamiento quimioterápico fue de 4.173,03 €, el ahorro por paciente de 20.865,18 € y el ahorro anual de 26.081,47 €.

En cuanto a Oncología, el ahorro por ciclo de tratamiento fue de 2.522,97 €, el ahorro por paciente de 21.968,41 € y el ahorro anual de 225.176,26 €.

Respecto al gasto farmacéutico total de dichas áreas en nuestro hospital, el porcentaje de ahorro que representaron los EC en Oncología fue del 9,4% y en Hematología del 1,6%.

CONCLUSIONES: El coste evitado atribuible a fármacos provenientes de EC supone un gran impacto sobre el gasto farmacéutico de nuestro hospital. Esto se debe fundamentalmente a la elevada actividad investigadora del Servicio de Oncología, donde se observa un ahorro de casi el 10% respecto al gasto total farmacéutico de dicho servicio, dato superior al referenciado en otros trabajos.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

571. EVOLUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS PROMOTORES EN LA VISITA DE INICIO DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: Linares Alarcon A, Villalobos Torres L, Gajardo Alvarez M.

Hospital Regional Universitario De Malaga. Avda. Carlos Haya, S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto que supone en la actividad del área de Ensayos clínicos (EC) comparando los requisitos que imponen los promotores actualmente con los de hace cinco años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo que analiza las visitas de inicio de EC realizadas durante el año 2009 comparándolas con las realizadas durante el 2014.

Se revisan los ítems de la visita de inicio donde se describen las tareas a realizar por el farmacéutico con las muestras en investigación con respecto a su recepción y dispensación.

Ítems seleccionados: relacionados con la recepción: existencia de registradores de temperatura durante el trayecto (Ej: TempTale®, libero@...), entrada por sistemas interactivos de respuesta por voz (IVRS) o web (IWRS) y/o envío de confirmación vía e-mail al monitor. Sobre la dispensación: asignación del tratamiento, confirmación de la dispensación por IWRS y petición de resumínistro de medicación por sistemas interactivos.

Los datos se expresan como porcentaje y fracción del total de ensayos para cada ítem y año.

RESULTADOS: La media de ensayos clínicos en el hospital general durante el periodo 2009-2014 fue de 175 ± 12 . Durante el 2009 iniciaron 39 EC, y 34 en el año 2014.

Con respecto a la recepción: para las MI refrigeradas, tanto en 2009 como en 2014, un 75% de los envíos se recibieron con sistemas de registro de temperatura. Para las muestras de MI conservadas a temperatura ambiente, sin embargo, en 2009 sólo un 7.6% (3/39) de los EC viajaron con aparatos registradores de temperatura, aumentando esta cifra al 53% (18/34) en 2014.

En 2009, sólo un 20.5% (8/39) de los EC requerían confirmar la entrada de la medicación por sistemas IWRS/IVRS, frente al 76.4% (26/34) en 2014.

Realizar acuse de recibo por mail al monitor se exige en un 80% (31/39) y un 70% (24/34) en los años 2009 y 2014 respectivamente.

Con respecto a la dispensación: en 2009 solo 2 EC requerían que el farmacéutico realizara la asignación de tratamientos aumentando a 10 en 2014.

En ninguno de los ensayos iniciados en 2009, se solicitó en la visita de inicio que el servicio de farmacia realizara la confirmación de la dispensación por IWRS, ni la solicitud de reposición de la medicación por sistemas interactivos de voz, sin embargo en 2014, el 21% (7/34) de los EC requerían confirmación de la dispensación on-line, y un 12% (4/34) la solicitud de medicación por sistemas IWRS/IVRS.

CONCLUSIONES: En 5 años se observa un aumento global de las exigencias de los promotores en las tareas que tienen que realizar los farmacéuticos, tanto en la recepción como en la dispensación y específicamente en el uso de sistemas interactivos de respuesta, no solo en la recepción de las muestras, que ha aumentado considerablemente; sino también en la aparición de nuevas actividades como confirmación de la dispensación y petición de resumínistro de las muestras en investigación.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

487. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: Romero Soria L, Delgado Mingorance I, Briegas Morera D, Meneses Mangas C, Bonilla Galan C, Rangel Mayoral Jf.

Hospital Infanta Cristina. Avenida De Elvas S/N, 06006. Badajoz. España

OBJETIVO: Analizar la evolución de la actividad asistencial en el área de ensayos clínicos (EC) oncológicos, así como el coste evitado debido a la inclusión de pacientes en los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de la evolución de EC oncológicos incluidos en un hospital de tercer nivel, durante el periodo comprendido entre enero de 2012 y mayo de 2015.

A partir del programa de gestión ensayos clínicos GECOS® y de la memoria de actividad del área, se recogieron los siguientes datos: nº EC activos, nº EC nuevos, patología, nº pacientes/ensayo, nº medio ciclos/paciente. Para el cálculo del coste evitado se tuvieron en cuenta solo los ensayos clínicos activos en los que se incluyó al menos un paciente y en los que el promotor aportaba el tratamiento citostático completo.

Para el cálculo económico se tuvieron en cuenta únicamente los costes directos de adquisición de los medicamentos citostáticos, tomando el PVL en el momento de su utilización (4% IVA incluido) y considerando dosis de ficha técnica. Además se eligió como comparador el esquema de quimioterapia según práctica clínica habitual. No se tuvieron en cuenta otros costes asociados (por ejemplo tiempo del personal de enfermería) ya que son similares en todos los pacientes.

También se analizaron los datos en función de la patología, obteniéndose el coste evitado por tipo de cáncer.

RESULTADOS: El número total de EC oncológicos aprobados por el CEIC del hospital en estos tres años fue de 57. El aumento ha sido progresivo siendo 8 en 2012-2013, a 20 en 2013-2014 y 29 en 2014-2015.

Del total de ensayos, solo en 14 el promotor aportó el tratamiento completo de cada paciente y pudo evaluarse el impacto económico. Hubo 2 ensayos fase I, 5 en fase II, 5 en fase III y 2 fase IV. La distribución por patologías fue: 8 EC de cáncer de mama, 1 hepatocarcinoma, 1 adenocarcinoma de páncreas, 3 cáncer de pulmón, 1 adenocarcinoma de próstata. Se analizaron un total de 37 pacientes con una media de 5 ciclos/paciente.

El coste evitado total fue de 349.547 € y el coste medio/paciente de 9.448 €. El coste medio evitado por patología fue de 33.748€ para cáncer de mama, 32.035 € para pulmón, 3.920€ para páncreas y 8.200 € para próstata.

CONCLUSIONES: El número de ensayos clínicos oncológicos se ha triplicado en los últimos 3 años, con el consiguiente aumento de actividad y carga asistencial en el servicio de farmacia hospitalaria.

El farmacéutico especialista proporciona apoyo logístico a los investigadores, prestando colaboración eficaz en el seguimiento y complejidad de los EC, lo que aumenta la confianza en nuestro hospital.

La realización de EC en el área de oncología proporciona un considerable ahorro para nuestro hospital y el sistema sanitario y supone un importante impacto económico en el gasto farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

840. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ACTIVOS EN EL MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

AUTORES: García García Mdp, Jimenez Cabrera S, Sánchez Nieto D, Castaño Rodriguez B, Calvo Hernández Mv, Mateos Manteca Mv.

Hospital Clínico Universitario Salamanca. Paseo San Vicente 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: El mieloma múltiple es una patología muy frecuente que se presenta en un porcentaje importante de los pacientes hematológicos atendidos en nuestro centro. Su participación en ensayos clínicos es una práctica habitual tanto en pacientes de nuevo diagnóstico como en aquellos refractarios a líneas de tratamiento previas. Entre las múltiples ventajas de esta práctica se encuentra la importante reducción del gasto farmacéutico que puede suponer para el hospital. El objetivo de este estudio fue evaluar el ahorro que ha supuesto para el hospital la participación de pacientes con mieloma múltiple en ensayos clínicos durante el año 2014.

MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo de los ensayos clínicos llevados a cabo en pacientes con mieloma múltiple durante el año 2014. Se revisaron los registros de dispensación y se recogieron los datos de consumo de todos los fármacos comercializados aportados por el promotor durante el ensayo clínico: aciclovir, bortezomib, calcio, denosumab, dexametasona, melfalán, lenalidomida, pomalidomida, prednisona, talidomida y ácido zoledrónico. Para el cálculo del coste se consideró solo el coste directo atribuible a la medicación utilizada valorada a precio medio factura del año 2014. Los medicamentos no comercializados utilizados en estos estudios (carfilzomib, daratumumab, elotuzumab, LBH589, LGH447 y MK3475) no se valoraron por no disponer de un precio de referencia.

RESULTADOS: En el periodo analizado permanecieron activos 27 ensayos clínicos en los que participaron un total de 80 pacientes. La medicación valorable para el estudio dispensada a estos pacientes incluyó:

- 1665 comprimidos de aciclovir 800 mg (0,22 €/comprimido)
- 297 viales de bortezomib de 3,5 mg (938,43 €/vial)
- 750 comprimidos de calcio (0.16 €/comprimido)
- 26 viales de denosumab/placebo (226 €/vial)
- 7200 comprimidos de dexametasona 4 (0,34 €/comprimido).
- 160 ampollas de dexametasona 4 (0,34 €/ampolla).
- 1178 melfalán comprimidos de 2 mg (1,192 €/comprimido)
- 4935 capsulas de lenalidomida (1848 de 25 mg, 1008 de 15 mg, 1008 de 10 mg, 1071 de 5 mg) (255,50€, 232,27€, 213,64€ y 203,72€ cápsula)
- 105 cápsulas de pomalidomida de 4 mg (423,131€/cápsula)
- 458 comprimidos de prednisona (432 de 50 mg y 26 de 10 mg) (0,16€ y 0,55€/comprimido)
- 1680 cápsulas de talidomida de 50 mg (13,52 €/cápsulas).
- 26 viales de ácido zoledrónico/placebo(6,24€/vial)

El importe total de esta medicación ha resultado ser de 1.496.196 € lo que supone un ahorro medio por paciente de 18.702 €, sin tener en cuenta aquellos fármacos en fases previas de investigación no valorados en el estudio.

CONCLUSIONES: Incentivar el desarrollo de ensayos clínicos en el campo de la terapia onco-hematológica en los centros es muy importante ya que, además de favorecer el acceso de los pacientes a nuevas alternativas terapéuticas, puede representar una importante reducción del gasto farmacéutico para el hospital en cuanto a costes directos se refiere.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1029. ACTUALIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE USO DE FAMPRIDINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Alioto Alioto D, Gómez Valbuena I, Pablos Bravo S, Nieves Sedano M, Serrano Garrote O, Ferrari Piquero JM. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. de Córdoba, s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar de la efectividad y seguridad de fampridina en pacientes con esclerosis múltiple (EM). Identificar subgrupos de pacientes que más se beneficiarían de la terapia con fampridina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes tratados con fampridina en nuestro hospital desde noviembre 2014 hasta mayo 2015. Los datos se recogieron mediante la historia clínica electrónica HP-HCIS®, la plataforma HORUS® del Servicio Madrileño de Salud y el modulo de pacientes externos del programa FARHOS®. Las variables analizadas fueron las siguientes: edad, sexo, diagnóstico, puntuación EDSS, tratamientos previos y concomitantes recibidos, duración del tratamiento con fampridina, resultados de las pruebas de la marcha de 25 pies (T25FW) y test de los 12 ítems (MSWS-12) al inicio del tratamiento, a los 14 días, a los 2 y 4 meses tras el inicio del tratamiento, tasa de respuesta al tratamiento (incremento \geq 20% en la prueba T25FW ó reducción \geq 6 puntos en el test MSWS-12) y reacciones adversas.

RESULTADOS: Se trataron 43 pacientes (62,8% mujeres) que representan el 14,33% de la población en tratamiento para EM. La edad media fue de 51,8 años (rango 33 - 74) y la mediana de EDSS de 6 (rango 1,5 - 7). Los diagnósticos de EM fueron los siguientes: 28 pacientes (65,11%) con EMRR, 12 (27,91%) con EMSP y 3 (6,98%) con EMPP. 37 pacientes (86,05%) habían recibido en algún momento al menos una línea de tratamiento inmunomodulador, 17 (39,53%) estaban recibiendo tratamiento para la espasticidad y 10 (23,26%) para la fatiga y la astenia. La mediana de duración de tratamiento con fampridina fue de 100 días (rango 2 - 193). El resultado medio de la prueba T25FW al inicio del tratamiento fue de 18,62 segundos y el incremento medio porcentual a los 14 días, a los 2 y 4 meses fue del 28,77% (38 pacientes), del 33,45% (28) y del 48,44% (7), respectivamente. El resultado basal medio del test MSWS-12 fue de 48,44 puntos (rango 30 - 60) y la reducción media a los 14 días, a los 2 y 4 meses fue de -10,77 puntos (37 pacientes), -12,80 puntos (28), -10,73 puntos (7), respectivamente. La tasa de respuesta global fue del 74,42% (32 pacientes) distribuida de esta forma según diagnóstico: 67,86% (19 pacientes) en EMRR, 91,67% (11) en EMSP y 66,67% (2) en EMPP. Hubo 10 (23,26%) discontinuaciones de tratamiento de las cuales 3 (6,98%) fueron por reacciones adversas y 7 (16,28%) por ineficacia. Las reacciones adversas más comunes fueron mareos, náuseas y vómitos, inestabilidad e insomnio.

CONCLUSIONES: En nuestro grupo de pacientes fampridina ha demostrado aumentar la movilidad cumpliendo con los criterios de respuesta en el 74,42% de los sujetos durante el periodo de estudio, siendo los pacientes con EMSP el subgrupo más beneficiado (91,67%). Sólo 3 pacientes experimentaron reacciones adversas que llevaron a la suspensión del tratamiento, pudiéndose concluir que fampridina presentó un buen perfil de seguridad.

Será necesario alargar el periodo de seguimiento para verificar el mantenimiento de la respuesta a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

204. ALTERACIONES EN LOS VALORES DE LABORATORIO Y AJUSTE POSOLÓGICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

AUTORES: García Lagunar Mh, Chica Marchal Am, Pedregosa Diaz J, Muñoz García I, Gutiérrez Cívicos Mdr, Escondillas Gómez Lm.

Hospital General Universitario Santa Lucia. Mezquita - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar el perfil de seguridad de tocilizumab y los ajustes de dosis cuando los valores analíticos se encuentran fuera de los parámetros normales en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con tocilizumab desde enero de 2010 hasta abril de 2015, se excluyeron aquellos pacientes que no iniciaron el tratamiento con tocilizumab en nuestro hospital.

Como medida de la seguridad, se analizó la elevación de las enzimas hepáticas y la disminución en el recuento de neutrófilos y de plaquetas según las indicaciones de la ficha técnica, así como los ajustes de dosis realizados en los casos en los que los parámetros estaban alterados.

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, diagnóstico, línea de tratamiento, número de dosis recibidas, valores de enzimas hepáticas (aspartato-aminotransferasa: ASAT y alanina-aminotransferasa: ALAT) y recuento de neutrófilos y de plaquetas durante los tres primeros meses de tratamiento con tocilizumab y el tratamiento concomitante con metotrexato (MTX). Los datos se recogieron de la historia clínica (Selene®), el programa informático de análisis clínicos (Servolab®) y del programa del Servicio de Farmacia (Savac®).

RESULTADOS: Se incluyeron 16 pacientes con una edad media de $47,81 \pm 13,04$ años al inicio del tratamiento, el 18,75% eran varones, y los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (n=14; 87,5%), artritis idiopática juvenil (n=1; 6,25%) y enfermedad de Behçet como uso fuera de indicación (n=1; 6,25%).

El tocilizumab se inició a una dosis de 8 mg/kg cada 4 semanas y se utilizó en primera línea en 2 pacientes, en segunda línea en 5, en tercera línea en 5 y en cuarta línea en 4. El inicio del tratamiento se ajustó a las indicaciones del documento consenso sobre el uso de terapias biológicas de la comunidad autónoma.

Los pacientes recibieron una media de $34,82 \pm 23,07$ dosis de tocilizumab y cuatro (25,0%) recibieron tratamiento concomitante con MTX.

Tres pacientes (18,75%) presentaron valores por encima del límite superior de la normalidad (LSN) de las enzimas hepáticas (LSN para ASAT = 34; LSN para ALAT = 49), en los tres casos los valores se situaban de 1 a 3 x LSN. De estos, solo un paciente estaba en tratamiento concomitante con MTX. En los tres pacientes se recuperaron los valores normales de las enzimas hepáticas y mantuvieron la dosis inicial de tocilizumab.

Un paciente (6,25%) presentó un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) entre 0,5 y $1 \times 10^9/L$ mantenido y precisó una reducción de dosis a 4 mg/kg cada 4 semanas.

En ningún caso se hallaron valores por debajo de $100 \times 10^9/L$ en el recuento de plaquetas.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, el tocilizumab no ha requerido ajuste posológico según los valores de enzimas hepáticas ni de plaquetas y sólo un paciente ha precisado disminuir la dosis según el RAN. Por tanto, ha resultado ser un medicamento seguro en nuestro centro. Sin embargo, se trata de un fármaco que necesita una estrecha monitorización de los parámetros analíticos para identificar a los pacientes que presentan alteraciones y poder ajustar la dosis si es necesario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

719. ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA E HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

AUTORES: Araque Arroyo P, Gomez Lluch T, García Agudo R, Conde García Mc, Valenzuela Gámez Jc, Heredia Benito M.

Hospital La Mancha Centro. Avda De La Constitución, 3. Ciudad Real. España

OBJETIVO: Analizar el grado de adecuación del tratamiento farmacológico de la anemia y del hiperparatiroidismo secundario de una unidad de hemodiálisis en la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal (febrero 2015) del tratamiento farmacológico de la anemia y el hiperparatiroidismo secundario a enfermedad renal crónica en pacientes en hemodiálisis.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de agente estimulante de la eritropoyesis (AEE), dosis semanal de AEE, tratamiento con hierro intravenoso y paricalcitol y parámetros analíticos [hemoglobina (mg/dl), ferritina sérica (ng/ml), índice de saturación de transferrina (IST, %) y hormona paratoidea (PTH) (pg/ml)].

El AEE utilizado fue darbepoetina alfa para pacientes diabéticos y eritropoyetina zeta para los no diabéticos.

Se consideraron niveles objetivo (según recomendación de la guía National Kidney Foundation): hemoglobina, 10,5-11,5 g/dl; ferritina, 100-300 ng/ml; IST, 20-30%; PTH, 150-300 pg/ml.

Se definió hiporrespuesta a los AEE cuando no se alcanzaron los niveles objetivo de hemoglobina con dosis de eritropoyetina zeta >300 UI/kg/semana o dosis de darbepoetina alfa $> 1,5$ mg/kg/semana.

Se tuvieron en cuenta procesos intercurrentes que condicionan la anemia y el hiperparatiroidismo secundario (infecciones, hemorragia digestiva, adenomas paratiroides, etc).

RESULTADOS: En el momento de análisis, 92 pacientes estaban en tratamiento crónico de hemodiálisis; edad media actual $69,3 \pm 14,5$ años; 65,2% hombres. El 93,5% de los pacientes se encontraban en tratamiento con AEE (37,2% con darbepoetina alfa y 62,8% con eritropoyetina zeta) y el 78,3% y 57,6% de los pacientes con hierro intravenoso y paricalcitol, respectivamente.

La dosis media de darbepoetina alfa fue de 0,8 mg/Kg/semana (rango: 0,03-2,6 mg/Kg/semana) y de eritropoyetina zeta de 178,7 mg/Kg/semana (rango: 24,7-473 mg/Kg/semana).

El 43,5% de los pacientes presentaba niveles de PTH fuera de rango terapéutico (37,5% >300 pg/ml). El 88% de los pacientes con PTH > 300 pg/ml estaban en tratamiento con paricalcitol.

En 20 pacientes (21,7%), el nivel de hemoglobina no estaba en objetivo terapéutico; 70% de los pacientes presentaban un nivel >11,5 mg/dl (100% ≥12 mg/dl) y 30%

El 47,2% de los pacientes en tratamiento con hierro intravenoso no tenía el nivel de ferritina en objetivo. El 88,2% y 11,8% de los pacientes presentaba valores >300 ng/ml y <20%.

Tres pacientes presentaban anemia e hiperparatiroidismo no controlado (PTH >300 pg/ml) y no estaban en tratamiento con paricalcitol.

Presentaron resistencia al tratamiento con AEE 3/32 (9,4%) y 5/54 (9,3%) de los pacientes en tratamiento con darbepoetina alfa y eritropoyetina zeta, respectivamente.

CONCLUSIONES: El análisis de la utilización de AEE en la unidad de hemodiálisis asociada a nuestro hospital revela que el 78,3% de las prescripciones se traduce en un nivel de hemoglobina deseado. Sin embargo, el tratamiento con paricalcitol y hierro intravenoso solo logró la adecuación en el 56,5% y 53% de los pacientes, respectivamente. Subyace, por tanto, la necesidad de una actuación coordinada de los servicios clínicos implicados y de un seguimiento exhaustivo de este tipo de tratamientos en las unidades de hemodiálisis.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

732. ANÁLISIS DE LA DURABILIDAD DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN PACIENTES CON PRUEBA CRONOMETRADA DE LA MARCHA DE 25 PIES POSITIVA

AUTORES: Etxeberria Uriz M, Juanbeltz Zurbano R, San Juan Muñoz Ae, De Miguel Gaztelu M, San Miguel Elcano R, Larrea Goñi N.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea 3. Navarra. España

OBJETIVOS: Evaluar la durabilidad del tratamiento con fampridina, en pacientes adultos con esclerosis múltiple (EM), un año y medio después de su inclusión en la guía farmacoterapéutica de un hospital terciario.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EM en tratamiento con fampridina desde Noviembre 2013 hasta Mayo 2015. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo), clínicas (tipo de EM, puntuación en la escala de discapacidad EDSS, año de diagnóstico) y farmacoterapéuticas como fecha de inicio de fampridina, líneas previas y concomitantes con fármacos modificadores de enfermedad (FME, exceptuando corticoides) al inicio de fampridina, resultado de la Prueba Cronometrada de la Marcha de 25 pies (T25FW) basal y a los 14 días, tiempo de duración del tratamiento (variable principal) y motivo de suspensión. La información se obtuvo de la Historia Clínica Informatizada y de la aplicación de la Unidad de Pacientes Externos.

RESULTADOS: Se analizó una población de 67 pacientes de los cuales 44 (65.7%) eran mujeres y 28 (41.8%) hombres. La edad media fue de 53 años (rango 29-72). El 43.3% presentaba EMRR, el 34.3% EMSP, el 17.9% EMPP y el 4.5% EM no clasificado. El valor medio del EDSS fue de 5.32 y la mediana de evolución de enfermedad 13 años. Un 6% de los pacientes eran naïve a FME, un 37.3% había sido tratado con una línea previa, un 19.4% con dos, un 26.9% con tres y un 10.4% con más de tres fármacos. En el momento del inicio de fampridina, 20 pacientes (29.8%) estaban siendo tratados con interferones, 10 (14.9%) con acetato de glatirámico, 8 (11.9%) con fingolimod, 18 (26.9%) con natalizumab y 11(16.4%) no recibía tratamiento. A 3 pacientes (4.5%) se les suspendió fampridina antes del segundo T25FW y en otros 3 pacientes el test fue negativo. De las 61 personas que continuaron con fampridina, 6/61 (9.8%) no alcanzaron los 3 meses de tratamiento, 3/61 (4.9%) lo suspendieron entre los 3-6 meses y 4/61 (6.6%) no completaron el tratamiento entre los 6-12 meses. Un total de 16/61 pacientes (26.2%) suspendieron el tratamiento antes del año y medio de haber iniciado el fármaco. 11/61 pacientes (18%) llevaban menos de 1 año en tratamiento, por lo que el porcentaje de abandonos a los 18 meses podría ser mayor. El 56.3% de los pacientes suspendió por ineficacia y el 43.7% por ineficacia e intolerancia.

CONCLUSIÓN: El empleo de la T25FW como test que discrimina los pacientes que pueden presentar beneficio potencial al tratamiento no ha sido útil según nuestros datos en 1 de cada 4 pacientes, teniendo como horizonte temporal 18 meses de seguimiento. Este resultado sugiere la necesidad de realizar una monitorización intensiva del tratamiento, aprovechando los recursos asistenciales dedicados a estos pacientes. Sería interesante analizar la influencia de factores como el tipo de EM o el número de líneas recibidas en la durabilidad del tratamiento con fampridina. El limitado número de pacientes incluido en nuestro estudio impidió llevar a cabo un análisis de subgrupos.

699. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA MOLECULAR DIRIGIDA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Boyeras Vallespir B, Martorell Puigserver C, Ginés Rubio J, Delgado Sánchez O.

Hospital Universitari Son Espases. Carretera De Valldemossa, 79. Islas Baleares. España

OBJETIVO: El 40-60% de los melanomas metastásicos presentan mutaciones en BRAF. Los inhibidores BRAF vemurafenib y dabrafenib han demostrado en los ensayos clínicos ser más efectivos que la quimioterapia con dacarbazina en el tratamiento de los pacientes con esta mutación. Esta efectividad se ve aumentada cuando se asocian a un inhibidor MEK como trametinib.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de eficacia obtenidos en nuestro Hospital con la inclusión de estos fármacos en los pacientes con melanoma metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) de los pacientes con melanoma metastásico tratados con un inhibidor BRAF en monoterapia o asociado con un inhibidor MEK desde su inclusión en el centro, mediante ensayos clínicos o fuera de éstos.

Se comparó estos resultados con los resultados de eficacia medida como SLP y SG del histórico de pacientes tratados con dacarbazina.

RESULTADOS: En este estudio se incluyeron 14 pacientes, que se trataron con vemurafenib o dabrafenib en monoterapia o con dabrafenib+trametinib desde noviembre del 2011 hasta febrero del 2015. En tratamiento con vemurafenib en monoterapia hubo 10 pacientes, de los que 8 lo hicieron en el contexto de ensayo clínico. De éstos, 2 pacientes cambiaron al brazo de dabrafenib+trametinib a raíz de los mejores resultados obtenidos con este brazo de tratamiento. De los pacientes tratados con vemurafenib fueron éxitos 4, con una SLP de 37, 169, 180 y 271 días, y una SG de 98, 211, 313 y 540 días. Los 5 pacientes que siguen con vemurafenib llevan 21, 418, 644, 979 y 1058 días de tratamiento. Los 2 que se cambiaron al brazo de dabrafenib+trametinib llevan tratados 642 y 757 días.

Un único paciente fue tratado con dabrafenib en monoterapia con una SLP de 37 días y una SG de 98.

La combinación dabrafenib+trametinib se ha utilizado en 3 pacientes que llevan en tratamiento sin progresión 279, 343 y 396 días mediante un programa de uso compasivo.

En el histórico de pacientes con melanoma metastásico tratados con dacarbazina se incluyeron 16 pacientes. En este grupo de pacientes no se conocía el estatus de BRAF. La mediana de SLP fue de 61,5 días y la de SG de 434,5 días.

CONCLUSIONES: La inclusión de los inhibidores BRAF asociados o no a inhibidores MEK ha supuesto un avance muy importante en la SLP y la SG de los pacientes con melanoma metastásico respecto al tratamiento con dacarbazina.

234. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LA ROTACIÓN DE UN RESIDENTE DE CUARTO AÑO EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA GENERAL, TUTORIZADA POR UN FARMACÉUTICO CLÍNICO.

AUTORES: Damas Fuentes R, Hathiramani Sánchez M, Majuelos Aicart L, Piñero González Mm, Padrón García Ma, Cantudo Cuenca Mr.

Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Barranco De La Ballena, S/N. Las Palmas. España

OBJETIVO: Analizar y clasificar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante la rotación de un residente de cuarto año en una unidad de hospitalización de cirugía general tutorizada por la farmacéutica clínica de dicha unidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se seleccionaron de la base de datos del servicio de farmacia las IF realizadas en la unidad de hospitalización de cirugía general durante marzo 2015, periodo correspondiente a la rotación de cirugía general del residente de cuarto año. La actividad fundamental se realizó con el equipo de cirugía coloproctorrectal en el pase de planta y seguimiento posterior de los pacientes. Para la evaluación de las IF se ha elaborado una herramienta de excel clasificándolas de acuerdo al programa Isofar®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se realizaron 135 IF, las cuales se clasificaron de la siguiente manera: inicio de tratamiento (49), ajuste nutricional (27), suspender medicamento (20), modificar dosis (8), modificar vía (6), cambio de medicamento (5), confirmación de la prescripción (3), modificar frecuencia (3), monitorizar fármaco (3), confirmación de la prescripción (3), modificar horario (2), mantener tratamiento (1) y otras (5).

Del análisis de los tres grupos más numerosos de IF se obtuvo: 1) De las 49 IF de inicio de tratamiento 49% se deben a la necesidad de tratamiento adicional y 51% por ciento a tratamiento domiciliario no prescrito; 2) De las 27 IF de ajustes nutricionales: 55,6% se deben a continuación de la nutrición, 29,6% a ajuste de requerimientos nutricionales, 7,4% a modificar volumen, 3,7% a suspender nutrición y 3,7% a modificar tipo de nutrición; 3) En cuanto a la suspensión de medicamentos, de las 20 IF realizadas, el 40% corresponden a duplicidad terapéutica, 30% a duración excesiva, 15% a medicamento no indicado, 5% a prevención de una reacción adversa a medicamentos y 10% a otras.

CONCLUSIONES: -Los puntos claves del papel del farmacéutico clínico en cirugía en base a las IF realizadas son: la adecuación de la medicación domiciliar y la nutrición.

- La integración del farmacéutico clínico en el equipo asistencial del cirugía facilita y da mayor seguridad al proceso de conciliación de la medicación domiciliar en el perioperatorio.

- El número de intervenciones avala el papel que desempeña el farmacéutico clínico en la tutorización de las rotaciones de los residentes de cuarto año.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1237. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRACTICA CLINICA 2003-2014

AUTORES: Cañamares Orbis I, Merino Meléndez L, Llorente Llorente I, Ramirez Herraiz E, Morell Baladron A, Gonzalez Alvaro I.

Hospital Universitario De La Princesa. Diego De Leon, 62. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar las pautas de uso de rituximab (RTX) en artritis reumatoide (AR) según práctica clínica en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes con AR tratados con RTX entre los años 2003 y 2014. Se recogieron variables demográficas, factor reumatoide, número de ciclos, dosis utilizadas en cada ciclo (mg/ciclo, en 1 o 2 administraciones), pauta de retratamiento (fija cada 6 meses o a demanda), línea de terapia biológica de RTX, duración de la respuesta clínica (pérdida de DAS28

RESULTADOS: Se estudiaron 112 pacientes (81% mujeres), con mediana de edad al inicio de la enfermedad de 49 años [rango intercuartílico (IQR)=39-60 años] y del tratamiento con RTX de 60 años [IQR: 51- 69]. De todos los pacientes 11 presentaban factor reumatoide negativo. El número de ciclos RTX recibidos fue 1-10/paciente. De los pacientes que iniciaron tratamiento con RTX en 2003-2007 (n=61), el 97% recibió 2000 mg/ciclo en 2 administraciones, el 16% con pauta de retratamiento fija cada 6 meses y obtuvieron una mediana de tiempo de respuesta de 12,5 meses (IQR= 9,9-17,5). En el periodo 2008-2010 (n=172), el 80% recibió 2000 mg/ciclo y resto 1000 mg/ciclo en 1 sola administración, 10% con pauta de retratamiento fija y una mediana de respuesta de 10,8 meses (IQR=7,9-15,0). En el periodo 2011-2014 (n=183), el 62% recibió 2000mg/ciclo, 3% pauta fija cada 6 meses y con mediana de respuesta de 12,3 meses (IQR=10,6-16,3). La duración de la respuesta fue mayor en los tratamientos iniciados en 2003-2007 y 2011-2014 que en 2008-2010 ($z=0,009$ y $z=0,001$, respectivamente); no se encontraron diferencias en la duración de la respuesta en función de la dosis/ciclo: 11,4 meses (IQR=8,1-14,5) con 2000 mg/ciclo (n=273) frente a 11,4 meses (IQR=8,3-15,8) con 1000 mg/ciclo (n=76; $p>0,05$) y se observó una tendencia significativa ($z=0,027$) de menor duración de respuesta en líneas de tratamiento de RTX mayores: 12,1 meses (IQR=9,3-16,3) en 1ª línea, 11,9 meses (IQR=9,5-16,4) en 2ª línea, 11,6 (IQR=8,3-13,2) en 3ª línea, 11,7 (IQR=8,6-14,1) en 4ª línea y 9,3 meses (IQR=8,7-11,6) en 5ª línea. El 42% de los pacientes con RTX suspendieron tratamiento: 18% por ineficacia, 8% por efectos adversos y 16% por otras causas, sin encontrar diferencias en función la dosis recibida 1000 mg vs 2000 mg/ciclo ($p=0,205$).

CONCLUSIONES: El análisis de la práctica clínica sugiere que RTX se utiliza principalmente con una pauta a demanda, se observó que la duración de la respuesta es similar independientemente de la dosis utilizada y se observó un aumento en la tendencia de utilización de ciclos de 1000 mg en el periodo actual que alcanza una duración de respuesta aproximada de 12 meses.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

318. ANÁLISIS DEL USO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA

AUTORES: Horta Hernández A, Lázaro López A, Martín Alcalde E, Beitia Mazuecos JM, Vega Castro A, Molina Alcántara MC.

Hospital Universitario de Guadalajara. C/Donantes de Sangre S/N, 19002. Guadalajara. España

OBJETIVOS: Omalizumab, es un anticuerpo monoclonal indicado en la urticaria crónica espontánea en adultos y adolescentes (>12 años) que tienen respuesta insuficiente al tratamiento con anti H1. La EMA aprobó esta indicación en febrero de 2014, aunque en España sigue pendiente de la financiación pública en mayo de 2015. Los objetivos de este estudio son:

-Analizar el uso de omalizumab en pacientes con urticaria.

-Analizar la remisión de la urticaria y la medicación concomitante para el control de la urticaria a los 3 y 9 meses del inicio de omalizumab.

-Describir la seguridad de esta terapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y descriptivo desde mayo de 2013 a mayo de 2015. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de urticaria (a frigore, crónica idiopática, autoinmune, por presión, colinérgica) que estaban en tratamiento con omalizumab. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica Mambrino XXI y del módulo de dispensación ambulatoria de Farmatools.

En dos pacientes se tramitó el uso de omalizumab por asma bronquial mal controlada, y en los restantes fuera de ficha técnica al no estar financiada la indicación para urticaria en España durante el periodo del estudio.

Las variables analizadas fueron: edad del paciente al inicio de la terapia con omalizumab, tipo de urticaria, tiempo de inicio desde la urticaria, comorbilidades, IgE basal, toma de medicación concomitante, dosis y pauta de omalizumab, evolución a los 3 y 9 meses del inicio de la administración de omalizumab y efectos adversos.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes (11 mujeres y 4 hombres) con una edad media de 36 años (12-62). Diagnóstico: 46% tenían urticaria a frigore, 33% urticaria crónica idiopática, 7% urticaria autoinmune, 7% urticaria colinérgica y 7% urticaria por presión.

El tiempo medio desde el inicio de la urticaria fue de 31 meses (6-68). En cuanto a las comorbilidades, 53% presentaba angioedema, 47% sufrían rinitis, 40% asma, 27% anafilaxia y 7% hipotiroidismo primario.

Dosificación inicial: 9 pacientes tenían 150 mg/mes, 4 pacientes 300 mg/mes, 1 paciente 600 mg/mes y 1 paciente 300 mg/quincenal. A los 11 meses del inicio, el paciente con 600 mg/mes pasó a 450 mg/mes y un paciente con 150 mg/mes dobló a 300 mg/mes. La IgE basal oscilaba entre 27 y 809 ng/ml y no condicionaba la posología de omalizumab.

A los 3 meses de tratamiento, 11 de los 15 pacientes habían conseguido la remisión total de la urticaria (73%), y el 30% de los pacientes no precisaban medicación concomitante para su control incrementándose al 67% a los 9 meses. El único efecto adverso reportado fue cefalea en el 57% de los pacientes con urticaria a frigore.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes respondieron a la terapia con omalizumab a los 3 meses.

La medicación concomitante para el control de la urticaria disminuyó de forma significativa a lo largo del tratamiento.

El tratamiento con omalizumab fue bien tolerado, destacando únicamente que más de la mitad de los pacientes con urticaria a frigore presentaron cefalea.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1185. ATENCIÓN FARMACÉUTICA CON ANTIMICROBIANOS EN RESIDENCIAS SOCIO-SANITARIAS: INGRESOS HOSPITALARIOS EVITADOS

AUTORES: Hermida Cao Am, Veiga Gutierrez R, Zarra Ferro I, Garcia Lopez A, Gonzalez-Anleo Lopez C, Lamas Diaz Mj.

Complejo Hospitalario Universitario De Santiago De Compostela. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Cuantificar y analizar el número de ingresos hospitalarios evitados y por extensión su ahorro económico, tratando a los pacientes en su propio centro sociosanitario cuando es necesario el empleo de un antibiótico de uso hospitalario, siempre que su situación clínica lo permita.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional retrospectivo que se realiza en los 1010 residentes de los ocho centros sociosanitarios que tienen convenio de colaboración para la prestación farmacéutica con el Servicio de salud de la CCAA y el servicio de Farmacia del Hospital de referencia. El período del estudio abarca todo el año 2014.

La variable principal de medida es el número de tratamientos con antibióticos de uso hospitalario administrados, asumiendo que el empleo de cada uno de estos tratamientos evita el ingreso hospitalario del paciente. El número y el tipo de antibiótico intravenoso empleado se obtienen del programa informático del Servicio de Farmacia utilizado para la prescripción-validación de ordenes médicas (Silicon). De la Historia Clínica Electrónica (Ianus) se obtiene el informe de microbiología si éste ha sido solicitado.

Para estimar el ahorro económico se tiene en cuenta el coste/estancia en una unidad médica publicado en el DOGA (Diario Oficial de Galicia) en el año 2014, siendo éste de 528,98 euros. Según datos propios de nuestro hospital la duración media de un ingreso hospitalario en una unidad médica es de 10,6 días.

La variable principal se expresa en valor absoluto y frecuencia.

RESULTADOS: El número ingresos hospitalarios evitados durante el año 2014 fue de 278 ingresos. Los antibióticos intravenosos más empleados fueron amoxicilina/clavulánico (n=80, 28,8%), ceftriaxona (n=61; 21,9%), levofloxacino (n=33; 11,9%) y ciprofloxacino (n=22; 7,9%). En los siguientes casos el tratamiento antimicrobiano empleado estuvo guiado por el resultado microbiológico: aminoglucósidos (n= 22; 7,9%), carbapenemes (n= 19; 6,8%), cefepima (n=11; 3,9%), piperacilina/tazobactam (n=10; 3,6%), ceftazidima (n= 8; 2,9%) y otros (n=12; 4,3%).

En el año 2014 se produjeron 5134 ingresos en el servicio de medicina interna lo que supone una reducción del número de ingresos de un 5,4%.

El ahorro calculado debido a los ingresos hospitalarios evitados durante el año 2014 ascendió a 1.548.709 euros.

CONCLUSIONES: El tratamiento antimicrobiano de las infecciones diagnosticadas en los pacientes que residen en centros sociosanitarios es cada vez más complejo precisando en muchos casos el empleo de antibióticos de uso hospitalario debido al aislamiento de gérmenes multirresistentes. La presencia de un farmacéutico especialista en estos centros permite y asegura el uso correcto de esta terapia antimicrobiana, pudiendo evitar, en determinados casos, el ingreso hospitalario del paciente. Esto supone una ventaja tanto para el paciente, manteniéndolo en su entorno, como un importante ahorro económico para el sistema público de salud.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1247. COMBINACIÓN DE FÁRMACOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MODERADO-SEVERO, ¿CUÁNTOS?

AUTORES: Hermida Cao Am, Zarra Ferro I, Veiga Gutierrez R, Garcia Lopez A, Espino Paisan E, Lamas Diaz Mj. Complejo Hospitalario Universitario De Santiago De Compostela. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (EA) supone un elevado coste para los sistemas de salud. La asociación de dos fármacos con diferente mecanismo de acción es una práctica bastante habitual en los casos de EA moderado-severo. La guía NICE recomienda la monoterapia basándose en el estudio DOMINO, sin embargo la Guía Española de EA sostiene que la terapia en casos moderados-severos debe ser con memantina con o sin un inhibidor de la acetilcolinesterasa.

El objetivo principal es describir el estado actual de la terapia antialzheimer en los residentes de centros sociosanitarios dependientes del Servicio de Farmacia (SF) del Hospital para la prestación farmacéutica, y así estudiar el margen de mejora en el tratamiento. El objetivo secundario es describir el tratamiento concomitante que puede modificar el estado cognitivo (antipsicóticos típicos, benzodiazepinas, opioides, antidepresivos tricíclicos y antihistamínicos).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyen 438 residentes de cuatro centros sociosanitarios con convenio de colaboración para la prestación farmacéutica con el SF del Hospital de referencia.

Mediante la revisión de la historia clínica electrónica (IANUS) se selecciona a los pacientes con diagnóstico de alzheimer moderado-severo con puntuación en la escala GDS (deterioro global de Reisberg) entre 5 - 7. Se recogen datos de edad y sexo.

Los tratamientos farmacológicos de los pacientes se obtienen del programa informático Silicon, que permite la validación de las prescripciones médicas.

La variable principal se expresa en valor absoluto y frecuencia.

RESULTADOS: De los 438 residentes, se seleccionaron 47 pacientes con EA, de los cuales presentan grado moderado-severo 41 (9,4% de los residentes). 14,6% son hombres frente a 85,4% mujeres. La media de edad es de 82,02 años (DS: 7,45).

De estos 41 pacientes, 17 pacientes están a tratamiento con un único fármaco (41,5%), bien con inhibidor de la Acetilcolinesterasa o memantina, 9 con terapia combinada de memantina más inhibidor de la acetilcolinesterasa (21,9%) y a 15 (36,6%) sin tratamiento actual por EA avanzada.

En los pacientes con monoterapia el fármaco más frecuente es rivastigmina (n=6, 14,6%), donepezilo (n=5, 12,2%), memantina (n=5, 12,2%) y galantamina (n=1,2,4%).

En relación a la terapia combinada la asociación más frecuente es con donepezilo(n=5, 12,2%), seguido de rivastigmina(n=4, 9,7%) y ninguno con la combinación de memantina y galantamina.

En relación a la terapia concomitante, 6 pacientes (14,6%) tienen prescrito fármacos que pueden modificar el estado cognitivo: 2 con neurolépticos típicos, 3 con benzodiazepinas y 1 con antiespasmódico urinario.

CONCLUSIONES: La prevalencia de EA moderado-severo se aproxima a lo encontrado en la bibliografía. En nuestros pacientes es más frecuente el tratamiento con un solo fármaco frente a dos, tal y como recomienda la guía NICE (estudio DOMINO). Destaca el alto porcentaje de pacientes a los que se les ha suspendido la terapia por encontrarse en una fase avanzada de la enfermedad y en la que el beneficio/riesgo no justifica la continuación del mismo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

720. CONDICIONES DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

AUTORES: Palomo Palomo C, Ríos Sánchez E, Gándara Ladrón De Guevara Mj, García De Paredes Esteban Jc, Ca-mean Castillo M, Díaz Navarro J.

Hospital Universitario De Puerto Real. Carretera Nacional Iv, Km 665. Cádiz. España

OBJETIVO: Analizar la adecuación a los criterios de utilización establecidos en nuestro hospital de Omalizumab en urticaria crónica espontánea (UCE) y valorar la efectividad en esta indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de UCE que iniciaron tratamiento con omalizumab en el año 2014. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico de la UCE, tratamientos previos y dosis utilizada. La variable de eficacia de omalizumab en UCE se mide con la escala de valoración de urticaria "Urticaria Activity Store 7" (UAS7), con la que el paciente valora de 0 a 3 la intensidad del picor y el número de habones dos veces al día durante 7 días. La puntuación global puede ir de 0 (ninguno) a 42 (severo). Los criterios de utilización establecidos en nuestro hospital fueron: presentar $UAS7 \geq 16$, haber recibido previamente antihistamínicos H1 hasta 4 veces la posología recomendada y asociaciones con antihistamínicos H2 e inhibidores de leucotrienos y presentar síntomas de urticaria durante 8 semanas mantenidas a pesar del tratamiento. La efectividad se evaluó mediante la escala UAS7 a las 24 semanas y se realizó un seguimiento del mantenimiento de la respuesta según el UAS7 recogido en la última consulta de revisión.

RESULTADOS: Se incluyeron cuatro pacientes (tres mujeres y un hombre) diagnosticados de UCE, con una media de edad de 49,5 años (68-25 años). El tiempo desde el diagnóstico de la UCE en todos los pacientes fue superior a 5 años. La dosis de omalizumab utilizada fue de 300mg cada 4 semanas, durante un periodo de 24 semanas. Todos los pacientes se adecuaron a los criterios de utilización de omalizumab en UCE establecidos en nuestro hospital. La puntuación basal en UAS7 fue superior a 25 en los cuatro pacientes. En cuanto a la efectividad, a las 24 semanas de tratamiento la puntuación en UAS7 fue cero en todos los pacientes. Con respecto al mantenimiento de la respuesta en la última consulta de revisión, se recogieron los siguientes **RESULTADOS:** en la semana 28 un paciente presentó $UAS7=2$, en la semana 40 dos pacientes presentaron $UAS7=7$ y $UAS7=27$ respectivamente y en la semana 48 un paciente presentó $UAS7=15$.

CONCLUSIONES: Los criterios de utilización establecidos en nuestro hospital se cumplieron en todos los casos y permitieron seleccionar a aquellos pacientes refractarios a todos los tratamientos disponibles. A pesar de la limitación en el número de pacientes tratados, omalizumab mostró ser efectivo en UCE durante las 24 semanas de tratamiento. Sin embargo la efectividad parece no mantenerse una vez finalizado, alcanzando puntuaciones en UAS7 moderadas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

595. CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES HOSPITALIZADO NO CRÍTICOS

AUTORES: Rentero Redondo L, Iniesta Navalón C, Meoro Avilés A, Soriano Palao J, Egea Valera Ma, San Eustaquio Tudanca F.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Av Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de control glucémico en paciente hospitalizado no crítico, y determinar los factores asociados a la falta de cumplimiento de dichos objetivos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de referencia de área de 350 camas. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en cualquier servicio del hospital durante el año 2014 y a los que se les había realizado al menos 2 determinaciones de glucemia durante su ingreso.

Mediante revisión de la historia clínica informatizada se obtuvieron datos sociodemográficos (edad, sexo), clínicos (diagnóstico al ingreso, patologías crónicas) y administrativos (estancia hospitalaria). Los datos de las determinaciones de glucemias se obtuvieron de los dispositivos electrónicos MenaDiab®.

Las glucemias se clasificaron según el tramo horario en preprandial, postprandial y nocturnas Para establecer si se cumplían los objetivos de control nos basamos en las recomendaciones de la ADA: glucemia preprandial

Para comparar las variables cuantitativas se utilizó la prueba de la T-Student, asumiendo que cumplían el criterio de normalidad. En caso de que la variable cualitativa presentara más de dos categorías se realizó un ANOVA. Para determinar los factores asociados a la falta de cumplimiento de los objetivos se realizó un análisis de regresión logística uni y multivariante. Para todos los análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0®.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 2.610 pacientes, el 54,6% eran hombres. La edad media fue de 71,9±14,2 años (73,7% mayores de 65 años). El 73,5% de los pacientes ingresaron en un servicio médico y el resto en servicios quirúrgicos.

Los principales diagnósticos al ingreso estuvieron relacionados con enfermedades del aparato respiratorio (20,1%), circulatorio (18,8%) y sistema nervioso central (11,1%). Las patologías crónicas más prevalentes fueron la diabetes (60,9%), ERC (18,9%), EPOC (18,4%) y la ICC (17,6%).

Se analizaron un total de 49.846 glucemias (95,8% preprandiales, 2,9% postprandiales y 1,3% nocturnas) con unos valores medios de 176,7±73,9mg/dl, 250,2±108,2mg/dl y 203,2±95,3mg/dl respectivamente (p<0.001). El 66,7% cumplían al menos uno de los dos criterios establecidos. El 43,0% de los pacientes tenían una glucemia media preprandial<140mg/dl, el 66,4% de los pacientes tenían una glucemia al azar <180mg/dl. No se encontraron diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria entre los pacientes con buen y mal control glucémico (11,1±11,2 frente 10,34±9,4 días; p=0,081).

Los factores asociados a la falta de cumplimiento de los objetivos fueron la diabetes (OR:5,0[IC95%:4,1 - 6,1]), la ICC (OR: 1.5[IC95%:1,2 - 1,8]), la EPOC (OR:1.3[IC95%: 1,0 - 1,6]) y el ingreso urgente (OR:2,1 [IC95%:1,6-2,8]).

CONCLUSIONES: El control glucémico en los pacientes hospitalizados está lejos de ser el adecuado aunque no encontramos diferencias en la estancia hospitalaria entre pacientes con/sin buen control glucémico.

Hay que prestar una especial atención a los pacientes diabéticos, con ICC, EPOC y a los que ingresan de urgencias y actualizar los protocolos existentes para mejorar las pautas de insulinización, ya que con las actuales el 33,3% de los pacientes no cumplen los objetivos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

763. CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DEIABÉTICA TRATADOS CON RANIBIZUMAB Y BEVACIZUMAB

AUTORES: Macía Fuentes L, Perez Dominguez N, Rojo Alvarez-Buylla C, Fernandez Gonzalez A.

Hospital San Agustín. Camino De Heros 4. Asturias. España

OBJETIVOS: Analizar el grado de control metabólico y las comorbilidades de los pacientes con retinopatía diabética (RD) tratados con los inhibidores de VEGF Bevacizumab y Ranibizumab

Relacionar el mal control metabólico con un mayor número de dosis de inhibidores de la VEGF

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los pacientes tratados con Ranibizumab y Bevacizumab (off-label) por el servicio de Oftalmología Clínica durante el año 2013 con el diagnóstico de RD. De estos pacientes se obtuvo mediante la historia clínica SELENE® y la historia clínica de Atención Primaria OMNI-AP® las variables; sexo, edad, VEGF utilizado, número de dosis y comorbilidades asociadas (HTA, obesidad, tabaquismo, nefropatía y dislipemia). Así mismo se recogieron los últimos valores de HbA1c y realizando la mediana, se determinó si el paciente tenía un buen control metabólico (HbA1c

Para relacionar el control metabólico con el número de dosis de VEGF se utilizó el test t-student para muestras relacionadas.

RESULTADOS: Durante el 2013, 59 pacientes recibieron tratamiento para la RD, fueron excluidos del estudio 2 pacientes por no poder obtener datos de HbA1c. Un 54,5% eran hombres y un 45,5% mujeres, con una mediana de edad de 70 años. En relación a las comorbilidades un 63,2% de los pacientes presentaba HTA, dislipemia u obesidad. Del total de la muestra un 67,3% (37 pacientes) fueron tratados con Ranibizumab y un 32,7% (18 pacientes) con Bevacizumab. 5 pacientes fueron tratados con ambos fármacos, recibiendo en primer lugar Bevacizumab. El número de dosis media de fármaco administrado fue de 3.

En cuanto a la mediana de HbA1c fue de 7,4, presentando un 61,4% de los pacientes un mal control metabólico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de comorbilidades entre ambos grupos (p>0,05). El número de dosis recibidas por el grupo con mal control metabólico fue de 3 frente a 1,9 del grupo de buen control metabólico, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0,05).

CONCLUSIONES: Un peor control metabólico estaría asociado a un mayor número de dosis de los inhibidores de la VEGF.

Es necesario establecer controles adecuados de la diabetes para optimizar el tratamiento de la RD.

576. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES: Martínez Arrechea S, Guisasola Ron L, Goitia Rubio V, Quintana Basterra A, Martiarena Ayestarán A, Martínez Martínez C.

Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). José Atxotegui, S/N. Alava. España

OBJETIVO:

Establecer un proceso de conciliación de la medicación evaluando la metodología más eficiente para mejorar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde noviembre 2013 hasta octubre 2014 se desarrolló un programa de conciliación multidisciplinar, integrado en el proyecto europeo PaSQ, entre los servicios de Farmacia, Medicina Interna, un centro de Atención Primaria y un farmacéutico comunitario; programándose reuniones mensuales para la coordinación del equipo.

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron durante ese periodo en Medicina Interna y pertenecían al centro de salud participante.

Se estableció un circuito de comunicación interservicios siendo Medicina Interna el responsable de informar los ingresos y altas de su servicio. Conocidos los pacientes, Farmacia realizaba la mejor historia farmacoterapéutica al ingreso y al alta, revisando la prescripción electrónica de Atención Primaria y de ingresos previos, la historia clínica informatizada y entrevistando al paciente o cuidador. Se registraron las discrepancias: justificadas no documentadas, documentadas y no justificadas, comentándolas con el médico responsable. Al alta hospitalaria Atención Primaria realizaba conciliación contactando con el médico responsable si detectaba discrepancias no justificadas.

Se midieron dos indicadores: porcentaje de pacientes conciliados al ingreso y al alta (índice de cobertura) y el número medio de discrepancias no justificadas por paciente al ingreso y al alta.

En las reuniones mensuales, se discutían los resultados, se detectaban causas facilitadoras de discrepancias y se acordaban acciones de mejora.

RESULTADOS: Se incluyeron 189 pacientes con una edad media de 76 años. 99 mujeres y 90 hombres. El número de ingresos fue 223 (25 pacientes fueron reingresadores) y el número de altas fue 180 (se excluyeron todos los pacientes fallecidos, trasladados a otros servicios y dados de alta a residencias de ancianos con médico). El número medio de medicamentos al ingreso fue 9,7.

Farmacia presentó un índice de cobertura al ingreso de 89,2% y al alta de 77,2%. El total de discrepancias detectadas al ingreso fue 532, de las que 169 fueron no justificadas, en 89 pacientes. La media de discrepancias en los pacientes reingresadores fue 7,6. Al alta se detectaron 118 discrepancias, 59 no justificadas en 35 pacientes. La media de discrepancias no justificadas por paciente al ingreso fue 0,85 y al alta 0,42. En los meses iniciales este indicador superaba la unidad.

Atención Primaria presentó un índice de cobertura al alta del 95,1%, registró 162 discrepancias no justificadas, en 75 pacientes, con una media por paciente de 0,86.

CONCLUSIONES: La conciliación es un trabajo multidisciplinar y complejo en el que es necesario definir responsabilidades y simplificar el procedimiento para aumentar su cobertura a otros servicios.

Definimos las siguientes responsabilidades:

-Farmacia: conciliación al ingreso y conciliación al alta de pacientes reingresadores con más de 5 discrepancias al ingreso.

-Medicina Interna: especificar en el informe de alta: "medicación suspendida", "nueva" y "modificada". Concertar una cita con el centro de salud en el plazo de 5-7 días.

-Atención Primaria: conciliación al alta hospitalaria.

-Farmacéutico comunitario: formación sobre conciliación a través del grupo de seguridad del COF.

20. DOES BEGINNING A TREATMENT WITH PALIPERIDONA DEPOT DURING THE ADMISSION REDUCE HOSPITAL STAY AND/OR READMISSIONS?

AUTORES: Gozalo Esteve I, Traveria Sola G, Ramirez Nebreda N, Miralles Vera J, Fraile Gallart Mj, Ramiro Sausa N.

Hospital San Rafael. Pº Valle De Hebrón, 117-117. Barcelona. España

OBJECTIVES: Paliperidone depot(PD) seems to improve health outcomes by reducing hospital stay and readmissions. Our objective was to determine if starting antipsychotic treatment during hospitalization with PD versus risperidone depot(RD):

- reduces the stay in hospital and the number of readmissions (primary endpoint)
- influences on the discharge destination of patients (secondary endpoint)

MATERIALS AND METHODOLOGY: Retrospective observational study in a 200 bed-hospital.

Patients included:

- those who started treatment with
 - o RD from 06/01/2011 until 30/06/2012
 - o PD from 07/01/2012 until 31/07/2013.

Discharge patients admitted in a sub acute-center were excluded when measuring primary endpoint.

Measured variables: age, sex, admission diagnosis, prescribed treatment, days stayed in hospital, discharge destination and number of readmissions after 6 months.

RESULTS: RD or PD was dispensed to 98 patients during the studied period.

55 patients are included in the study. Average age:41.75(SD 13.82).

The 63.64%(n=35) were men.

The main admission diagnosis was schizophrenia(63.64%,n=35) followed by schizoaffective disorder(14.55%,n=8), psychotic disorder not otherwise specified(9.09%,n=5), delusional disorder(7.27%,n=4), bipolar disorder(3.64%,n=2) and others(1.82%,n=1). 18 patients(32.73%) began RD and 37 patients (67.27%)PD.

18 patients(32.73%) began RD: average days in hospital: 20.44(SD 6.24)

37 patients(67.27%) began PD: average days in hospital: 21.8(SD 9.52) (p=0.5832)

Discharge destination of patients who initiated RD or PD during their stay in hospital(n=77):

- house/day hospital: 55(71.43%)
- sub acute center: 21(27.27%)

Among the 71.43%(n=55), a 67.27%(n=37) had began PD during the admission(p=0.0483).

Total average readmission after 6 months: 0.2(SD 0.59)

- RD: 0.39(SD 0.85)

- PD: 0.11(SD 0.39) (p=0.0981)

CONCLUSIONS: Starting PD during hospitalization:

- Not significantly reduces hospital stay
- Influences on the discharge destination: the percentage of patients whose discharge destination is home/day hospital is significantly higher than for patients who started with RD
- Tends to reduce readmissions after 6 months

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

887. EFECTIVIDAD DE RITUXIMAB CON PAUTA A DEMANDA EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Guzmán Ramos Mi, Fobelo Lozano Mj, Uceda Montañés J, Almeida González Cv.

Área De Gestión Sanitaria Sur De Sevilla. Ava. De Bellavista, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad de una pauta de dosificación a demanda de rituximab (RTX) en pacientes con artritis reumatoide (AR).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de AR, que estaban en tratamiento con RTX entre enero 2006-febrero 2015; la recogida de datos finalizó el 31 de mayo 2015. En todos los pacientes, la administración se realizó a demanda si DAS28>3.2. Las variables recogidas fueron: edad y sexo, fecha diagnóstico, DAS28 al inicio de tratamiento, valores de factor reumatoide (FR) y anticuerpos anticardiolipina (ACPA), enfermedad erosiva, tratamientos biológicos previos, número, fecha administración y dosis de cada ciclo de RTX, tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES). A partir de estos datos se calculó el tiempo mediano de retratamiento y el número de pacientes retratados a los 8, 12, 16, 20 y 24 meses, analizando la efectividad de RTX durante un periodo de seguimiento de dos años.

RESULTADOS: Se incluyeron 57 pacientes, edad media 55 (±13) años, 70% mujeres; 93% con FR+, 31.6% con ACPA+ y 63.2% con enfermedad erosiva. El tiempo mediano de evolución de la AR al inicio de RTX fue de 8.1 años (4.5; 12.6). Todos los pacientes presentaban actividad basal alta al inicio de RTX [mediana DAS28=5.6 (4.2; 6.1);

HAQ=1.75 (1.25; 2.78)]. Previo a RTX, todos los pacientes estuvieron en tratamiento con otro biológico (24,5% con dos o más). Al inicio de RTX, el 56% (32) de pacientes estaban en tratamiento concomitante con FAMEs; el 100% de éstos sufren modificaciones del mismo durante el tratamiento con RTX: 13 pacientes disminuyen dosis, 10 aumentan dosis o adicionan nuevo FAME, 9 ambas estrategias.

El tiempo mediano de retratamiento fue de 7 meses (6; 12). Si consideramos el tiempo mediano entre los diferentes ciclos, se observó como dato más significativo que entre el ciclo 6 y 7 el p75 fue de 23 meses.

El número de pacientes retratados en los diferentes cortes cuatrimestrales fue: a los 8 meses, 55.8% (29/52); a los 12 meses, 69.4% (34/49); a los 16 meses, 80% (39/49); a los 20 meses, 81.3% (39/48); a los 24 meses, 88.6% (39/44); los no evaluados en cada corte cuatrimestral son aquellos, que se les suspende RTX antes de los dos años de seguimiento (cuatro por ineficacia y uno por reacción adversa) o, en el momento de finalizar el estudio, no han completado los dos años de tratamiento. La efectividad considerada como el número mediano de ciclos recibidos a los dos años fue de 2 (1; 3)

CONCLUSIONES: Aunque el tiempo mediano de retratamiento obtenido fue de siete meses, existen algunos pacientes que permanecen sin retratarse cerca de dos años. El 80% de los pacientes habían sido retratados a los 16 meses, la mitad con 1 ciclo de RTX y la otra mitad con 2. La pauta a demanda permitió incluso disminuir las dosis de los FAMEs concomitantes. Un análisis posterior individualizado de pacientes, permitirá valorar las posibles características que pueden afectar a la efectividad de la pauta a demanda.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

725. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POST-OPERATORIO MEDIANTE INFUSOR DE 50 HORAS FRENTE A ANALGESIA EN PERFUSIÓN INTERMITENTE

AUTORES: Luri Fernández De Manzanos M, Echeverria Gorriti A, Carrión Torre M, Burgui Alcaide C, Ortega Eslava A, Aquerreta González I.

Clínica Universidad De Navarra. Avda. Pío XII, 36. Navarra. España

OBJETIVO: Comparar la efectividad del uso de mezclas binarias de analgésicos, administradas mediante infusor de 50 horas (IC) frente a la administración de analgesia en perfusión intermitente (PI) en el control del dolor post-operatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que llevaron infusores con mezclas binarias en perfusión continua de 50 horas para el control del dolor post-operatorio desde el 1/9/14 al 31/1/15. Las mezclas utilizadas fueron: ketorolaco 120 mg + metamizol 6 g (KM), tramadol 300 mg + ketorolaco 120 mg (TK), tramadol 300 mg + metamizol 6 g (TM) o tramadol 300 mg + ondansetron 8 mg (TO).

Para evaluar la efectividad, se revisaron los valores del dolor registrados por enfermería mediante la escala visual analógica (EVA), escala de 0 a 10. Se tomaron los valores máximos y mínimos en las primeras 24 horas y máximos entre las 24 y 48 horas.

Se recogieron además otras variables: edad, peso, talla, sexo, tipo de cirugía, tipo de mezcla binaria administrada, tratamiento crónico analgésico.

Para comparar la efectividad se recogieron también los datos de una muestra de pacientes que recibieron analgesia convencional en perfusión intermitente del 1/3/14 al 30/6/14.

La comparación del EVA entre los grupos se realizó mediante el test estadístico de U de Mann-Whitney con STATA®12.

RESULTADOS: 126 pacientes recibieron mezclas binarias de analgésicos para el control del dolor post-operatorio mediante infusores de 50 horas. El 59,5% eran hombres y la mediana (rango) de edad fue de 62 años (18-86). El 42,1% eran pacientes de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), el 56,3% de Cirugía General (CG) y el resto de otros departamentos. En cuanto al tipo de cirugía, las más frecuentes fueron laparoscopias (27%) y prótesis total de cadera/rodilla (23,8%).

127 pacientes recibieron analgesia con perfusiones intermitentes de analgésicos, el 52% hombres siendo la mediana (rango) de edad 60 años (19-91). El 26,7% pertenecían a COT y el 73,3% a CG. El 30% de los pacientes se sometieron a cirugías laparoscópicas y el 15% a eventrorrafias y herniorrafias.

No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con IC y PI en edad o sexo, sí las hubo en departamento responsable.

En los valores de EVA máximos en las primeras 24 y entre las 24 y 48 horas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: media de EVA máximo en las 24 horas de 2,66 (PI) vs 3,04 (IC) (p=0,3) y de las 24 a 48 horas de 2,32 (PI) vs 2,35 (IC) (p=0,06).

Sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en los EVA mínimos, siendo la media del grupo PI 0,7 vs 0,3 en IC ($p=0,001$).

CONCLUSIONES: Con la utilización de mezclas binarias de analgésicos en infusores de 50 horas se consigue un adecuado control del dolor post-operatorio pudiéndose reducir el tiempo de enfermería y evitar el retraso en la administración de la analgesia pautada.

Se observa un mejor control del dolor en los pacientes con IC en el EVA mínimo durante las primeras 24 horas respecto a los pacientes con PI.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

428. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ABATACEPT INTRAVENOSO VERSUS SUBCUTÁNEO

AUTORES: Manresa Ramón N, Sanchez Martinez I, Garcia Motos C, Soria Soto M, Alonso Dominguez MT, Selvi Sabater P.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Avda Marques de los Velez, s/n, 030008. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad y seguridad del uso de abatacept (ABA) intravenoso y subcutáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con ABA subcutáneo o intravenoso desde 2008 a 2014 en un hospital de 412 camas.

Se recogieron datos de: edad, sexo, diagnóstico, serología (VIH, hepatitis C o B), tuberculosis, tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs), terapia biológica (TB) recibida previamente a ABA, efectividad (mediante modificación del DAS28), motivos de suspensión y efectos adversos.

Las fuentes de datos fueron historia clínica y programa informático de dispensación a pacientes externos del servicio de farmacia.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes en total, 19 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 56 años (29-79). Los diagnósticos fueron 22 pacientes con artritis reumatoide, 2 con artritis psoriásica y 1 con artritis idiopática juvenil. Hubo un paciente con VIH y 3 con tuberculosis (el 100% de pacientes con tuberculosis positiva recibieron profilaxis con Isoniazida).

De 17 pacientes que recibieron ABA intravenoso, 15 pacientes (88.2%) iniciaron en combinación con FAMEs, siendo metotrexato (86.7%) o leflunomida (13.3%). No hubo pacientes con triple terapia (TB junto a dos FAMEs). En ningún caso fue TB de inicio; 3 pacientes la recibieron en segunda línea, 6 como tercera, 5 como cuarta, 2 como quinta y 1 como sexta. La remisión o progreso de la enfermedad mediante el DAS28 se registró únicamente en 8 pacientes (47%), en el resto se determinó por parámetros clínicos y/o radiológicos. Hubo 13 pacientes (76,5%) que suspendieron ABA intravenoso, 53.8% por ineficacia y 23.1% por reacciones adversas (efecto paradójico, empeoramiento de EPOC, carcinoma basocelular). El cambio a la vía subcutánea se realizó en 3 pacientes, de los cuales 1 volvió a vía intravenosa por motivos de ineficacia terapéutica y de los otros 2, 1 suspendió por remisión y 1 continúa con ABA subcutáneo.

De 8 pacientes que recibieron ABA subcutáneo, 7 pacientes (87.5%) iniciaron en combinación con FAMEs, siendo metotrexato (28.5%), leflunomida (14.3%) o salazopirina (14.3%). Un 42,9% recibieron triple terapia. Tampoco fue TB de primera línea, 3 pacientes la recibieron en segunda línea, 2 en tercera, 2 en cuarta, 2 en quinta y 1 en sexta. La eficacia mediante el DAS28 se registró únicamente en 2 pacientes (25%), en el resto se determinó por parámetros clínicos y/o radiológicos. Hubo 3 pacientes (37.5%) que suspendieron ABA subcutáneo por ineficacia y ninguno por efectos secundarios.

CONCLUSIONES: 1. La comercialización de la forma subcutánea puede favorecer que haya más pacientes en líneas más tempranas de tratamiento debido a su mayor comodidad de administración y menor coste sanitario.

2. Se debe fomentar la asociación de triple terapia y fomentar la medición del DAS28.

3. Ambas vías de administración son seguras, registrándose menos complicaciones en la vía subcutánea.

4. La tasa de suspensión de ABA es menor en la vía subcutánea.

5. Los pacientes que inician ABA subcutáneo, en su mayoría continúan con el tratamiento hasta la fecha con buen control de la enfermedad y sin reacciones adversas importantes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1074. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE COLISTINA INHALADA

AUTORES: Pons Martinez L, Talens Bolos Ma, Herraiz Robles P, Marcos Ribes B, Perez Ferrer P, Senent Español C.

Hospital San Juan De Alicante. Ctra. Alicante - Valencia, S/N. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: Las bronquiectasias suponen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Una de las estrategias de tratamiento es el uso de antibióticos vía inhalatoria para la colonización o infección por microorganismos patógenos, en especial *Pseudomonas Aeruginosa*.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de la colistina inhalada en un hospital de referencia, así como su impacto sobre el uso de los recursos sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en tratamiento con colistina vía inhalada desde 2008 a 2014. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, diagnóstico, comorbilidades, y germen responsable) así como variables de efectividad y seguridad a partir de las historias clínicas. La efectividad se evaluó con pruebas de función pulmonar (capacidad vital forzada -FVC-, volumen espiratorio forzado -FEV1- y relación FEV1/FVC) y asistencia sanitaria (visitas a urgencias, médico de atención primaria -MAP- y especialistas; número de ingresos y días de estancia hospitalaria). La seguridad se valoró con los efectos secundarios recogidos en la historia clínica.

RESULTADOS: Se recogieron 50 pacientes. Edad media de 62 ± 20 años, 52% hombres. El 56% de los pacientes eran no fumadores. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión arterial (44%), cardiopatía isquémica (12%), diabetes (8%), dislipemia (8%), insuficiencia renal crónica (8%) y accidente cerebrovascular (8%). Con respecto a la efectividad, se recogieron los datos de las pruebas de función pulmonar: FVC $60 \pm 19\%$ del teórico, FEV1 $50 \pm 22\%$ del teórico, FEV1/FVC 60 ± 15 , y un 20% de pacientes con test de broncodilatación positivo. El germen más frecuente fue *Pseudomonas aeruginosa* (92%). La mediana de tratamiento fue de 14 meses. Se observan diferencias significativas en visitas a urgencias, MAP y especialistas ($p < 0.05$) pre y post instauración de tratamiento, aunque no en el número de ingresos y días de estancia hospitalaria antes y después del tratamiento. Sin embargo, cuando se excluyen 5 pacientes especialmente exacerbadores con problema social todos ellos, las diferencias fueron significativas tanto en visitas a especialistas ($p < 0.05$), visitas a urgencias, MAP, e ingresos antes y después de tratamiento ($p < 0.001$). Se recogieron efectos adversos en 4 casos (8%) que fueron disnea, tos y broncoespasmo, erupción cutánea y alteraciones visuales.

CONCLUSIONES: El tratamiento con colistina inhalada parece ser eficaz y seguro en el tratamiento de las bronquiectasias, además de mejorar la eficiencia en recursos sanitarios por la disminución de visitas a especialistas, MAP e ingresos hospitalarios, si bien hay un grupo de pacientes especialmente exacerbadores que deberían ser incluidos en programas especiales.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

433. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Marzal Alfaro Mb, Martín Barbero Ml, Martínez Ginés Ml, Lobato Matilla Me, Herranz Alonso A, Sanjurjo Saez M.

Hospital Gral. Univ. Gregorio Marañón. Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Fampridina ha demostrado en pacientes con esclerosis múltiple (EM) respondedores al fármaco, una mejora en torno al 25% de la velocidad de la marcha en la prueba cronometrada de los 25 pies (T25FW), después de 14 semanas de tratamiento.

La capacidad de caminar percibida por el paciente también mejoraba según la escala MSWS-12 (mayor puntuación indica menor capacidad de caminar).

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia de fampridina en la práctica clínica y describir su tolerabilidad y efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con EM en tratamiento con fampridina de Mayo de 2014 a Marzo de 2015. Los criterios de tratamiento fueron: Expanded Disability Status Scale (EDSS) > 4 y

Se recogieron variables demográficas, duración de la enfermedad y tipo de EM, EDSS, uso de ayudas para caminar y tratamiento inmunomodulador concomitante. El objetivo principal fue la mejora en la velocidad de la marcha medida por el T25FW. Como objetivos secundarios se registraron la escala MSWS-12, efectos adversos y causas de suspensión del tratamiento. Los datos se obtuvieron de la documentación clínica y la entrevista con el paciente.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes, 14 mujeres (46,7%), con 39 años de edad media ($SD=9,7$) y una duración promedio de la EM de 13,7 años ($SD=6,4$). Diecisiete pacientes (57%) presentaban EM remitente-recurrente, nueve (30%) EM secundaria-progresiva, tres (10%) EM primaria-progresiva y uno (3,3%) EM primaria-recurrente. La media del EDSS al inicio fue de 5,8 ($SD=0,9$). El 80% ($n=24$) necesitaba ayuda para caminar. El tratamiento inmunomodulador concomitante de los pacientes fue: Copaxone® (20%), Natalizumab (20%), Avonex® (10%), azatioprina (10%), Rebif® (10%), Fingolimod (3,3%) y ninguno (26,7%).

La mediana de T25FW fue de 22,9s en visita basal, disminuyendo un 32,8% a los 14 días, 30,5% a los 3 meses y 16,6% a los 6 meses. La mediana de MSWS-12 basal fue de 96,7, mejorando un 37,9% a los 14 días, 31,9% a los 3 meses y 31,0% a los 6 meses.

Veintidós pacientes (73%) continuaron el tratamiento durante todo el periodo de estudio. Ocho pacientes (27%) suspendieron el tratamiento, tres de ellos a los 15 días del inicio, dos a los 3 meses y tres a los 6 meses. Los motivos de la suspensión fueron: falta de efectividad en cuatro pacientes (50%), mala tolerancia en tres pacientes (37,5%) y falta de eficacia y tolerancia en un paciente (12,5%). Como efecto adverso grave se registraron convulsiones en un paciente.

CONCLUSIONES: Fampridina es un fármaco seguro que mejora la marcha en pacientes con EM a los seis meses de tratamiento, tanto en la velocidad de la misma como en la percepción subjetiva de los pacientes. Esta eficacia y seguridad debe ser analizada a más largo plazo para justificar su beneficio clínico y el coste del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

531. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Martínez Lopez I, Delgado Sanchez O, Nuñez Gutierrez V, Diaz Navarro R, Massot Cladera M, Moragues Benito Md.

Hospital Son Espases. Carretera Valldemosa. Islas Baleares. España

Fampridina se aprobó en abril 2014 por la Comisión Farmacoterapéutica Autonómica para mejorar la marcha en pacientes adultos con esclerosis múltiple con discapacidad en la marcha (EDSS 4-7), y considerando la continuidad del tratamiento si hay mejoría en el test de la marcha cronometrada de 25 pies-T25FW $\geq 20\%$ y de la propia percepción de discapacidad por el Cuestionario MSWS-12.

OBJETIVO: Conocer la efectividad y seguridad de fampridina en la práctica clínica comparada con el ensayo de registro MS-F203.

MATERIAL Y MÉTODOS: Variables de eficacia al inicio de tratamiento, 14 días y 6 meses: T25FW y Cuestionario MSWS-12. Cuantificación de reacciones adversas.

RESULTADOS: Desde junio 2014 a mayo 2015 (12 meses) han iniciado tratamiento con fampridina 46 pacientes, se excluyen 1 por inicio en otro país y otro por seguimiento

Clasificación esclerosis múltiple (EM): 7 pacientes EM recurrente recidivante; 28 EM secundaria progresiva; 9 EM primaria progresiva. Mediana de EDSS 5,9 (4-7). 17 pacientes reciben tratamiento modulador y 17 para la espasticidad y/o fatiga. Mediana de seguimiento 200,3 días (20-356 días).

Valores basales: promedio de velocidad T25FW 1,8 pies/segundo (0,3-3,5 pies/segundo) y promedio cuestionario MSWS-12 83,0 (47,9-103,3). Valores basales del ensayo MS-F203: promedio de velocidad T25FW 2,1 pies/segundo y promedio de cuestionario MSWS-12 68,5.

Respuesta a 2 semanas: 37 (84,1%) pacientes respondieron con mejoría $>20\%$ y mejoría en el cuestionario con 62,6 (10,4-100,0). En el ensayo MS-F203 la respuesta fue del 35% con el test de la marcha. La media de la mejora en la velocidad de la marcha de nuestros pacientes respondedores fue de 54,1% (23,8%-135,3%) frente al 25,2% (21,5-28,8% del ensayo).

Seguimiento a 6 meses: 21 pacientes tienen datos de seguimiento a los 6 meses, de los cuales 19 continúan en tratamiento y 2 han abandonado por efectos adversos (torpeza, inestabilidad, caídas, insomnio, ansiedad, estreñimiento) y falta de eficacia; 90% de mantenimiento de tratamiento a los 6 meses. Se mantuvo el beneficio con T25FW 1,89 pies/segundo y cuestionario MSW-12 56,5.

Se presentaron efectos adversos en 15 pacientes durante todo el seguimiento (estreñimiento 3; mareo 7; epigastralgia 3; cefalea 1; insomnio 1).

CONCLUSIONES: 1. El porcentaje de pacientes respondedores en nuestra cohorte es del 84,1%.

2. La efectividad definida como porcentaje de mejoría de TSW25 en nuestros pacientes es superior a la eficacia mostrada en el ensayo clínico MS-F203. La efectividad definida como porcentaje de mejoría de MSWS-12 es superior al ensayo MS-F203.

3. El porcentaje de pacientes con efectos adversos es similar al del ensayo MS-F203, aunque con un perfil diferente.

Ref. Andrew D Goodman, Theodore R Brown, Lauren B Krupp, Randall T Schapiro, Steven R Schwid, Ron Cohen, Lawrence N Marinucci, Andrew R. Blight, on behalf of the Fampridine MS-F203 Investigators. Sustained-release oral fampridine in multiple sclerosis: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet* 2009; 373: 732-38.

603. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Rodríguez Molíns E, Tenorio Abreu A, Ynfante Milá Ji, Garrido Martínez Mt, Contreras Rey Mb, Grutzmancher Saiz S.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Ronda Norte S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de los nuevos antivirales de acción directa sofosbuvir (SO), simeprevir (SI) y daclatasvir (DCV) frente a la Hepatitis Crónica por VHC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de seguimiento a pacientes mono infectados en tratamiento durante 12 semanas con sofosbuvir 400 mg comprimidos (1/24h), simeprevir 150 mg cápsulas (1/24h) y daclatasvir 60 mg comprimidos (1/24h) con o sin ribavirina (RBV) en distintas combinaciones. La variable principal para evaluar la efectividad fue la respuesta viral sostenida (carga viral y logaritmo) antes de iniciar el tratamiento, a las 2, 4 y 12 semanas. Para evaluar la seguridad se entrevistó a los pacientes en la Consulta de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria. También se recogieron datos de edad, sexo, genotipo, grado de fibrosis y tratamientos previos.

RESULTADOS: Se realizó el seguimiento a 17 pacientes, el 74.5% fueron hombres con edad media de 57 años. Los genotipos de los pacientes fueron 9/17 (53%) G1b, 5/17 (30%) G1a y 3/17 (17%) G4. El grado de fibrosis fue F4 en 15/17 (88%) y F3 en 2/17 (12%). Recibieron tratamiento previo 12 pacientes y 5 eran naive. 11/17 se trató con SO+SI, 1/17 con SO+SI+RBV, 3/17 con SO+DAC+RBV y 2/17 con SO+DAC. La carga viral inicial media antes del tratamiento fue de 643455 UI/ml (DE= 635795), con un rango de 7797 a 2205301 UI/ml y un logaritmo inicial medio de 5.45 (DE= 1.47), con un rango de 3.90 a 6.30. La carga viral media a las 2 semanas fue de 99 UI/ml (DE= 219), con un rango de 0 a 851 UI/ml, de los cuales con carga viral 0 fueron 10/17 (59%) pacientes y un logaritmo inicial medio de 2.11 (DE= 0.50) con un rango de 1.60 a 2.90. A las 4 semanas la carga viral fue 0 UI/ml, excepto en un paciente con carga de 178 UI/ml (log 2.30). A las 12 semanas la carga viral fue 0 UI/ml en todos los pacientes. 12/17 pacientes fueron asintomáticos a lo largo de todo el tratamiento, el resto presentó algún tipo de reacción adversa de carácter leve (cansancio, dolor articular, de cabeza, dolor de pecho e insomnio).

CONCLUSIONES: Los datos obtenidos en la serie estudiada muestran una alta efectividad con una disminución considerable de la carga viral desde la 2ª semana, casi total desde la 4ª y total a la 12ª semana. En cuanto a la seguridad, se muestran datos de buena tolerancia y ausencia de efectos adversos graves. Por todo ello, estos nuevos fármacos presentan buenas expectativas de curación de la infección por VHC en un futuro.

537. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN LA ENFERMEDAD GLOMERULAR RENAL DE ETIOLOGÍA INMUNE

AUTORES: Roch Santed M, Rivera Sanchez L, Segarra Medrano A, Montoro Ronsano JB.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. passeig de la vall d'hebron 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: El tratamiento estándar de las enfermedades glomerulares de etiología inmune consiste en glucocorticoides, citostáticos –ciclofosfamida-, o inmunosupresores –anticalcineuríticos o antimetabolitos-. Rituximab, un anticuerpo monoclonal frente al receptor CD20 de la membrana del linfocito, es un tratamiento potencial, empleado cada vez con más frecuencia por su acción terapéutica al depleccionar las células B. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con rituximab en el paciente con enfermedad renal autoinmune.

METODO: Estudio observacional ambispectivo, con pacientes diagnosticados de una enfermedad glomerular autoinmune y tratados con rituximab, en el periodo 2011-14, en un hospital universitario de tercer nivel. Para cada paciente, se registraron las siguientes variables: sexo, edad, enfermedad renal autoinmune; así como parámetros bioquímicos (creatinina, proteinuria, urea, tasa de filtración glomerular (TFG), glucemia, colesterol, albumina y linfocitos CD19), previos y uno y seis meses posteriores al tratamiento con rituximab; y los episodios de reacciones adversas al tratamiento. Los pacientes se identificaron a partir de los registros del SFarmacia y los datos demográficos clínicos y analíticos se recogieron de la historia clínica informatizada.

Los criterios de efectividad fueron la reducción de la cifra de proteinuria, el incremento de la albúmina sérica, con el mantenimiento de las cifras de creatinina, a los seis meses del tratamiento. El análisis estadístico consistió en una prueba t-Student-Fisher para datos apareados.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes, con una edad media de 60 años (31-85), de los cuales 18 eran mujeres (46%). Los pacientes se clasificaron en distintos grupos en función de la enfermedad de base: 10% (4/39) síndrome

nefrótico, 46% (18/39) glomerulonefritis membranosa, 5% (2/39) crioglobulinemia, 18% (7/39) lupus y 21% (8/39) otras.

34 de 39 pacientes recibieron dos dosis de rituximab 1000mg separadas por 15 días. 4 pacientes no recibieron el tratamiento completo, por presentar alergia a rituximab (3/4) y por un episodio de lipotimia (1/4) en la primera administración. Un paciente recibió hasta 5 administraciones de rituximab en 3 meses.

Los datos analíticos previos al tratamiento fueron (media (DE)): proteinuria 332.47mg/dl (262.48), albumina 3.13 g/dl (0.74), creatinina 2.03mg/ml (1.49), urea 79.27mg/dl (40.74), TGF 43.73ml/min (28.17), glucemia 103.6 mg/dl (27.92) y colesterol 236.93 mg/dl (98.3). Al mes fueron: proteinuria 406.07mg/dl (397.99), albumina 3,54 g/dl ($\pm 0,72$), creatinina 1.8 mg/ml (1.23), urea 72.18mg/dl (39.19), TGF 47.93ml/min (27.31), glucemia 102.7 mg/dl (21.29) y colesterol 243.96 mg/dl (75.28). Y a los seis meses: proteinuria 237.27mg/dl (260.98), albumina 3.78 g/dl (0.66), creatinina 2.51mg/ml (2.54), urea 85.89mg/dl (68.88), TGF 41.44ml/min (27.35), glucemia 94.83 mg/dl (19.36) y colesterol 210.29 mg/dl (59.38). La proteinuria se redujo un 13% ($P=0.03$), la albumina aumentó un 24% ($P=0.0015$) y la creatinina no presentó diferencias significativas ($P=0.15$), a los 6 meses del tratamiento con rituximab.

CONCLUSIONES: El tratamiento con rituximab reduce de forma significativa la proteinuria y análogamente aumenta la albumina en plasma, indicador de una reducción del daño renal agudo. Complementariamente, los niveles de creatinina se mantuvieron constantes, evidencia del mantenimiento de la función renal. Un 10% de los pacientes presentaron reacciones alérgicas a rituximab y tuvieron que interrumpir el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

7. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: De La Vega Zamorano I, Aparicio Rubio C, Carrascosa Piquer O, Mejía Andújar L, García del Busto Enguer N, Sánchez Alcaraz A.

Hospital Universitario de la Ribera. c/Corbera Km 1. Valencia. España

OBJETIVO: La fampridina está indicada en la mejora de la marcha en pacientes adultos con esclerosis múltiples con discapacidad en la marcha (EDSS 4-7). Este medicamento se ha autorizado de forma condicional lo que significa que se espera obtener más información sobre efectividad y seguridad por lo que estas variables se han elegido como objetivo de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se evaluaron los tratamientos con fampridina iniciados entre noviembre de 2013 y febrero de 2015 a partir de las solicitudes de inicio de tratamiento recogidas en el Servicio de Farmacia

Los datos se obtuvieron de la historia clínica de cada paciente (aplicación informática SIAS) y los anexos IIa y IIb IV de la declaración como MAISE (Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico). Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, escala EDSS (Escala Expandida del Estado de Discapacidad), prueba cronometrada de la marcha de 25 pies (T25FW), tratamientos concomitantes y reacciones adversas.

RESULTADOS: El tratamiento se inició en 21 pacientes. La distribución de estos pacientes fue la siguiente: 16 (76,2%) mujeres, edad media 49 años (25-79), 14 (66.6%) diagnosticados de esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMR-R) y el resto (33.4%) de esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMS-P). Los pacientes presentaron un EDSS medio de 4.77 ± 1.18 . Un total de 13 pacientes (61.9%) presentaron una mejoría superior al 20% (siendo la media $39.29 \pm 17.56\%$) en las primeras dos semanas, 6 (28,6%) no continuaron con el tratamiento debido a la falta de efectividad y 2 pacientes (9.5%) presentaron mala tolerancia al tratamiento que impidió la evaluación de los **RESULTADOS:** 5 pacientes (23,8%) recibieron fampridina en monoterapia, 14 (66.6%) en biterapia y 2 (9,6%) en régimen de triterapia. Las combinaciones mayoritarias fueron fampridina más natalizumab en 5 pacientes (31,25%) y fingolimod en 4 pacientes (25%). Otras combinaciones incluyeron azatioprina, glatiramer acetato, interferón beta 1-b y 1-a, teriflunomida y tetrahidrocannabinol/cannabidiol.

Durante el tratamiento, 7 pacientes (33.3%) sufrieron acontecimientos adversos, 2 de estos pacientes (9,5%) sufrieron toxicidad debido al tratamiento concomitante (alteraciones hematológicas por fingolimod) y en 5 pacientes (23,8%) se observaron efectos adversos atribuibles a la fampridina siendo estos: adormecimiento y pérdida de fuerza en extremidades, insomnio, mareo intenso y debilidad. Estos acontecimientos provocaron la bajada de dosis temporal a la mitad en 1 paciente y la imposibilidad de evaluar la efectividad del tratamiento en dos pacientes.

CONCLUSIONES: Si comparamos nuestros resultados con los ensayos que se llevaron a cabo para su autorización observamos un mayor porcentaje de sujetos que responden (61,9 % vs 40%) del mismo modo que se produce una mayor respuesta (39.29 % vs 25%). Respecto al perfil de seguridad aparecieron reacciones descritas en ficha técnica como frecuentes.

480. EFFECTIVENESS OF MORPHINE ELASTOMERIC INFUSION PUMPS AND PATIENT CONTROLLED ANALGESIA WITH MORPHINE IN ACUTE POSTOPERATIVE PAIN IN A CASE-SERIES.

AUTORES: Such Diaz A, Fuentetaja Martin L, Saez De La Fuente J, Izquierdo Garcia E, Barrueco Fernandez N, Escobar Rodriguez I.

Hospital Infanta Leonor. Gran Vía Del Este, 80. Madrid. España

OBJECTIVES: In April 2014 a protocol to improve the management of acute postoperative pain was developed. It includes the use of morphine elastomeric intravenous infusion pumps (MEP) and intravenous patient controlled analgesia with morphine (MPCA).

Our goals are to estimate the effectiveness of MEP and MPCA in the management of acute postoperative pain and to describe antiemetic and concomitant analgesic prescription pattern.

METHODS: A retrospective consecutive case-series study was performed in a 260-bed tertiary public hospital from April 2014 to February 2015.

All patients undergoing orthopedic, general or gynecologic surgery that received MEP or MPCA were included.

We evaluated MEP and MPCA treatment duration, patient pain assessment based on a pain visual analog scale (VAS) and antiemetic and concomitant analgesic prescription during MEP or MPCA treatment.

Results are expressed as mean values and standard deviation, proportions or median and quartiles, as appropriate.

RESULTS: A total of 118 patients were included in the study (82 women (69,5%), mean age of 63,8 (SD 15,9)).

106 patients (89,8%) received MEP for a median of 2 days (2, 2). 18 patients submitted to general surgery, 16 to gynecologic surgery and 72 to orthopedic surgery.

12 patients (10,2%) received MPCA for a median of 2 days (1, 2). 5 patients submitted to general surgery, 1 to gynecologic surgery and 6 to orthopedic surgery.

110 patients (93,2%) reported minimal or no pain at rest (VAS=0-3) and 100 (84,7%) reported minimal or no pain on movement during pain treatment.

5 patients reported moderate pain at rest (VAS=4-6) and 15 reported moderate pain on movement.

None of the patients reported severe pain.

3 patients were excluded because of missing pain values.

60 patients (50,8%) were prescribed two concomitants analgesics ((22) acetaminophen plus dexketoprofen).

36 patients (30,5%) were prescribed three concomitants analgesics ((29) acetaminophen, metamizol and dexketoprofen).

11 patients (9,3%) were prescribed four concomitants analgesics (acetaminophen, metamizol, dexketoprofen and tramadol).

6 patients (5,1%) were prescribed one concomitant analgesic ((5) acetaminophen).

70 patients (59,3%) were also prescribe one rescue opioid, pethidine in 39 patients and morphine in 29.

5 patients (4,2%) did not received any concomitants analgesics or rescue opioid.

Most of the patients (46, 39%) were prescribed a triple combination of antiemetics. The most frequent triple combination was metoclopramide, ondansetron and haloperidol (29).

42 patients (35,6%) were prescribed a double combinations of antiemetics ((26) metoclopramide plus ondansetron)

17 patients (14,4%) were prescribed one antiemetic ((12) metoclopramide).

8 (6,8%) patients were not prescribed any antiemetic during the treatment with morphine.

There were no serious adverse events associated with antiemetic use.

CONCLUSIONS: A 2 days course of MEP or MPCA provided effective relief to acute postsurgical pain in this case-series. They were slightly less effective in the control of pain on movement.

Most of the patients were prescribed rescue opioids and/or concomitants analgesics.

Despite of this protocol, 6,8% of patients were not prescribed any antiemetic during MEP or MPCA infusions.

Although no definite conclusions can be drawn, MEP and MPCA could be effective in acute postsurgical pain management.

1067. EFICACIA DEL ECULIZUMAB EN TRES PACIENTES CON HPN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Morales Barrios Ja, Suárez González M, Merino Alonso J, Montero Delgado A, De León Gil Ja, Jurado López Rjl.

Hospital Universitario Ntra. Sra. De La Candelaria. Carretera Del Rosario 145. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia del tratamiento con Eculizumab en tres pacientes con hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) utilizando parámetros analíticos predefinidos.

MATERIAL: Histórico de datos analíticos del paciente durante 5 años y episodios clínicos acontecidos en formato electrónico.

MÉTODOS: El centro cuenta con 3 pacientes diagnosticados de HPN y en tratamiento con Eculizumab desde 2010 hasta el presente 2015. Dos de ellos varones de 69 y 63 años y una mujer de 43.

Para evaluar la eficacia del eculizumab en nuestros pacientes se han seleccionado varios parámetros, todos ellos siguiendo extraídos del estudio pivotal de eficacia del medicamento C04-001 (TRIUMPH) y el estudio C04-002 (SHERHERD), ambos estudios de fase III, y que fueron la base de su autorización. Estos parámetros son:

- Necesidad de transfusiones desde el inicio del tratamiento
- Evolución de los niveles de LDH.
- Concentraciones de Hemoglobina.

Se hace un análisis retrospectivo de los valores analíticos de estos pacientes así como de su evolución clínica a través de la revisión de su historia clínica.

RESULTADOS: En los tres pacientes hubo una normalización de los valores de lactato deshidrogenasa en aproximadamente un mes tras iniciar el tratamiento. Estos valores se han mantenido dentro de la normalidad o ligeramente por encima durante el periodo de seguimiento, manteniéndose en una media de 225 UI/Litro... Los niveles de hemoglobina, a pesar de no lograr normalizarse, consiguen concentraciones estables durante este periodo, con una media de 10g/dl de hemoglobina.

Se consigue disminuir el número de crisis hemolíticas, de tal modo que no consta que ninguno de los tres pacientes haya necesitado de transfusión de concentrados de hematíes en el periodo de estudio. Por otra parte se reduce progresivamente la administración de corticoides en estos pacientes, siendo tan solo necesarios de manera puntual.

CONCLUSIONES: El tratamiento con Eculizumab en los pacientes de nuestro estudio ha mantenido estable la enfermedad, consiguiendo una disminución del número de crisis hemoglobinúricas así como de la dependencia de la administración de concentrados de hematíes, además de una disminución progresiva de la administración de corticoides.

175. EFICACIA Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO EN PATOLOGÍA NEOVASCULAR

AUTORES: Anido García M, Fernández Pérez A, López García Vm.

Hospital Universitario Lucus Augusti. San Cibrao, S/N. Lugo. España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: aflibercept es un nuevo medicamento antiangiogénico indicado en la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) neovascular, edema macular secundario a la oclusión de la vena retiniana (OVR) y edema macular diabético (EMD).

OBJETIVO: evaluar la eficacia y seguridad de aflibercept intravítreo tanto en pacientes pretratados con otros antiangiogénicos como en pacientes naive.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo noviembre 2014-abril 2015 de los pacientes tratados con aflibercept intravítreo. Fuentes de datos: historia clínica electrónica (Ianus®) y programa de dispensación de medicamentos a pacientes externos (Silicon®). Datos registrados: indicación, tratamiento previo con ranibizumab y/o bevacizumab y dosis recibidas, motivo de cambio a aflibercept, dosis administradas y evolución clínica. También se registró cualquier incidencia relacionada con aflibercept.

RESULTADOS: durante el periodo de estudio 32 pacientes con edad media de 75.22 años (45-94) recibieron aflibercept intravítreo, 16 hombres (50%) y 16 mujeres (50%). Indicación: DMAE 24 (75%) pacientes, EMD 4 (12.50%) pacientes, edema secundario a OVR 3 (9.37%) pacientes y teleangiectasia (indicación fuera de ficha técnica) 1 (3.13%) paciente. Recibieron tratamiento previo con otros antiangiogénicos 30 pacientes, 22 fueron tratados con

ranibizumab y a 8 pacientes se les trató tanto con ranibizumab como con bevacizumab. Las dosis medias administradas de ranibizumab fueron 9.73 (3-29) y de bevacizumab 5.37 (2-16). El motivo de cambio en estos 30 pacientes fue refractariedad a antiangiogénico previo. Se administraron 2,4 dosis medias de aflibercept (1-4). Evolución clínica: en 8 pacientes (25%) no se registró ningún dato en lanus® (pendientes de evaluar tras finalizar dosis de carga), en 5 pacientes (15.62%) se objetivó mejoría con desaparición total de líquido subretiniano (LSR), en 8 (25%) pacientes se registró mejoría con mínimo LSR residual, 5 pacientes (15.62%) experimentaron leve mejoría y 6 pacientes (18.76%) no obtuvieron mejoría. De estos 6 pacientes, uno cambia a dexametasona intravítrea y el resto están pendientes de actitud terapéutica. Destacar que de los pacientes con fallo terapéutico únicamente uno había recibido previamente ranibizumab y bevacizumab. Los 2 pacientes naive se encuentran en el grupo del que aún no se dispone de datos de eficacia. No se registró ninguna incidencia relacionada con aflibercept.

CONCLUSIONES: a pesar del corto periodo de duración del estudio y de la escasez de datos, podemos decir que aflibercept intravíteo no es muy eficaz en nuestros pacientes, si bien es cierto que pacientes refractarios a tratamientos previos y que no disponían de alternativas terapéuticas se podrían beneficiar de este nuevo medicamento. Sería deseable continuar el estudio y a la vista de resultados finales proponer un posicionamiento de la molécula que permita definir grupos de pacientes candidatos a este nuevo tratamiento. La seguridad de aflibercept intravíteo fue adecuada en todos los pacientes sin necesidad de llevar a cabo una vigilancia especial como ocurre con muchas novedades terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

294. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO

AUTORES: Villamayor Blanco L, Armesto Quintas G, De Miguel Bouzas Jc, Fortes Gonzalez Ms, Freire Vazquez Mc. Hospital Povisa. C/ Salamanca, 5. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad de la fampridina en la mejora de la marcha en pacientes adultos con Esclerosis Múltiple (EM) y con valores en la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) entre 4 y 7, tras un año de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, longitudinal y observacional de los pacientes que inician tratamiento con Fampridina en un hospital general hasta que completan un año de tratamiento.

Criterios de inclusión: Pacientes adultos con diagnóstico de EM, aclaramiento de Creatinina > 80ml/min; sin historia previa de crisis epilépticas y sin tratamiento con medicamentos inhibidores Catiónicos Orgánicos tipo 2.

Al inicio del tratamiento se realiza una valoración basal de la capacidad de caminar utilizando una prueba objetiva: Timed 25 Foot Walk (T25FW) y una subjetiva de la influencia de la discapacidad en su vida diaria: MS Walking Scale-12 (MSWS-12).

A los 14 días de tratamiento con Fampridina, 10 mg cada 12 horas, se les repiten las pruebas, siendo necesaria una mejoría superior al 20% en el T25FW y de al menos 6 puntos en la escala MSWS-12 para continuar con el tratamiento. A los que continúan se les repiten estas dos pruebas, a los 3 meses, a los 6 meses y al año.

Se recogieron las variables de edad, sexo, grado de discapacidad y diagnóstico.

La eficacia se valoró en base a los resultados de ambas pruebas y la seguridad por la aparición de reacciones adversas durante el primer año de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes, 16 mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 50,9 años (31-67 años) y un estado de discapacidad medio de 5,75 (4,5-6,5). 19 (79,16%) con diagnóstico de EM Remitente Recidivante (RR), 3 (12,5%) EM Primaria Progresiva (PP) y 2 (8,3%) EM Secundaria Progresiva (SP).

De los 24 pacientes, 21 (87,5%) han respondido satisfactoriamente al tratamiento, con una mejoría media en el T25FW de 25,12% (4,19 SD) a los 15 días, 30,6% (10,08 SD) a los 3 meses, 32,3% (11,96 SD) a los 6 meses y 42,1% (9,3 SD) al año de tratamiento y en la escala MSWS-12 de 22,15 (15,78 SD) puntos a las 2 semanas, 33,84 (19,16 SD) a los 3 meses, 41,3 (17,89 SD) a los 6 meses y 41,8 (16,93 SD) al año de tratamiento.

Tres pacientes suspendieron el tratamiento antes de completar el año, 3 (12,5%) por falta de respuesta.

Las reacciones adversas han sido poco frecuentes y bien toleradas: 1 caso de mareos (4,16%) y 1 caso de cefalea (4,16%). El resto de pacientes no presentaron ningún efecto adverso.

CONCLUSIONES: La fampridina está demostrando ser un fármaco eficaz y seguro para mejorar la marcha en pacientes con EM tras un año de tratamiento, con un aumento en la velocidad de la marcha mantenido en el tiempo en un 87,5% de los pacientes y una mínima incidencia de reacciones adversas leves y bien toleradas.

628. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FINGOLIMOD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Medina Gallego J, Lopez Suarez D, Guerra Gonzalez M, Ortiz De Urbina Gonzalez Jj, Gutierrez Gutierrez E, Alvarez Fernandez I.

Complejo Asistencial Univ. De León. Altos De Las Navas, S/N. León. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad del fingolimod en pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple (EM) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS: Estudio Observacional Retrospectivo entre febrero de 2012 hasta septiembre de 2014. Seleccionamos pacientes mayores de 18 años que lleven más de 6 meses en tratamiento con fingolimod.

Las variables demográficas que recogemos son: Edad de inicio de fingolimod, sexo, años desde el diagnóstico al inicio del fingolimod, historial de tratamientos previos. Como variables de eficacia medimos el número de brotes desde el inicio de tratamiento con fingolimod, el porcentaje de pacientes libres de brote hasta septiembre 2014, la variación en la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) en aquellos que tengan determinaciones antes y durante el tratamiento y el aumento o disminución de las lesiones en aquellos que tengan informes de Resonancia Magnética (RM) durante el tratamiento. La seguridad se definió midiendo las reacciones adversas durante el tratamiento, así como alteraciones analíticas.

RESULTADOS: 30 pacientes, 21 mujeres (70%), con una edad media al inicio del tratamiento de 39,16±6,71 años. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico al inicio de fingolimod fue 12,85±5,75 años. 29 pacientes (96,7%) habían recibido algún tratamiento inmunomodulador previo (El 93,1% había estado con algún tipo de interferón, el 62,0% con glatirámico y el 34,4% con natalizumab). Los tratamientos con interferon y glatirámico se discontinuaron por ineficacia en el 71,4%, por intolerancia en el 19,6% y por efectos secundarios en el 8,9%. La principal causa de discontinuación del natalizumab fue la aparición de anticuerpos contra el virus JC (80%).

En términos de eficacia, el 63,3% no ha presentado ningún brote. Entre los pacientes que presentan brotes, la mediana es 1 (1-5). En el 23,3% se cuantificó la valoración de la EDSS antes y durante el tratamiento y, de ellos, el 28,5% incrementó el valor de la escala (definido como aumentos iguales o superiores a 1 punto), mientras el resto (72,5%), tiene valores similares (menos de un punto de diferencia entre ambos valores). El 26,7% tiene alguna RM desde el inicio del tratamiento informándose en el 50% estabilidad de las lesiones, en el 37,5% aumento o lesiones de nueva aparición y en el 12,5% no hay RM previa para comparar el tamaño de las lesiones.

En cuanto a seguridad, no hubo ninguna suspensión definitiva de tratamiento, no se reflejó la aparición de ningún edema macular, el 20% tiene elevación de alguna enzima hepática (ALT o GGT) que se mantiene en seguimiento, el 10% tiene algún episodio de infección de orina y no hubo ninguna discontinuación de tratamiento debido a linfopenias.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren que fingolimod es un tratamiento eficaz en muchos casos de mala respuesta a interferones o glatirámico, así como un tratamiento bien tolerado y relativamente seguro, que no ha obligado a suspender hasta el momento ningún tratamiento. Nuestras conclusiones son limitadas por el pequeño tamaño muestral y un seguimiento de 31 meses en el mayor de los casos.

975. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TICAGRELOR VERSUS CLOPIDOGREL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

AUTORES: Selvi Sabater P, Gorostiza Frias I, Manresa Ramon N, Rizo Cerdá Am, Alonso Domínguez T, De Bejar Riquelme N.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Avd. Marques De Los Velez, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad de ticagrelor versus clopidogrel en el síndrome coronario agudo, en la práctica clínica diaria. Como objetivo secundario, analizar las características de los pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo incluyendo los pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo (SCA) que iniciaron tratamiento con ticagrelor y clopidogrel durante el primer semestre de 2014.

VARIABLES ESTUDIADAS: sexo, edad, hipertensión, diabetes, dislipemia, hábitos tóxicos (fumadores), tipo SCA, antecedentes de SCA y muerte por causa cardiovascular o cualquier causa, días de estancia hospitalaria e ingresos por

sangrados mayores (hemorragia intracraneal o peritoneal, necesidad de transfusión, caída de hematocrito por superior al 11%).

Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas, consulta del programa de prescripción y validación de fármacos (SAVAC®), consulta del programa informático de la historia clínica (Selene®) y consulta del programa informático de receta electrónica (Agora®).

RESULTADOS: Durante el primer semestre del año 2014 iniciaron tratamiento 30 pacientes con ticagrelor y 60 con clopidogrel.

En el grupo de ticagrelor encontramos 25 (83%) hombres y la mediana de edad fue de 60 años. En cuanto a los antecedentes: 19 (63%) tenían hipertensión arterial, 10 (33%) diabetes mellitus, 17 (57%) dislipemia, 11 (37%) eran no fumadores y 13 (43%) tenían un historial previo de SCA. En cuanto al diagnóstico, 16 (53%) de los pacientes presentaban infarto agudo de miocardio (IAM).

En el grupo de clopidogrel encontramos 42 (70%) hombres y la mediana de edad fue de 69 años. En cuanto a los antecedentes: 34 (57%) tenían hipertensión arterial, 20 (33%) diabetes mellitus, 34 (57%) dislipemia, 18 (30%) eran no fumadores y 24 (40%) tenían un historial previo de SCA. En cuanto al diagnóstico, 20 (33%) de los pacientes presentaban infarto agudo de miocardio (IAM).

La mortalidad por causa cardiovascular a los 12 meses fue del 0% en el grupo de ticagrelor y del 6,6% en el grupo de clopidogrel sin alcanzar significación estadística ($p>0,05$). La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días en ambos grupos.

En cuanto a la seguridad, no se registro ningún ingreso por sangrado mayor en ninguno de los dos grupos.

CONCLUSIONES: La proporción de hombres fue superior a la de mujeres en este grupo de pacientes con diagnóstico de SCA.

Entre los factores de riesgo, la hipertensión arterial y la dislipemia fueron los más frecuentes en estos pacientes, así como el hábito de fumador.

La mortalidad a los 12 meses en estos pacientes fue mayor en el grupo de clopidogrel, como sucede en su ensayo pivotal PLATO, aunque es necesario estudios con mayor número de pacientes para llegar a una conclusión y significación estadística.

Ambos grupos mostraron ser seguros en cuanto a tasa de sangrado mayor.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

81. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL AMIDOTRIZOATO EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

AUTORES: Yáñez Rubal JC, Mateos Salvador M, Vilaboa Pedrosa C, Zas García I, Vila Arias JM, Martín Herranz I.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Las Jubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVOS: Describir la utilización de un contraste hidrosoluble oral (amidotriazoato de meglumina + amidotriazoato sódico = Gastrografin®), para el tratamiento de la obstrucción intestinal maligna no resuelta con tratamiento conservador en pacientes con cáncer no subsidiarios de cirugía. Se analiza su eficacia y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo basado en la revisión y análisis de historias clínicas en papel y electrónicas (IANUS®), registros informáticos de cuidados de enfermería (GACELA®) e historia farmacoterapéutica (SILICON®) de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos, que presentaron un cuadro de obstrucción intestinal no operable y con marcada sintomatología incapacitante. Se recogen datos demográficos, tipo de neoplasia, dosis administradas, síntomas prevalentes y efectos secundarios tras la administración del medicamento. Para valorar la eficacia se aplica una escala numérica de 0 a 3 puntos. Se considera eficacia nula (no alivio de síntomas) y se le asignan 0 puntos; eficacia leve (alivio de 1-2 síntomas): 1 punto; eficacia moderada (alivio de ≥ 3 síntomas sin recuperación total del tránsito intestinal): 2 puntos y eficacia plena (recuperación total de la sintomatología incluyendo recuperación total del tránsito intestinal): 3 puntos.

RESULTADOS: El número de pacientes incluidos en el estudio fue 14 (12 mujeres/2 hombres), edad 74 ± 11 (50-92) años. Tipo/localización del cáncer: ovario (3 pacientes), colon (2), vejiga (2), ciego (1), endometrio (1), neuroendocrino (1), gástrico (1), leiomiomas retroperitoneal (1), mama (1) y carcinomatosis peritoneal no filiada (1). El 72% de los pacientes fallecieron durante el episodio con una media de supervivencia de 25 días (8-52) tras la administración del contraste. Se administró en dosis única en 13 pacientes y uno recibió 4 dosis. La dosis administrada: 100 mL en 12 pacientes y 50 mL en 2 pacientes. Los síntomas presentes en los pacientes previos a la administración del contraste: enlentecimiento del tránsito intestinal 100 % pacientes, 54% presentaron estreñimiento pertinaz, náuseas, vómitos, dolor abdominal e intolerancia oral a sólidos. Además: distensión abdominal (38%), anorexia (31%),

astenia (23%) y disnea (15%). El 100% de los pacientes precisaron sonda nasogástrica a bolsa/aspiración antes de la administración del Gastrografin®, sólo a 2 de los pacientes se les pudo retirar la sonda tras la administración del medicamento. Los datos de eficacia se evalúan durante los 7 días posteriores a la utilización del contraste, según la escala descrita en la metodología: 5 pacientes no sintieron alivio de ningún síntoma, 3 pacientes eficacia leve, 4 eficacia moderada y 2 pacientes presentaron eficacia plena. Media de resultados globales de eficacia: $1,2 \pm 1,1$ puntos; mediana = 1 punto. En cuanto a la seguridad, tras la administración del contraste, 4 pacientes presentaron vómitos, 2 pacientes náuseas y 1 paciente dolor abdominal, tiritona y vómitos.

CONCLUSIONES: 1/ La utilización del contraste hidrosoluble presenta una modesta eficacia en el alivio de la sintomatología producida por obstrucción intestinal maligna.

2/ Baja eficacia en la resolución total de sintomatología; sólo dos de ellos presentaron eficacia plena, que permitió retirar la sonda nasogástrica y restableció totalmente el tránsito intestinal.

3/ El 50% de los pacientes presentaron reacciones adversas leves.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

847. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR: EXPERIENCIA DE USO EN EL HOSPITAL

AUTORES: Valle Diaz De La Guardia Am, García-Valdecasas Vicci E, Caballero Romero Á, Blánquez Martínez D, Morón Romero R, González Medina Mc.

Hospital Universitario San Cecilio. Avda. Doctor Olóriz, 16. Granada. España

OBJETIVOS: Analizar la eficacia y seguridad de sofosbuvir para el tratamiento de la hepatitis C en los pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos de nuestro hospital. Además, comparar estos resultados con los publicados en la ficha técnica de este medicamento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para todos los pacientes en tratamiento con sofosbuvir, se analizaron los siguientes parámetros: fechas de inicio y fin de tratamiento, genotipo, afectación hepática, existencia o no de tratamiento previo a la terapia con sofosbuvir, combinación farmacológica utilizada en la actualidad, efectos adversos observados y si el paciente era co-infectado con VIH o no. La variable principal de eficacia establecida fue la respuesta virológica sostenida en la semana 12 (RVS-12).

RESULTADOS: Desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica del hospital (Diciembre de 2014), 74 pacientes han iniciado tratamiento con sofosbuvir, la mayoría infectados por el genotipo 1 del virus (45 pacientes) y con cirrosis (39 pacientes). Sólo 11 pacientes presentaban co-infección con el VIH. 23 pacientes eran naive, y los tratados previamente seguían la siguiente distribución: 36 con interferón y ribavirina y el resto con triple terapia (8 con telaprevir, 6 con boceprevir y 1 con simeprevir). Las combinaciones terapéuticas más utilizadas fueron sofosbuvir+simeprevir (34 pacientes) y sofosbuvir+daclatasvir (18 pacientes), asociando o no ribavirina, según el caso. Respecto a los efectos adversos observados, los más frecuentes fueron astenia (24 pacientes) artromialgias (13 pacientes) e insomnio e irritabilidad (9 pacientes). 38 pacientes permanecieron asintomáticos. A fecha de 1 de Junio, un total de 33 pacientes habían completado las 12 semanas de tratamiento y el 100% alcanzó la RVS-12. De este grupo, 22 eran del genotipo 1, 7 pacientes del genotipo 3 y 4 del genotipo 4. Sólo un paciente era co-infectado y 24 tenían diagnóstico de cirrosis. La asociación farmacológica más empleada en este grupo de pacientes fue sofosbuvir+simeprevir (23 pacientes), seguida de sofosbuvir+interferón+ribavirina (7 pacientes) y sofosbuvir+daclatasvir (3 pacientes).

CONCLUSIONES: En nuestro hospital, la eficacia de la terapia combinada con sofosbuvir ha sido superior a las tasas de respuesta mostradas en los ensayos clínicos publicados en ficha técnica. Dicha terapia ha sido bastante bien tolerada por los pacientes, observándose un perfil de seguridad semejante al descrito en la bibliografía.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

144. EFICACIA Y USO DE FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

AUTORES: Andrés Moralejo MÁ, Minguez Cabeza AC, Goitia Rubio V, Martínez Martínez C, Ibar Barriain M, Nuñez de Sologuren M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ALAVA. c/jose atxotegi s/n. Alava. España

OBJETIVO: Determinar la eficacia y uso de fampridina, fármaco autorizado con "aprobación condicional", en el contexto de nuestro hospital con ayuda del Timed 25-Foot Walk Test (T25FW), 12-Item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12) y una consulta telefónica de apreciación subjetiva de la eficacia por parte del paciente.

MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo descriptivo que incluye en su análisis a todos los pacientes a los que se les dispensó fampridina en nuestro hospital entre el 1/1/2014 y el 10/5/2015. Definimos como respondedores a pacientes que obtienen una mejoría $\geq 20\%$ en la velocidad del T25FW entre los días 0 y 14 de tratamiento. Entre estos mismos días se calculó la diferencia en puntuación para el MSWS-12, escala que evalúa las percepciones subjetivas del paciente sobre el impacto de la esclerosis múltiple (EM) en la habilidad para caminar en las últimas dos semanas. La consulta telefónica de seguimiento se realizó el día 7 post-tratamiento.

RESULTADOS: Se dispensó fampridina a un total de 26 pacientes. Fueron respondedores 16 de 23 pacientes (el 70%). 3 no se introdujeron en este cálculo por falta de datos. La mediana del incremento de la velocidad en el T25FW fue del 32% para el global, del 48% para los respondedores y del 7% para los no respondedores.

La puntuación del MSWS-12 tras 14 días de tratamiento y calculada para 21 pacientes, disminuyó con una mediana de 18% para el global, 17% para los respondedores y 13% para los no respondedores.

La consulta telefónica se realizó en 25 pacientes; el 60% (15) de estos respondió que sí apreciaba una mejoría asociada al fármaco, el 28% (7) que poca y el 12% (3) que no notaba. Cuando nos limitamos a los respondedores, estos porcentajes se convierten en 75% (12), 19% (3) y 6% (1) respectivamente.

El 77% (20) de los pacientes a los que se les dispensó fampridina continuaban con ella el día del cierre del estudio; de éstos, 6 llevaban ≤ 60 días, 7 entre 61-120 días y 7 entre 121-425 días. Todos los pacientes clasificados como respondedores seguían utilizando el fármaco a fecha de cierre del estudio. 6 pacientes no continuaban con el tratamiento en el cierre; para 5 de estos, la causa fue falta de respuesta determinada en los primeros 14 días y para el último, efectos secundarios que hicieron que el paciente abandonara el fármaco antes de los primeros 14 días.

CONCLUSIONES: Aunque la definición de respondedor en los ensayos pivotaes no fue la misma que la considerada en este estudio, se podría conjeturar una respuesta en nuestros pacientes mayor a la esperada por tales estudios.

El 70% de nuestros pacientes obtuvo una mejora en la velocidad $\geq 20\%$ en el T25FW, mientras que en el informe EPAR se afirma que agrupando los datos de los estudios MS-F202/3/4, la tasa de respondedores para el grupo con fampridina era del 37.2%.

En nuestro hospital se lleva un control individualizado, que incluye variables objetivas y subjetivas, para determinar si el paciente está obteniendo beneficio clínico atribuible a fampridina tras las dos primeras semanas de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1007. EL FARMACÉUTICO: CORRESPONSABLE EN LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE ANTIBIÓTICOS

AUTORES: Del Moral Alcazar Mc, Moreno Díaz T, Saldaña Soria R, Alcalá Sanz A, Sánchez Ruiz A, Horno Ureña F.

Complejo Hospitalario Jaen. Av. Ejército Español 10. Jaén. España

OBJETIVOS: El uso inadecuado y abusivo de antibióticos (ATB) está provocando un grave problema de salud a nivel mundial consistente en la aparición, cada vez con más frecuencia, de cepas bacterianas resistentes a los mismos. Puesto que España es uno de los países con mayor consumo de antibióticos, el objetivo de este proyecto es detectar y clasificar los errores potenciales en la prescripción de estos fármacos así como analizar y cuantificar las aportaciones farmacéuticas llevadas a cabo en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de todas las intervenciones relacionadas con antibióticos que habían sido registradas desde Febrero/2014 a Febrero/2015 en el programa de unidosis Farmatools®. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años que hubieran recibido ATB durante un ingreso en el periodo de estudio. En cuanto a las variables estudiadas se analizaron: el número de pacientes a los que se les realizó intervención, el número de intervenciones clasificadas por antibiótico, descripción de intervención realizada, servicios médicos implicados así como las aportaciones farmacéuticas llevadas a cabo. También se cuantificó el porcentaje de intervenciones aceptadas/rechazadas por el médico prescriptor. Para el tratamiento de los datos se utilizó la hoja de cálculo Excel®.

RESULTADOS: Durante el periodo estudiado se obtuvieron 257 intervenciones relacionadas con la antibioterapia para un total de 230 pacientes de las cuales, 102 fueron para Levofloxacino, 32 Amoxicilina-Clavulánico, 28 Meropenem, 20 Cirpofloxacino, 10 Ceftriaxona y 65 para el resto de ATB. El 95,7% de ellas fueron aceptadas y corregidas por el prescriptor frente 3,8% que fueron rechazadas. La "terapia secuencial" fue el tipo de intervención más realizada (77 intervenciones) seguida de "duración excesiva de tratamiento" (50), "Ajuste de dosis/pauta recomendada" (37), "Interacción/ Incompatibilidad" (23), "Modificación vía administración" (17), "Error prescripción/transcripción" (13), "Conciliación" (9) y "Alergias/Selección inadecuada" (8). El resto de descripciones sumaron un total de 23 intervenciones.

Los servicios médicos en los que se realizó un mayor número de intervenciones farmacéuticas fueron: Medicina Interna (68), Neumología (36), Cirugía General (24), Infecciosos (21) y Digestivo (20). En cuanto a las aportaciones

farmacéuticas caben destacar: corrección de error de prescripción en posología de la Amoxicilina-Clavulánico 2gr, Ceftriaxona y Vancomicina; notificación de alergias cruzadas (cefalosporinas- Amoxi-Clavulanico y penicilinas-Imipenem), comunicación de duplicidad terapéutica, recomendación de suspensión Imipenem, Levofloxacino, Linezolid o Meropenem por superar más de 15 días de tratamiento, notificación de interacciones farmacológicas (Ceftriaxona-Acenocumarol ó Levofloxacino-Rivaroxaban) y no farmacológicas (Ciprofloxacino- Dieta enteral) y recomendación de cambio a vía oral, en el caso de Levofloxacino o Linezolid.

CONCLUSIONES: Según los resultados obtenidos, queda constatada la importancia que supone el papel del farmacéutico en el uso correcto de la terapia antibiótica consiguiendo, mediante sus intervenciones, un incremento de la efectividad de los mismos así como de la minimización de problemas de salud asociados a errores de prescripción. Así mismo parece conveniente, la realización de sesiones clínicas periódicas dirigidas a los médicos prescriptores a fin de revisar y actualizar la información relacionada con los antibióticos y corregir los problemas de prescripción que pudieran haberse cometido.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

477. ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB E INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES: Almanchel Rivadeneyra M, García Molina O, Muñoz Contreras Mc, Tomás Luiz A, Ruiz Jiménez Mdm, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N, 30120. Murcia. España

OBJETIVOS: Comparar la efectividad de ADALIMUMAB (ADA) e INFLIXIMAB (IFX) y analizar los motivos de suspensión del tratamiento en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de EC tratados con ADA o IFX desde enero de 2010 a diciembre de 2014 en un hospital terciario de 863 camas. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, duración de tratamiento, terapias previas con otros biológicos y causa de suspensión del tratamiento. Para medir la efectividad se midió la duración de tratamiento de ambos fármacos. Mediante el método Kaplan-Meier se calculó la supervivencia global de ADA e IFX y se estimó la supervivencia a los 3 años. Para comprobar si existían diferencias entre ADA o IFX se utilizaron los test de log-rank y Breslow. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante tablas de contingencia con el test de Chi-cuadrado de Pearson y las variables cuantitativas mediante el análisis t-student. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra total de 158 pacientes diagnosticados de EC en tratamiento con alguno de los fármacos a estudio (ADA; n=81 e IFX; n= 77). La media de edad fue de 38 ± 14 años en el grupo de ADA y de 39 ± 13 años en el grupo de IFX ($p = 0,663$). El 50,62% y el 51,95% fueron hombres en el grupo de ADA y de IFX respectivamente ($p = 0,867$). El 77,8% de los pacientes en el grupo de ADA y el 74,4% de los pacientes en el grupo de IFX recibieron el fármaco en primera línea, mientras que el resto habían recibido tratamiento previo con IFX o ADA, respectivamente. En el momento del corte, el 47,5% de los pacientes con ADA y el 48,7% con IFX, habían suspendido el tratamiento. La mediana de supervivencia fue de 42,7 meses para ADA (IC 95% 19,7%-65,6%) y de 36 meses para IFX (IC95% 6,4%-65,5%). Los test estadísticos de comparación entre los 2 grupos de tratamiento no revelaron diferencias estadísticamente significativas (log-rank: $p=0,991$; Breslow: $p=0,621$). La supervivencia a los 3 años fue del 53,1% para ADA y del 49,5% para IFX ($p=0,75$). Las causas de discontinuación de ADA e IFX fueron: ineficacia: 47,37% y 32,43%; efectos adversos: 34,21% y 48,65%; abandono: 10,52% y 5,41%; mejora de la enfermedad: 5,3% y 5,4%; embarazo: 2,63% y 2,7%; respectivamente.

CONCLUSIONES: 1- En el tratamiento de la enfermedad de Crohn no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la duración del tratamiento entre ADA e IFX.

2- Las causas principales de suspensión del tratamiento fueron: la ineficacia en el caso de ADA y los efectos adversos en IFX.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

286. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FINGOLIMOD EN ESCLEROSIS MULTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES: Martin Barbero MI, Marzal Alfaro B, Martinez Gines MI, Lobato Matilla Me, Herranz Alonso A, Sanjurjo Saez M.

Hospital Gregorio Marañón. Dr Esquerdo 47. Madrid. España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En los últimos años se han comercializado nuevos fármacos en el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) que mejoran la eficacia y comodidad de la administración, debemos realizar un seguimiento exhaustivo de éstos pacientes para determinar la efectividad de éstos fármacos en la práctica habitual, así como los problemas de seguridad dado el nuevo perfil de efectos adversos

Nuestro objetivo es analizar la efectividad y seguridad de los pacientes en tratamiento con fingolimod tratados en nuestro hospital.

METODOLOGÍA: Fingolimod se incluyó en 2012 en la guía farmacoterapéutica del hospital para EMRR en 2ª línea y en 1ª línea en EMRR agresiva de evolución rápida.

Se realiza un estudio retrospectivo observacional a pacientes en tratamiento con fingolimod desde 2012 hasta 2014, el análisis de la eficacia y seguridad se realizó al año de tratamiento.

Las variables recogidas son: demográficas, indicación, tratamientos anteriores recibidos y duración, Nº brotes último año, EDSS previo a fingolimod y en el momento de iniciar, motivo de cambio de tratamiento y tolerancia 1ª dosis.

Las variables de respuesta y seguridad son: Nº brotes, EDSS, lesiones en RNM, efectos adversos y suspensión de tratamientos.

Los datos se obtuvieron de Documentación clínica y Prescriplant – Pacientes Externos y se registraron en una hoja Excell

RESULTADOS: Se incluyeron 20 pacientes en tratamiento con fingolimod, 80% mujeres, la edad media de 36.5 años (25-52), el 80% en 2ª línea, la media de tiempo en tratamiento con modificadores de la enfermedad fue de 7.11 años (0.3-16) y la media en tratamiento con fingolimod 1 año (0,08–2.33), el 68,75% de los pacientes había tenido tratamiento con interferon, copaxone y tysabri, el 25% con interferon y el 6.25% con interferon y copaxone, la media de nº de brotes al año previo fue de 1.25, el EDSS previo a fingolimod fue 3.26 y el incremento en el último año de 0.86, los motivos de cambio tratamiento a fingolimod fueron: 37,5% ineficacia, 38,5% seguridad (> 2 años tysabri, JC+), 6.25% por efectos adversos a otros tratamientos y un 18.75% pacientes del EC Earlims. Durante el protocolo de administración de la primera dosis de fingolimod ningún paciente sufrió alteraciones cardíacas.

El nº de pacientes con 1 año de tratamiento fue 11. La tasa de recaídas 0.18 (0-2), y la media de EDSS 3.2 (1.5-5), pacientes sin recaídas y sin progresión 90.9%, pacientes sin lesiones nuevas en RNM 54%. Un paciente suspendió el tratamiento por falta de eficacia (2 brotes). En cuanto a las reacciones adversas, el 54% presentó linfopenia, 18.18% infección urinaria, y el 9% transaminasas altas que se resolvieron sin incidencias.

CONCLUSION: Fingolimod ha resultado un medicamento eficaz y seguro, en el 90.9% de los pacientes no hubo progresión de la enfermedad, disminuyó la tasa de recaídas y ningún paciente suspendió tratamiento por RA. Es necesario, realizar éste seguimiento con mayor número de pacientes, para ello, serían útiles bases de datos compartidas con neurólogos de registros de pacientes para conocer los resultados en salud a largo plazo y a tiempo real.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

874. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORES: Valderrey Pulido M, Vicente Sanchez S, Almanchel Rivadeneyra M, Olmos Jimenez R, Garcia Molina O, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Valorar la efectividad y seguridad de infliximab en pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante (EA) en los últimos 5 años (2010-2014). Comparar la supervivencia de infliximab con los anti-TNF α subcutáneos (etanercept y adalimumab) en pacientes con EA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en un hospital terciario incluyendo todos los pacientes diagnosticados de EA y tratados con infliximab, adalimumab y etanercept durante al menos 3 meses entre Enero de 2010 y Diciembre de 2014. Para valorar la efectividad del tratamiento con infliximab se recogieron distintas variables a los 0, 12 y 60 meses de tratamiento: BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), PCR (proteína C reactiva), VSG (velocidad de sedimentación glomerular), EVA (escala visual analógica) dolor subjetiva del paciente y ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life). La optimización de los tratamientos con infliximab, se determinó mediante reducción de dosis o aumento de intervalo. Para determinar la seguridad de infliximab se recogieron las reacciones adversas indicadas en la historia del paciente. Mediante el método Kaplan-Meier se estimó la función de supervivencia y se trazaron las curvas para los dos grupos de tratamiento. Para comparar si existían diferencias de duración de tratamiento entre infliximab y los anti-TNF α subcutáneos se utilizaron los test log-rank y Breslow, mediante el paquete estadístico SPSS v 21.

RESULTADOS: Durante el período de estudio, 40 pacientes recibieron tratamiento con infliximab. La edad media de los pacientes tratados fue de 46 años [27-75]. El 72,2% de los pacientes fueron hombres. Los datos medios basales, a los 12 meses y a los 60 meses fueron: BASDAI: 5,9; 3,6 y 2,6; BASFI: 4,5; 3,0 y 2,3; VSG: 20; 14,5 y 9,5; PCR: 1,2; 0,50 y 0,39; EVA: 7,0; 3,5 y 3,0; y ASQoL: 9,8; 6,4 y 4,3. La dosis se optimizó en un 25% de los pacientes. Las reacciones adversas más comunes fueron las infecciones, seguido de otras como trastornos musculoesqueléticos y hormigueos. En la comparativa de infliximab con las formas subcutáneas (n=38) se calculó una mediana de supervivencia de 117 meses para infliximab (IC 95%, 81,4-152,5) y de 65 meses para los anti TNF α subcutáneos (adalimumab y etanercept) (IC95%, 45,1-84,8). Los test estadísticos de comparación entre los dos grupos de tratamiento no revelaron diferencias significativas (log-rank: p=0,084; Breslow: p=0,187). La supervivencia de Infliximab a los 5 años fue del 71,7% y de los anti TNF α subcutáneos fue del 50%.

CONCLUSIONES: Infliximab en todas las variables a estudio de efectividad muestra una disminución progresiva con el paso de los meses, lo que se refleja en una considerable optimización de la terapia. Los efectos adversos observados presentan un perfil de seguridad aceptable. El análisis de la supervivencia de infliximab comparada con las formas subcutáneas (adalimumab y etanercept) no demostró diferencias significativas, pese a ello se observó un aumento de la duración del tratamiento en los pacientes con infliximab.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

2. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CERTOLIZUMAMB PEGOL : ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTES

AUTORES: Mercadal Orfila G, Blasco Mascaró I, Romero Del Barco R.

Hospital General Mateu Orfila. Ronda Malbuger num 1. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Certolizumab pegol es un anticuerpo monoclonal humanizado inhibidor del TNF-alfa, cuya primera indicación fue artritis reumatoide (AR).

La aparición los medicamentos biológicos, ha constituido un pilar fundamental en el tratamiento de las patologías inflamatorias, tanto por su eficacia y seguridad, como por el incremento en la calidad de vida de estos pacientes.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los resultados en términos de efectividad, seguridad y análisis de costes con la utilización de certolizumab pegol en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron todos los pacientes que han utilizado certolizumab pegol para tratamiento de artritis reumatoide entre enero de 2012 y abril de 2014.

El horizonte temporal de estudio marcado fueron 12 meses antes y 12 después de iniciar el tratamiento con certolizumab pegol.

Se recogieron datos demográficos, bioquímicos, de efectividad, seguridad y costes.

RESULTADOS: Se estudiaron 21 pacientes de los que el 90,5% fueron mujeres, la edad media era de 56 años, el 76,2% eran naive, el 81% habían llevado algún FAME previo al inicio con certolizumab pegol, y entre las principales comorbilidades tenían depresión (38,1%), y dislipemia (33,3%).

Entre los resultados obtenidos, destacan por mostrar resultados estadísticamente significativos:

Reducción del DAS28 (de 3,85 a 2,88), reducción del número de articulaciones inflamadas (de 5 a 2,1), reducción de la VSG (de 19,35 a 10,9 mm/h), incremento del hierro sérico (de 52,13 ng/ml a 106,5 ng/ml), mayor incidencia de infecciones respiratorias (de 1 a 4 episodios), reducción del número de pruebas radiológicas (de 4 a 2 al año), y reducción de los costes en pruebas radiológicas (de 134,4 € a 49,94 € paciente/periodo de estudio).

El 33,4% de pacientes suspendieron el tratamiento por ineficacia.

Por otro lado, aunque no alcanzó la significación estadística, cabe resaltar que se redujeron los costes de la medicación ambulatoria consumida (de 652,34 € a 435,68 € paciente/periodo de estudio) así como el número de visitas al médico de familia (de 7,95 a 5,23 visitas/paciente/periodo de estudio) lo cual indica una tendencia a una utilización menor de recursos en atención primaria en los pacientes en tratamiento con certolizumab pegol.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio corrobora a nivel de práctica clínica, los buenos resultados de certolizumab pegol en el control de los pacientes con AR, así como una tendencia a reducción de costes de la medicación ambulatoria, menos visitas al médico de familia, y reducción en la solicitud de pruebas radiológicas.

828. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DEXMEDETOMIDINA EN SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: Ibañez Zurriaga Ma, Ramírez Herraiz E, Ruíz Gómez Ma, Serra Lopéz-Matencio Jm, Cidoncha Muñoz I, Morell Baladrón A.

Hospital De La Princesa. Diego De Leon 62. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: La dexmedetomidina (DEX) tiene efectos sedantes y analgésicos, sin causar depresión respiratoria, e induce un nivel de sedación donde el paciente puede abrir los ojos a la estimulación verbal, obedecer órdenes sencillas y cooperar en los cuidados de enfermería. Comparada con otros sedantes se asocia a una menor incidencia de delirio.

OBJETIVO: Revisar la utilización de DEX en pacientes con ventilación mecánica en cuanto a dosis y duración de tratamiento y características del paciente desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento con DEX en los servicios de UCI y REA desde septiembre de 2014 a mayo de 2015. Los datos se recogieron de los impresos de solicitud de "Medicamentos de Especial Prescripción" (número de historia clínica y servicio anestesia o UCI) y de los informes médicos y de enfermería del programa de datos clínicos de la intranet del hospital (dosis, duración tratamiento, indicación y características del paciente).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se incluyeron 16 pacientes, 9 hombres (56,25 %) y 7 mujeres (43,75%) con una mediana de edad de 62,5 años. De los 16 pacientes, 10 (62,50%) pacientes estuvieron ingresados en el servicio de REA, 5 (31,25%) en el de UCI y 1(6,25%) paciente en ambos servicios. En 14 (87,50) pacientes se añadió DEX al tratamiento para progresar en la desconexión de la ventilación mecánica por agitación tras retirar la sedoanalgesia con propofol y opiáceos y/o benzodiazepinas, en 1 (6,25%) paciente por síndrome de abstinencia al retirar la sedoanalgesia y en 1 (6,25%) paciente para desconectar del respirador postcirugía. La concentración de la solución de DEX fue de 4mcg/ml y el rango de dosis osciló entre 0,2-1,4 mcg/kg/h, sin utilizar dosis de carga, ajustándose en cada momento en función del nivel de sedoanalgesia deseado y la respuesta del paciente. La mediana de tratamiento fue de 7,5 días, en 2 (12,50%) pacientes la duración de tratamiento superó los 14 días indicados en la ficha técnica siendo reevaluado regularmente el tratamiento. Los motivos de ingreso en las unidades de críticos fueron politraumatismos, insuficiencia respiratoria global o shock séptico en algunos casos postcirugía y diferentes cirugías. El uso de DEX permitió la retirada o reducción de otros sedantes y analgésicos como propofol, remifentanilo, fentanilo, y midazolam.

CONCLUSIONES: La DEX se está utilizando para las indicaciones aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica en el rango de dosis indicado en la ficha técnica y en la mayoría de los pacientes con una duración de tratamiento no superior a 14 días. Sería necesario realizar un análisis farmacoeconómico ya que el coste del medicamento es bastante superior al de los otros sedantes utilizados.

851. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FILGRASTIM EN NEUTROPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS NO QUIMIOTERÁPICOS

AUTORES: Revuelta Herrero JI, García Sánchez R, Durán García Me, Anguita Velasco J, Ortega Navarro C, Sanjurjo Sáez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, Nº 46. Madrid. España

OBJETIVOS: La neutropenia inducida por fármacos no quimioterápicos es una reacción adversa idiosincrásica y poco frecuente que puede cursar con neutropenia severa (recuento absoluto de neutrófilos (RAN) 65 años, RAN

OBJETIVO: analizar el perfil de utilización de filgrastim en el tratamiento de la neutropenia inducida por fármacos no quimioterápicos en un hospital de tercer nivel. Evaluar su efectividad, seguridad y coste.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Mediante la revisión de los registros de prescripción e historia clínica electrónicos, se identificaron los pacientes adultos ingresados en el hospital durante 2014 con sospecha de neutropenia inducida por fármacos no quimioterápicos tratados con filgrastim. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), relacionadas con la neutropenia (causa de ingreso, grado, factores pronóstico negativos, clínica infecciosa, fármacos sospechosos, evolución, duración de la estancia hospitalaria), variables analíticas (RAN al inicio y final del tratamiento con filgrastim) y variables farmacoterapéuticas (posología, duración del tratamiento, servicio prescriptor, reacciones adversas y coste). Los datos se analizaron mediante una hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS: Filgrastim se prescribió a 17 pacientes [59% hombres, mediana de edad 59,5 (RIC 44,3; 68,3) años] para 18 episodios de neutropenia inducida por fármacos no quimioterápicos. El ingreso fue a consecuencia de la neutropenia en el 77,8% de los episodios. La mediana de la estancia hospitalaria en estos pacientes fue de 7 (RIC 4; 11) días. Todos los pacientes presentaron neutropenia severa (RAN)

CONCLUSIONES: Filgrastim fue utilizado en neutropenias severas inducidas por fármacos no quimioterápicos en pacientes con factores pronósticos negativos. En este contexto, dada la gravedad de la situación clínica del paciente, parece un tratamiento coste-efectivo y con un perfil de seguridad favorable.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1125. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL IMPLANTE DE DEXAMETASONA INTRAVÍTREO EN EDEMA MACULAR

AUTORES: Fernandez Marchante Ai, Vila Torres E, Franco Sereno Mt, Alañón Pardo Mm, Benet Giménez I, Encinas Barrios C.

Hospital General Ciudad Real. Ovispo Rafael Torija, S/N. Ciudad Real. España

El implante de dexametasona intravítreo (Ozurdex®) fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento en 2010 para el tratamiento de edema macular en obstrucciones venosas retinianas (EMSOVR) y en inflamación del segmento posterior del ojo en uveítis no infecciosa. Posteriormente en 2014 fue aprobado para edema macular diabético (EMD).

OBJETIVOS: Analizar las condiciones de uso del implante de dexametaxona intravítrea (DEXi) y el grado de cumplimiento del protocolo de DEXi en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó a todos los pacientes que habían sido tratados con DEXi desde Nov'2011 hasta May'2015. De las historias clínicas se recogieron por paciente: datos demográficos (edad y sexo), diagnóstico, ojo afectado, si había recibido antiangiogénico (bevacizumab o ranibizumab) previo, número de inyecciones recibidas y frecuencia entre inyecciones del antiangiogénico, tiempo desde la última administración del antiangiogénico hasta el inicio con DEXi, dosis recibidas de DEXi por ojo afectado, tiempo entre dosis DEXi y terapia farmacológica tras DEXi.

DEXi fue incluido en la Guía Farmacoterapéutica del hospital en 2012 con recomendaciones específicas para EMSOVR: tras haber recibido al menos 3 inyecciones de bevacizumab sin respuesta funcional o anatómica o si alto riesgo cardiovascular.

RESULTADOS: Se trataron con DEXi 51 pacientes (57 ojos), con una edad media de 64,5 años (DS 14,3) siendo un 56 % varones. Los diagnósticos fueron: EMSOVR 44,6%(25); EMD 41%(23); Uveítis no infecciosa 3,6%(2); edema macular secundario a (EMS) cirugía de cataratas 3,6%(2); EMS retinosis pigmentaria 1,8%(1), EMS membrana retiniana 1,8%(1), EMS enfermedad de Coast 1,8%(1) y EMS osteoma coroideo 1,8%(1).

Recibieron terapia antiangiogénica (bevacizumab) previa prácticamente todos los pacientes excepto 9, diagnosticados de: EMS uveítis no infecciosa (2), EMS cirugía de cataratas (2), EMS osteoma coroideo (1), EMSOVR (3: 2 de ellos por riesgo cardiovascular) y EMD (1). La mediana de inyecciones de antiangiogénico previas fue 3/paciente (Q1:2;Q3:3). La frecuencia de administración media entre inyecciones de antiangiogénico fue 2,5 meses (Q1:1,5;Q3:4,7). La mediana de tiempo desde la última inyección de antiangiogénico hasta el inicio con DEXi fue 5,5 meses (Q1:2,5;Q3:9) y por diagnóstico: EMD 7,9 meses (Q1:3,7;Q3:9,6) y EMSOVR 4 meses (Q1:2,8;Q3:7).

El 21% de los pacientes recibió 2 dosis de DEXi y un 3,6% 3 o más. La mediana de tiempo entre administraciones de DEXi fue de 9 meses (Q1:4,8;Q3:12,5). El 37,5% de los pacientes recibió tras DEXi, bevacizumab intravítreo.

El grado de adecuación al protocolo de DEXi en EMSOVR fue del 76%.

CONCLUSIONES: La mayoría de pacientes tratados con DEXi en nuestro hospital se agrupan en dos diagnósticos (EMSOVR y EMD), y han recibido terapia previa antiangiogénica basada en bevacizumab. La frecuencia de administración de bevacizumab supera la administración mensual y se objetiva una gran variabilidad en cuanto al periodo tiempo entre el antiangiogénico y DEXi y, entre dosis de DEXi. Se ha observado el reinicio de bevacizumab intravítreo post-DEXi.

El grado de cumplimiento del protocolo DEXi en EMSOVR ha sido aceptable. No obstante, es necesario actualizar el protocolo de DEXi en EMD.

872. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE TICAGRELOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: Tomás Luiz A, De La Cruz Murie P, Blazquez Álvarez Mj, Ruiz Jimenez Mdm, Almanchel Rivadeneyra M, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N, 30120. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la adecuación de las prescripciones de Ticagrelor y seguridad en el tratamiento antiagregante del Síndrome Coronario Agudo (SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST), tras el documento aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de todos los pacientes que iniciaron Ticagrelor durante su ingreso desde marzo de 2014 a marzo de 2015 en un hospital terciario. La adecuación de la prescripción se analizó según riesgo hemorrágico (estimado mediante escala CRUSADE) y ausencia de contraindicaciones. La seguridad se analizó cuantificando los efectos secundarios (disnea, pausas ventriculares e incrementos de los niveles de ácido úrico y creatinina después de un mes).

RESULTADOS: Se prescribió ticagrelor a 57 pacientes, 2 en tratamiento previo al ingreso y 6 sin informe, quedando una muestra final de 49 pacientes. Se utilizó dosis de carga de 180mg en 27 pacientes (55,1%) y del resto (44,9%) no se disponían datos. La dosis de mantenimiento en todos ellos fue de 90mg/12horas. Las indicaciones fueron las siguientes: Dos pacientes (4,08%) por contraindicación/resistencia a clopidogrel, 2(4,08%) por trombosis de stent en pacientes con adecuado cumplimiento y tratamiento con clopidogrel, 2(4,08%) por coronariografía selectiva sin clopidogrel, por su inicio de acción más rápido, 4(8,16%) por ser pacientes alérgicos a ácido acetil salicílico (AAS) remitidos para intervención coronaria percutánea (ICP), 11(22,45%) como 2ª elección tras clopidogrel por SCACEST remitidos para ICP con antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia renal crónica (IRC), anatomía coronaria de alto riesgo y lesiones complejas, 21(42,86%) como 2ª elección por SCASEST siendo pacientes de alto riesgo pero con bajo riesgo hemorrágico y ausencia de disfunción hepática con antecedentes de IRC o ACV previo y 7(14,29%) como 2ª elección por SCASEST tras coronariografía que muestre anatomía coronaria de alto riesgo y lesiones complejas.

En 11 pacientes (22,45%) el tratamiento se suspendió al alta; 7(14,29%) continuaron con doble antiagregación con clopidogrel+AAS y 1 con prasugrel+AAS y 4(8,16%) con terapia triple(clopidogrel+AAS+anticoagulación).

El riesgo hemorrágico fue muy bajo en 15 pacientes (30,61%), bajo en 9(18,37%), intermedio en 9(18,37%), alto en 7(14,29%) y muy alto en 7(14,29%). No se pudo estimar en 2 pacientes por no disponer de los datos necesarios.

Estaba contraindicado en 26 pacientes(53,06%): 23 por presentar riesgo hemorrágico intermedio o superior, 2 por sangrado activo, 1 por antecedentes de hemorragia intracraneal y 1 por asma.

En 10 pacientes (20,4%) aparecieron efectos adversos tras administrar Ticagrelor: 2(4,08%) presentaron rash-cutáneo/prurito, 1(2,04%) hematomas, 6(12,24%) disnea, 1(2,04%) bloqueo auriculoventricular y 1(2,04%) episodio de fibrilación auricular.

La creatinina y el ácido úrico aumentaron una media de 0.11 mg/dL(11,28%) y 1,19 mg/dL(16,80%) tras el primer mes (11 pacientes en ambos casos) y 0,25 mg/dL(18,97%) y 2,05mg/dL(30,89%) tras el segundo (10 y 8 pacientes respectivamente).

CONCLUSIONES: A pesar de las recomendaciones de la Comisión, el porcentaje de adecuación fue del 47%.

Se identifica una fuente potencial de intervención farmacéutica para mejorar el uso del fármaco y la seguridad del paciente.

262. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA MODERADO-SEVERO: 9 AÑOS DE EXPERIENCIA

AUTORES: Martínez Camacho M, Marchán Martín E, de la Osa Puebla V, Rodríguez Jiménez E, Labrador Andújar N, Senent Sánchez C.

Hospital Virgen del Valle. Ctra. Cobisa s/n. Toledo. España

OBJETIVO: Evaluar de forma retrospectiva a todos los pacientes con asma alérgico moderado-severo que fueron tratados con Omalizumab en el Servicio de Alergología del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo diagnosticados de asma alérgico moderado-severo en tratamiento con Omalizumab. El Servicio de Farmacia junto con el Servicio de Alergología, tras la selección de pacientes y revisión de su historia clínica (Urgencias, Neumología, UVI, Alergia y Atención Primaria) recopilaron los siguientes datos: edad,

sexo, hábito tabáquico, peso, sensibilizaciones alérgicas previas, años de evolución del asma, ingresos en urgencias antes y después del tratamiento, año de inicio y dosis de Omalizumab, ajustes de dosis realizados, FEV1 (volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada) e IT (Relación FEV1/FVC, siendo FVC la capacidad vital forzada) antes y durante los años consecutivos de tratamiento, exacerbaciones del asma durante el tratamiento y efectos adversos del mismo.

RESULTADOS: Se incluyeron 18 pacientes (12 mujeres (66,6%) y 6 hombres (33,3%)) con asma alérgico moderado-grave, con una media de edad de 45,6 años. 17 de ellos negaban hábito tabáquico al inicio del estudio, no obstante, 3 pacientes habían sido fumadores activos en los últimos 15 años. El 94.4% de los sujetos mostraban una sensibilización a ≥ 2 alérgenos, siendo los más frecuentes los pólenes y los epitelios. Se encontraron 10 pacientes polisensibilizados, 3 pacientes monosensibilizados a epitelios y 5 pacientes sensibilizados únicamente a pólenes; dos de los pacientes (11%) presentaban poliposis nasal asociada. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad con mal control, la media fue de 20,68 años (1-40 años), observándose como consecuencia de ello, un promedio de visitas al Servicio de Urgencia de 4,1 visitas/año, no obstante, y tras el inicio de Omalizumab, dicho promedio descendió hasta 0,11 visitas/año. 14 pacientes presentaban una función pulmonar reducida, con un FEV1 al inicio del

CONCLUSIONES: En nuestra serie, el tratamiento con Omalizumab en pacientes con asma alérgico moderado-grave induce una disminución del número de exacerbaciones y, por tanto, del número de visitas a urgencias, que se traduciría en una disminución importante del gasto sanitario. No hemos observado cambios relevantes en la FEV1 a pesar de la mejoría subjetiva de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

767. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y COSTE EN TERAPIA COMBINADA DE HIERRO CARBOXIMALTOSA Y SACAROSA VERSUS HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA

AUTORES: Recuero Galve L, Martí Gil C, Marcos Pérez G, Sánchez Gundín J, Martínez Valdivieso L, Barreda Hernández D.

Hospital Virgen De La Luz. C/Hermandad Donantes De Sangre. Cuenca. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y coste de hierro carboximaltosa (HC) en pacientes con anemia ferropénica multifactorial con/sin administración previa de hierro sacarosa (HS) y la adecuación de la prescripción de HC al protocolo existente en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (abril 2013-abril 2015) de efectividad y coste de HC en un hospital de nivel II. Se seleccionaron pacientes con anemia multifactorial y HC prescrito por el Servicio de Hematología. Se revisó la historia clínica informatizada (Mambrino XXI®) y las dispensaciones registradas en el módulo de dispensación a pacientes ambulatorios (Farmatools®).

Datos recogidos: edad, sexo, número y fecha de prescripción de HC y HS, niveles de los parámetros indicados en el protocolo [(Hemoglobina (Hb)

Se seleccionaron los pacientes con ≥ 2 administraciones de HC y se dividieron en 2 grupos:

A.- con administración previa de HS

B.- sin administración previa de HS.

Se evaluó:

- Adecuación al protocolo: cumplimiento de los valores analíticos.

- Efectividad: se midió el valor medio inicial y el incremento medio de los tres parámetros del protocolo, número medio de administraciones HC (NmAHC) y HS (NmAHS), tiempo medio entre administraciones HS (TmAHS) y HC (TmAHC).

- Coste medio (PVL y descuentos)/paciente/número medio de administraciones HC +/- HS.

RESULTADOS: Se analizaron 72 pacientes, descartándose 33 por falta de datos y 16 por tener solo una administración de HC.

Se incluyeron 23 pacientes (11 mujeres), edad media 70,9 \pm 16,6 años. 8 habían tenido una pauta previa con HS (grupo A). 9 pacientes cumplieron los 3 criterios del protocolo, 4 pacientes solo FS e IST, 6 pacientes Hb e IST y 4 pacientes solo Hb.

El valor medio inicial de cada parámetro fue: Hb grupo A 10 \pm 1,9g/dL IC95%(8,4-11,6) y grupo B 9,3 \pm 1,3g/dL IC95%(8,6-10); FS grupo A 15,8 \pm 15,4ng/mL IC95%(1,6-30) y grupo B 41,7 \pm 49,7ng/mL IC95%(14,2-69,2); IST grupo A 9,1 \pm 5,7% IC95%(4,4-13,8) y grupo B 10,8 \pm 10,6% IC95%(4,7-16,7).

El incremento de los 3 parámetros fue: Hb grupo A $2,6 \pm 2,8$ g/dL IC95%(1,6-3,6) y grupo B $0,7 \pm 2,3$ g/dL IC95%(0,06-1,3); FS grupo A $72,8 \pm 73,5$ ng/mL IC95%(46,4-99,1) y grupo B $212 \pm 452,5$ ng/mL IC95%(86,4-337,8); y el IST grupo A $14,3 \pm 10,3$ % IC95%(10,4-18,2) y grupo B $12 \pm 15,2$ % IC95%(8,3-14).

NmAHS $2,2 \pm 1,6$. NmAHC $5,9 \pm 6,3$ grupo A y $2,8 \pm 1$ grupo B; TmAHS $100,6 \pm 91,6$ días; TmAHC fue $72,3 \pm 77,4$ días grupo A y $88,3 \pm 80$ días grupo B.

Coste medio 498,29€/paciente si solo HC y 1061,18€/paciente si HS+HC.

CONCLUSIONES: La terapia combinada de HC con administración previa de HS pareció ser más eficaz frente a la monoterapia de varias dosis de HC en cuanto al incremento de Hb, aunque estos pacientes partían de valores iniciales de Hb superiores. No obstante, el número de administraciones de HC y el coste fue superior en pacientes que previamente habían iniciado tratamientos con HS. Todo ello sugiere evaluación individualizada de cada paciente según sus características basales y los objetivos de Hb, FS e IST a alcanzar.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1079. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FAMPRIDINA EN PACIENTES ADULTOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

AUTORES: Comparé Turlán V, Sanabria Sanchinel A, Gimeno Gracia M, Cumbras Sánchez Mj, Guarc Prades E, Puértolas Tena I.

Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa. San Juan Bosco 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria, progresiva y crónica que ataca al sistema nervioso central. La dificultad para caminar es la discapacidad más significativa, y aparece aproximadamente en el 50% de los pacientes tras 15-20 años de evolución de la enfermedad.

La fampridina está indicada para la mejora de la marcha en pacientes adultos con EM con discapacidad en la marcha (EDSS 4-7).

El objetivo principal del estudio es determinar la efectividad de fampridina en la mejora de la marcha en los pacientes adultos con EM mediante la valoración de la respuesta a los 15 días y a los 6 meses de iniciar el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de la historia clínica de neurología de los pacientes y de los impresos de solicitud a farmacia.

Pacientes incluidos: pacientes con EM, con un grado de discapacidad de 4-7 según la escala EDSS (Escala Expandida del Estado de Discapacidad) tratados con una dosis de fampridina de 10 mg/12h.

Parámetros medidos: prueba cronometrada de la marcha de los 25 pies (T25FW) y escala de evaluación de la movilidad en EM de los 12 ítems (MSWS-12), a los 15 días y a los 6 meses del inicio del tratamiento.

El criterio de respuesta se definió como una mejora de al menos el 20% en la T25FW y de 6 puntos en la MSWS-12.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes en el estudio. La mediana de edad fue de 48 IQ1-3(40-61) años y la proporción de mujeres fue del 62.5%. La media del tiempo de evolución de la EM fue de $15,7 \pm 6,7$ años. Respecto al tipo de EM, la proporción de pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) fue del 65.2% mientras que la proporción de pacientes con Esclerosis Múltiple Secundariamente Progresiva (EMSP) fue del 34.8%. 2 pacientes fueron excluidos porque habían sido tratados previamente con la 3,4-diaminopiridina.

13 pacientes (56.5%) respondieron al tratamiento. En ellos, la media de reducción en el T25FW fue del 39.9% y 40.6% a los 15 días y 6 meses de iniciar tratamiento, respectivamente. En cuanto al MSWS-12, la media de reducción fue de 13.2 y 25.7 a los 15 días y a los 6 meses de iniciar el tratamiento, respectivamente.

CONCLUSIONES: La fampridina ha demostrado en los ensayos clínicos tener una eficacia en aproximadamente un tercio de los pacientes (42, 9 y 35% en los ensayos clínicos pivotaes).

En este estudio, se ha obtenido un porcentaje de respuesta superior al encontrado en los ensayos clínicos y, además, la mejora ha sido mantenida durante el período de estudio e incluso ha mejorado. Cabe destacar la mejora en la percepción del paciente respecto a su discapacidad a lo largo del período de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1143. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

AUTORES: Leganés Ramos A, Esteban Casado S, Ruiz Navarrete N, Sanz Márquez S, Prieto Moix S, Pérez Encinas M. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/ Budapest sn. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de la administración de toxina botulínica tipo A (TxBA) en pacientes con migraña crónica refractaria (MCR) al tratamiento convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes adultos diagnosticados de MCR que iniciaron tratamiento con TxBA (Botox®) entre junio 2013 y febrero 2014 en nuestro hospital. Todos los pacientes recibieron entre 100 y 150UI de TxBA repartidas en 31 puntos pericraneales. Se utilizó Farmatools® ver2.5 para analizar las dispensaciones; la historia clínica electrónica Selene® para registrar variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (diagnóstico, medicación prescrita para la migraña, efectos secundarios y número de ciclos de TxBA) y una encuesta telefónica donde se recogieron los siguientes datos pre y post TxBA: número de crisis/mes, EVA basal y EVA en crisis. La variable de efectividad medida fue una reducción mayor o igual a 4 puntos en la escala EVA y reducción de 7 o más días con crisis al mes respecto al dato pre-tratamiento conforme a la literatura. La medicación se clasificó como tratamiento para el dolor agudo (AINE, triptanes, opioides y otros antimigrañosos) o profiláctico de las crisis (antiepilépticos, antidepresivos y otros).

RESULTADOS: Se incluyeron 34 pacientes con una edad media de 47,4 años [27-69], 82,4% mujeres. La media de ciclos administrados de TxBA fue de 3,5 (IC95%: 2,9-4,1) con una frecuencia media de 14,4 semanas (IC95%:13,2-15,6). Se realizó la encuesta telefónica a 24 pacientes (68,6%). Antes de administrar TxBA, la media de crisis/mes fue de 16,2 días (IC95%:13,2-19,1), EVA basal 7,5 (IC95%:6,9-8) y EVA en crisis 9,9 (IC95%:9,7-10,1). Tras administrar TxBA la media de reducción de crisis/mes fue de 9,3 días (IC95%:5,8-12,8), EVA basal 3,8 (IC95%:2,3-5,2) y EVA en crisis 0,8 (IC95%:0,1-1,6). En 13 pacientes (54,2%) el tratamiento fue efectivo para controlar el dolor basal, con una reducción media del EVA de 6,5 puntos (IC95%: 5,5-7,6) y en 15 pacientes (62,5%) para reducir el número de crisis/mes, con una reducción media de 15,1 días (IC95%:12,0-18,1), mientras que solo en 1 paciente fue efectivo para controlar el dolor durante las crisis. De los 34 pacientes, el porcentaje con prescripción de medicación para el dolor agudo fue: AINE 73,5%, triptanes 55,9%, opioides 20,6% y otros antimigrañosos 29,4%; y para profilaxis: antiepilépticos 70,6%, antidepresivos 58,8% y otros fármacos 35,2%. Tras el uso de TxBA se redujo la prescripción para el dolor agudo: AINE y triptanes un 8,8%, opioides un 2,9% y otros antimigrañosos un 14,7%; y como profilaxis: antiepilépticos un 29,4%, antidepresivos un 35,3% y otros fármacos un 20,6%. En ningún paciente se registró ningún efecto adverso grave relacionado con la TxBA.

CONCLUSIONES: La TxBA parece ser un tratamiento moderadamente efectivo como preventivo de las crisis en MCR. En nuestra población se observa una reducción en la frecuencia de las crisis así como en el dolor basal, y de la misma manera, se reduce la prescripción de otros fármacos, sobre todo los utilizados como profilaxis de las crisis de migraña. No obstante, no se aprecian diferencias respecto a la percepción del dolor durante las crisis agudas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

444. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO NEBULIZADO CON COLISTINA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES: Leganés Ramos A, Álvaro Alonso EA, Esteban Casado S, Sanz Márquez S, Steen . B, Pérez Encinas M. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. c/ Budapest sn. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de la administración nebulizada de colistina en pacientes con bronquiectasias no debidas a fibrosis quística.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes adultos con bronquiectasias no debidas a fibrosis quística tratados de manera ambulatoria con colistina nebulizada desde enero 2009 hasta marzo 2015. Se utilizó Farmatools® ver2.5 para analizar las dispensaciones, la historia clínica Selene® para registrar datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (patología de base, FEV1 y ratio FEV1/FVC en pacientes EPOC, microorganismo aislado, primer aislamiento (PA) o colonización crónica (CC), tratamientos previos, resistencias, posología, reagudizaciones (episodio agudos de inestabilidad clínica que precisa antibiótico), hospitalizaciones, duración del tratamiento, reacciones adversas (RAM) y evolución). Como variable de efectividad se determinó el tiempo hasta la primera reagudización y como variable de seguridad las RAM durante el tratamiento. Los datos se analizaron con Microsoft Excel 2007®.

RESULTADOS: Se analizaron 41 pacientes (29 varones) con edad media de 71,2 años [56-89]. Origen de las bronquiectasias: EPOC 58,54%, asma 17,07%, post-infeccioso 7,32% y otras causas 17,07%. Los pacientes EPOC eran 25% muy grave (FEV1

CONCLUSIONES: Los datos observados son similares a los descritos en la literatura, aunque con mayor predominio de Pseudomonas aeruginosa. Se observa una tendencia de mayor tiempo sin reagudización en pacientes asmáticos frente a EPOC. Aunque la colistina inhalada no tiene indicación en pacientes sin fibrosis quística parece una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de las bronquiectasias sobreinfectadas, aunque es necesario un estudio con mayor población.

1024. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE TOLVAPTÁN A LAS GUÍAS CLÍNICAS DE HIPONATREMIA

AUTORES: Bellver Albertos M, Barrajon Pérez L, Taberner Bonastre P, Seguí Gregori I, Monzo Rausell M, Soler Company E.

Arnau De Vilanova. C/San Clemente. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad, seguridad y adecuación del tratamiento con tolvaptán en los pacientes de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional de los pacientes tratados con tolvaptán durante el periodo de 1 de Enero 2013 hasta el 31 de mayo de 2015.

Las variables fueron: sexo, edad, diagnóstico, servicio prescriptor, dosis, duración del tratamiento y parámetros analíticos (Na, K, urea, creatinina y glucosa) al inicio y al final del tratamiento.

Se utilizó el programa de prescripción de dosis unitarias (Farmasyst®) y las historias clínicas electrónicas (Orion Clínic®).

RESULTADOS: Se prescribió tolvaptán en un total de 17 pacientes durante el periodo de estudio. El 35% (n=6) mujeres y el 65% (n=11) hombres, con una edad media de 74.75 años (DE±10.32).

El 70.59 % (n=12) de las prescripciones fueron realizadas por el servicio de cardiología para hiponatremia en insuficiencia cardiaca (IC) como indicación fuera de ficha técnica.

El 29.41% (n=5) fueron como hiponatremias secundarias a SIADH. De estas, 3 fueron prescritas por oncología, 1 por medicina interna y 1 por endocrino.

El 100% (n=17) de los pacientes iniciaron con una dosis de 15 mg/ 24h; en solo 4 pacientes se aumentó la dosis a 30 mg/ 24h.

La duración media del tratamiento de la hiponatremia en la IC fue de 3.38 días (DE±1.66); sin embargo en las hiponatremias secundarias a SIADH fue de 67.5 días (DE±39.97), en 3 de los casos superaron los 30 días, límite de tiempo establecido por la FDA debido al riesgo de hepatotoxicidad.

En los pacientes con hiponatremia en IC la media de niveles de Na al inicio fue de 126,38 mEq/L (DE±5,65), al final del tratamiento fue de 134,46 mEq/L (DE±5,99), de estos 75% alcanzaron niveles normales de Na en plasma. En las hiponatremias secundarias a SIADH la media de niveles de Na al inicio fue de 123,5

mEq/L (DE± 4,80) y al final del tratamiento fue de 134,5 mEq/L (DE± 4,20), 40% alcanzaron niveles normales de Na en plasma. No se registraron datos de osmolaridad plasmática y urinaria y de Na urinario, tal como recomienda la guía europea para el tratamiento de la hiponatremia.

Como efectos adversos se registraron incrementos de: K en un 41,17% (n=7) de los pacientes, de urea en un 47,05% (n=8), de creatinina 11,76% (n=2), de glucosa 52,94% (n=9) y de transaminasas en un 11.76% (n=2). No se registró ningún caso de desmielinización osmótica.

Un 58.82% (n=10) fueron éxitos.

El 35,29%(n=6) de los pacientes llevaban tratamiento previo con fármacos causantes de hiponatremia (amiodarona, IBP e ISRS).

Un 47% (n=8) de los pacientes recibió restricción hídrica, suero hipertónico y diuréticos previo al tratamiento con tolvaptán, tal como indica la guía europea.

CONCLUSIONES: En nuestro hospital detectamos una mayor prescripción de tolvaptán fuera de indicación y un exceso en la duración del tratamiento. Se requiere un protocolo de consenso multidisciplinar basado en los algoritmos y guías clínicas actualizadas de la hiponatremia que facilite su abordaje terapéutico ya que un diagnóstico correcto mejora per se la morbi-mortalidad, según la evidencia clínica.

290. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA TRAS DOS SEMANAS DE TRATAMIENTO

AUTORES: Iglesias Lambarri A, Mora Atorrasagasti O, Nuñez Ceruelo I, Ibarrondo Larramendi I, Cardenas Sierra M, Lopez De Torre Querejazu A.

Hospital De Galdakao. Barrio Labeaga S/N. Vizcaya. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de fampridina, en la mejora de la marcha en pacientes con esclerosis múltiple (EDSS4-7), tras dos semanas de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, donde se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple a los que se prescribió fampridina, desde julio de 2014 a abril de 2015. Se evaluó la eficacia objetivada a través del cambio en la velocidad de la marcha (test de los 25 pies T25FW) y el cambio en la puntuación de MSWS-12 medidas al inicio y a las dos semanas. Un incremento $\geq 20\%$ en la velocidad de la marcha y/o la disminución de 4-6 puntos en la escala MSWS-12, indican mejores habilidades motoras. Se recogieron además efectos adversos, tolerancia, y función renal.

RESULTADOS: Se incluyeron veinte pacientes (ocho varones y doce mujeres). La media de edad fue de 49 años (rango 34-70) y todos ellos presentaban función renal adecuada (CICr $> 80\text{mg/mL}$).

Tras dos semanas de tratamiento, en 15 casos se consideró eficaz el tratamiento. La disminución media en la velocidad de la marcha (TW25FW) en estos pacientes fue de 6.72 puntos (0.35-33.05) lo que significa una mejora del 29,5% (rango 5.8%-59.4%). La media de disminución en la escala MSWS-12 fue de 8.14 puntos (rango 1-15).

En cinco pacientes hubo que suspender el tratamiento: cuatro por falta de eficacia subjetiva y objetiva y uno por insomnio grave que no mejoró aun tomando solo un comprimido a la mañana.

Respecto a la seguridad, 12 pacientes toleraron bien el tratamiento; 2 pacientes describieron nerviosismo e insomnio (uno grave que obligó a suspender tratamiento); 3 pacientes describieron cefaleas, dolor torácico y mareos que mejoraron en la primera semana; en dos pacientes se presentaron alteraciones digestivas, en uno de ellos desaparecieron tras las dos primeras semanas de tratamiento, sin embargo en el otro hubo que suspender el tratamiento a los cuatro meses, y por último, un paciente presentó polaquiuria sin fiebre ni disuria. No se observó ningún paciente con crisis epilépticas, ni reacciones de hipersensibilidad (efectos adversos más graves descritos). De los quince pacientes que continuaron, 6 comentaban una mejoría leve con el tratamiento mientras que 9 de ellos describían una mejoría clara con más resistencia, más fuerza, menor rigidez y menor cansancio.

CONCLUSIONES: quince de veinte paciente que comenzaron tratamiento con fampridina continuaron el tratamiento dos semanas después, bien por haber conseguido un incremento en la velocidad de la marcha $\geq 20\%$ y/o una mejoría de 4-6 puntos en MSWS-12. Fue bien tolerado, sin aparición de efectos adversos graves, aunque dos pacientes suspendieron el tratamiento por insomnio y alteraciones digestivas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

501. EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES: Garcia Martinez T, Bravo Jose P, Saez Lleo Ci.

Residencia De La 3ª Edad. Albert Einstein, 1. Castellón De La Plana. España

OBJETIVOS: Determinar el riesgo anticolinérgico de los tratamientos y relacionar con la aparición de efectos adversos derivados (caídas, estreñimiento, sequedad de ojos) y su repercusión en el estado funcional y cognitivo. Asociar este riesgo en pacientes en tratamiento con fármacos anticolinesterásicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio transversal multicentrico de todos los pacientes institucionalizados a cargo del Servicio de Farmacia de la Residencia para personas mayores dependientes en abril del 2015. Se recogieron los datos de las historias clínicas y farmacoterapéuticas de los últimos seis meses: caídas registradas, estreñimiento o sequedad de ojos (si requirieron tratamiento con laxantes o tratamiento con colirios humectantes de manera crónica) y tratamiento farmacológico completo. La escala utilizada para medir el riesgo anticolinérgico fue la Escala de Riesgo Anticolinérgico de Rudolph et al. Se agruparon los pacientes en tres grupos: sin riesgo (SR) (valor= 0), riesgo bajo (RB) (valor= 1) y riesgo moderado/alto (RA) (valores ≥ 2). Para conocer el estado funcional y cognitivo de los pacientes se realizó: Escala Barthel (estado funcional), Tinetti (movilidad) y Mini Mental (estado cognitivo). El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico IBM Statistics SPSS® versión 19.0. Un p valor

RESULTADOS: Se incluyen 374 pacientes de tres centros, 117 son hombres (31,3%) y 257 son mujeres (68,7%) con una edad media de $82,4 \pm 8,7$ años. El 51,6 % (193 pacientes) lleva en su tratamiento algún fármaco con propiedades anticolinérgicas con una distribución de riesgo: RB 27,8 % (104 pacientes) y RA 23,8% (89 pacientes). Se registraron caídas en 123 pacientes (32,9%), estreñimiento en 139 pacientes (37,2%) y sequedad de ojos en 34 pacientes (9,1%). Se observa una tendencia a un mayor número de caídas (RA: $1,17 \pm 2,72$; RB: $0,75 \pm 1,53$; NR $0,69 \pm 1,53$) y estreñimiento (RA: 40,4%; RB: 35,6%; NR 36,5%) en pacientes con RA aunque sin llegar a la significación estadística, pero no en sequedad de ojos. En cuanto a las escalas de valoración, se observa que los pacientes con RA presentan valores inferiores de Mini-Mental ($p=0,002$). Se ha observado que 21-50% de los pacientes tra-

tados con fármacos para el tratamiento del Alzheimer tienen RA, siendo rivastigmina y memantina las que obtienen significación estadística ($p=0,001$ y $p=0,049$, respectivamente).

CONCLUSIONES: La carga anticolinérgica derivada de los fármacos con propiedades anticolinérgicas puede tener un impacto negativo en el estado funcional, cognitivo o motor en ancianos. Existen diferentes escalas para medir el riesgo anticolinérgico que podrían variar los resultados. En este estudio, aunque se observa una tendencia al aumento del número de caídas y presencia de estreñimiento, no se obtiene asociación estadísticamente significativa en los pacientes con RA. Sí se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los valores de Mini-Mental, siendo inferiores en pacientes con RA, indicando un mayor deterioro cognitivo en estos pacientes. Se observa que un elevado número de pacientes con demencia llevan simultáneamente anticolinesterásicos y anticolinérgicos, que debería derivar en una intervención para optimizar la efectividad y minimizar los efectos adversos asociados.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

548. EVOLUCIÓN DEL PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES OBESOS CON SÍNDROME METABÓLICO SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

AUTORES: Onteniente Candela M, Urbieta Sanz E, García-Molina Sáez C, Caballero Requejo C, Trujillano Ruiz A, Madrigal De Torres M.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Avd. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Analizar las modificaciones producidas en el tratamiento farmacológico de pacientes obesos con síndrome metabólico(SM) tras cirugía bariátrica(CB).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes con SM sometidos a CB con evolución postquirúrgica de al menos tres años en un hospital de Referencia de Área. Se analizó el consumo de medicamentos por receta proporcionado por la aplicación ADN® realizando cortes transversales 6 meses antes de CB y después de uno, tres y siete años (corto, medio y largo plazo). Las variables analizadas fueron número de medicamentos, número y tipo de grupo farmacológico, dosis consumidas y gasto farmacéutico. Los medicamentos se clasificaron según la ATC a nivel de subgrupo terapéutico. Solo se tuvieron en cuenta los medicamentos para patologías crónicas. Para estimar el consumo se utilizó el número de Dosis Diaria Definidas (DDD) consumidas mediante la ecuación: $(n^{\circ} \text{envases retirados} \times n^{\circ} \text{ddd envase}) / n^{\circ} \text{días del intervalo}$, calculándose de manera similar el coste de tratamiento/día.

RESULTADOS: Se incluyeron 10 pacientes. Todos fueron analizados a corto y medio plazo y solamente 3 a largo plazo. 6 meses antes de CB los pacientes tenían una media de $6,8 \pm 3,7$ fármacos prescritos que correspondían a $5,1 \pm 2,1$ subgrupos terapéuticos; el primer año post-CB $5,3 \pm 2,6$ y $4,8 \pm 2,0$; el tercer año $6,6 \pm 3,6$ y $5,5 \pm 2,3$ respectivamente, y tras siete años $3,3 \pm 1,5$ fármacos y $3,3 \pm 1,5$. El subgrupo A02 (antiácidos) se mantuvo presente durante todo el período de estudio en el 90-100% de los pacientes, con un consumo medio de $0,9 \pm 0,2$ DDD; los subgrupos A12 (suplementos minerales) y B03 (antianémicos) aparecen el primer año tras CB en el 60 y 80% de los pacientes, respectivamente, y se mantienen constantes hasta los 7 años, disminuyendo el consumo de $0,31 \pm 0,19$ y $0,37 \pm 0,2$ DDDs, en el primer año, a $0,05 \pm 0,09$ y $0,01 \pm 0,01$ a los siete. El porcentaje de pacientes con antidiabéticos (A10) descendió el primer año del 90% al 20% de los pacientes y de $1,98 \pm 1,8$ DDD consumidas a $0,24 \pm 0,55$ para después aumentar al 50% y 67%, y una media de $0,5 \pm 0,7$ y $0,53 \pm 0,5$ DDD (tras tres y siete años, respectivamente); en los subgrupos de medicamentos del sistema cardiovascular el porcentaje de prescripción a pacientes permaneció constante, antes y después de CB, pero se produjo un descenso de DDD consumidas durante el primer año, para remontar progresivamente hasta alcanzar niveles iniciales. El gasto medio diario previo a cirugía era de $4,2 \text{€} \pm 3,8$, reduciéndose a $1,5 \text{€} \pm 1,4$ durante el primer y tercer año, y situándose en $0,98 \text{€} \pm 1,3$ a los siete años tras CB.

CONCLUSIONES: Se ha podido observar un importante cambio en el perfil farmacoterapéutico sobre todo en el análisis a corto plazo. Destaca el descenso de todos los subgrupos destinados al tratamiento de los factores del síndrome metabólico (antidiabéticos, antihipertensivos e hipolipemiantes) atribuible a la rápida pérdida de peso tras la intervención, pero con posterior aumento en el consumo, debido posiblemente a la tendencia al reingorde a partir del segundo año. La prescripción de suplementos minerales y antianémicos se justifica por la reducción de la superficie absorptiva secundaria a la reducción gástrica.

La CB puede tener una repercusión relevante en la mejora de patologías de base asociadas a la obesidad y consecuentemente en el consumo de fármacos y en la reducción del gasto farmacéutico, pudiendo ser éstos buenos indicadores de los resultados a largo plazo.

839. EXPERIENCIA DE USO DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Perez Puente P, Martin Rizo L, Rivero Cava Ms, Gomez Esparrago M, Garrido Ameigueiras Mr, Fernandez Lison Lc.

Hospital San Pedro De Alcantara. Avda. Pablo Naranjo S/N. Cáceres. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y la seguridad de fampridina en pacientes con esclerosis múltiple(EM) que presentan alteraciones de la marcha.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo,de 14 meses de duración,donde se incluyó a todos los pacientes que comenzaron tratamiento con Fampridina.

Los datos del estudio se obtuvieron mediante la revisión de los formularios de solicitud específicos para este tratamiento según protocolo interno del Hospital al inicio,a las 2 y a las 12 semanas.

Las variables recogidas fueron: edad,tipo de EM,EDSS basal, tratamiento concomitante.

Resultado de las pruebas Test Multiple Sclerosis Walking Score-12(MSW12)y de la prueba cronometrada de los 25 pies(T25FW) al inicio,a las dos y doce semanas.

Como criterios de efectividad a las 2 y 12 semanas se consideró: aumento de la velocidad en el Test T25FW \geq 20%,disminución \geq 6puntos en MSW-12 con respecto a la visita de inicio y porcentaje de pacientes que cumplieron ambos requisitos.

Se hizo un registro de todos los efectos adversos descritos en los formularios a las dos semanas de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 27 Pacientes ,12 hombres,15 mujeres. 21 pacientes tenían EM tipo Remitente Recurrente ,4 Secundaria Progresiva y 2 tenían la forma Primaria Progresiva.

La EDSS basal media fue5 \pm 0.95

12 de los pacientes estaban en tratamiento con IFN B1B,9 con fingolimod, 2 con IF B1a SC,2 sin tratamiento(formas PP), 1 con IF B1a IM y otro con Acetato de Glatiramero.

De los 27 pacientes,4 no llegaron a hacerse la prueba de las 2 semanas (2 por efectos adversos y otros dos por motivos desconocidos) .

La media de la prueba de MSW al inicio fue 49,7 puntos (\pm 8.2), a las 2 semanas 35,2(\pm 6.3)y a las 12 semanas(12 pacientes)34,8 \pm 5.2

La media de la prueba de T25FW al inicio 9.89(\pm 2.5)segundos,a las 2 semanas 6.47(\pm 2,8) y a las 12 semanas(12 pacientes)4.64(\pm 1,6).

De los 23 pacientes evaluables, a las dos semanas ,19 cumplieron el criterio de efectividad de disminución \geq 6 puntos en MSW-12 y 20 el del aumento de la velocidad en el Test T25FW \geq 20%. 18 pacientes(78%)cumplieron ambos criterios.

A las 12 semanas solo tenemos recogido valores de 12 pacientes.11 pacientes cumplieron criterio de efectividad de prueba MSW-12, 10 pacientes la del aumento de la velocidad en el Test T25FW \geq 20%. 10(43%)cumplieron ambos criterios.

4(14% del total)de los pacientes comunicaron algún tipo de efecto adverso a las dos semanas(2 efectos gastrointestinales y 2cefaleas) .En dos de los casos se suspendió el tratamiento como consecuencia de efectos adversos intolerables.

CONCLUSIÓN: En nuestra práctica clínica habitual observamos un alto porcentaje de pacientes que tienen una respuesta rápida de fampridina en el aumento en la velocidad de la marcha.

No disponemos de datos suficientes para poder valorarla a largo plazo, sería necesario un seguimiento más estricto.

En general se presenta como un fármaco bastante bien tolerado y con una muy buena acogida entre los pacientes ya que cubre una laguna terapéutica de esta enfermedad altamente discapacitante.

1123. EXPERIENCIA DE USO DE INFLIXIMAB EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORES: Gutiérrez Cívicos Mdr, García Lagunar Mh, García Simón Ms, Guerrero Bautista R, Lacruz Guzmán D, Pérez Pérez Ig.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita, S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Describir las condiciones de utilización y seguridad del tratamiento con infliximab en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con infliximab como tratamiento anti-TNFalfa en la EA durante el periodo comprendido entre mayo 2008-mayo 2013 en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: demográficas, peso, test HLA-B27+, datos de laboratorio [velocidad de sedimentación globular (VSG); proteína C reactiva (PCR)], escala de intensidad del dolor [escala visual analógica (EVA)], escala de actividad (BASDAI), escala de funcionalidad (BASFI), manifestaciones clínicas, línea y tiempo en tratamiento, pauta posológica, número de dosis, tratamiento concomitante [antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs); corticoides], cambios en la pauta posológica y motivos de discontinuación.

La datos se obtuvieron de la revisión de la historia clínica informatizada (Selene®), las historias clínicas de hospital de día de Reumatología y del programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia (Savac®).

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del paquete estadístico SPSS®v20.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 34 pacientes (73,5% varones) con una edad media de 42,41±11,38 años y peso medio de 82,59±16,51 kg. El 84,1% presentaba HLA-B27+. La mediana de VSG y PCR al inicio del tratamiento fue de 17,5 mm/h (rango: 2-80) y 1,2 mg/dl (rango: 0,1-61), respectivamente. La mediana del resultado de las escalas medidas fueron: EVA=70 (0-100), BASDAI=6,5 (0-9), BASFI=5,9 (0-10). Las manifestaciones clínicas se clasificaron como: sacroileítis (n=21), lesiones dérmicas (n=9), uveítis (n=8), afectación de la cadera (n=6), sindesmitos (n=5), caña de bambú (n=4), artritis periférica (n=2), enfermedad inflamatoria intestinal (n=2) y psoriasis (n=1).

Infliximab se utilizó como primera línea de tratamiento en 32 pacientes (94,12%), como tercera línea en 1 (2,94%) y como cuarta línea en 1 (2,94%). El tiempo medio en tratamiento ha sido de 69,12±38,98 meses y el número medio de dosis administradas ha sido de 25,21±8,32. Como tratamiento concomitante asociado a infliximab se han utilizado: AINEs (n=14; 41,18%), FAMEs (n=1; 2,94%), corticoides (n=1; 2,94%), AINEs y FAMEs (n=4; 11,77%), AINEs y corticoides (n=1; 2,94%) y AINEs, FAMEs y corticoides (n=5; 14,71%)

La pauta posológica inicial de infliximab fue de 5 mg/kg cada 8 semanas. Dicha pauta se modificó en 15 pacientes (44,12%) repartidos en 13 disminuciones de intervalo y 10 aumentos de intervalo. Durante el estudio, 10 pacientes (24,41%) interrumpieron el tratamiento por los siguientes motivos: reacciones adversas (n=4; 11,8%), retiradas voluntarias (n=3; 8,8%), fracaso terapéutico (n=2; 5,9%) y traslado (n=1; 2,9%). En relación con el desarrollo de reacciones adversas, se han descrito 3 reacciones infusionales y 1 lesión cutánea.

CONCLUSIONES: En la gran mayoría de los pacientes de nuestro estudio se ha utilizado infliximab como terapia biológica en primera línea en el diagnóstico EA.

La manifestación clínica más prevalente fue la sacroileítis seguida de las lesiones dérmicas.

AINEs fue el tratamiento concomitante más prescrito, solo o asociado a FAMEs y corticoides.

Se modificó el intervalo en casi la mitad de los pacientes, no produciéndose ninguna modificación en la dosis de infliximab.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

762. EXPERIENCIA DEL USO DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA REFRACTARIA

AUTORES: Saavedra Mitjans M, Villamarin Vallejo L, Aguilera Jimenez V, Sanchez Martinez Ma, Serra Baldrich E, Mangues Bafalluy Ma.

Hospital De La Santa Creu I Sant Pau. Carrer De Sant Quintin, 89. Barcelona. España

La urticaria crónica espontánea(UCE) refractaria se define como la presencia de habones y/o angioedema durante ≥6 semanas que no responde al tratamiento con antihistamínicos anti-H1.

Nuestro centro dispone de un protocolo aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica(CFT) para tratamiento de la UCE refractaria con omalizumab en combinación con anti-H1. La dosis autorizada de omalizumab es de 300mg/mes, pero el protocolo permite el cambio a 450mg o 150mg según la respuesta al tratamiento tras la 3ªdosis. El incremento/reducción de la dosis respecto la aprobada en ficha técnica se basa en el mecanismo de acción y los resultados de los ensayos de comercialización.

OBJETIVOS: Caracterizar el uso de omalizumab en pacientes con UCE según el protocolo off-label aprobado por la CFT del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel (octubre2014-mayo2015). Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de UCE refractaria tratados con omalizumab.

Se obtuvieron los datos demográficos, dosis administradas, datos de eficacia (reducción en la puntuación test UAS7), reacciones adversas y causas de continuación/suspensión del tratamiento más allá de los 6 meses. Los datos se obtuvieron del registro de dispensaciones y la historia clínica del paciente.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 22 pacientes (población del análisis de seguridad), 13 hombres y 9 mujeres, con una media de edad de 51 años (15-71). Todos habían recibido antiH1, el 63.6%(14/22) ciclosporina y/o montelukast y un 77,27%(17/22) dosis puntuales de corticoides.

En el momento del análisis de los datos, 16 de los 22 pacientes habían completado las tres primeras dosis de omalizumab (población del análisis de eficacia) y se ajustó la pauta según el protocolo y la respuesta al tratamiento. En el 68,8%(11/16) de los pacientes se redujo la dosis a 150 mg, mientras que en el 25%(4/16) de los casos fue necesario incrementarla a 450mg.

El 55%(11/16) de los pacientes completaron 6 dosis de omalizumab, el 45,5% recibió la pauta de 450mg y el 45,5% la de 150mg. Todos los pacientes que estaban recibiendo la pauta reducida presentaron resolución del cuadro de UCE, y se paró el tratamiento tras la sexta dosis. No obstante tres pacientes recayeron (tras 1 mes [2 pacientes] y 5 meses) y se reinició el tratamiento, consiguiendo nuevamente control de síntomas.

Se dispone de datos de seguridad de pacientes tratados con más de 6 dosis de omalizumab (8 pacientes). No se describieron efectos adversos graves. En un paciente se suspendió el tratamiento por empeoramiento de la urticaria tras la primera dosis. En 2 pacientes se sospechó de ineficacia asociada a anticuerpos anti-omalizumab pero las pruebas de laboratorio no fueron concluyentes.

CONCLUSIONES: Es posible conseguir el control de la UCE con dosis de omalizumab inferiores a las autorizadas.

Generalmente son necesarios tratamientos con omalizumab superiores a 6 meses para mantener el control de la UCE refractaria.

Dosis superiores a las autorizadas o mayores tiempos de tratamiento no se han asociado a la aparición de efectos adversos en nuestra población.

Son necesarios más estudios con más pacientes y seguimientos más prolongados

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

892. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA CON PIRFENIDONA

AUTORES: Suárez Artime P, García Ramos R, Rodríguez Cobos S, Lama López A, García López A, Suárez Antelo J. Complejo Hospitalario Univ. Santiago De Compostela. Choupana, S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad, seguridad y coste de pirfenidona en la práctica clínica asistencial en pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de 6 meses de duración entre noviembre 2014 y mayo 2015 de los pacientes diagnosticados de FPI que recibieron tratamiento con pirfenidona y cumplieron el protocolo de uso del hospital: pacientes con diagnóstico de FPI refrendado por el Comité Intersticial con capacidad vital forzada (CVF) entre 50 y 80%, y seguimiento cada 3-6 meses realizando pruebas de función pulmonar completa. Se mantendrá el tratamiento si se estabiliza la enfermedad (si deterioro de la CVF de $\leq 10\%$). Previamente al inicio del tratamiento se revisan los medicamentos habituales inhibidores de CYP1A2, se advierte la prohibición de ingestión de zumo de pomelo y necesidad de fotoprotección. Fuentes de información: historia clínica electrónica (IANUS®), programa de gestión farmacoterapéutica Silicon® y SINFHOS®. Variables estudiadas: parámetros antropométricos, analíticos, de función respiratoria (FEV1 y FVC), posología, duración del tratamiento, medicamentos concomitantes y reacciones adversas (RAM). Se consideró efectivo la estabilización de la enfermedad o mejoría de los parámetros de función respiratoria. La seguridad se valoró como ausencia de RAM que implican la suspensión del tratamiento.

RESULTADOS: Se trataron 10 pacientes (8 hombres, 2 mujeres), edad media de 72.6 años DE 7.6. Duración media del tratamiento: 3.1 meses DE: 1.3. Dosis media de mantenimiento fue plena (2403mg/día) excepto para una paciente, que se disminuyó dosis y posteriormente se suspendió por intolerancia digestiva. Todos presentaron la función renal y hepática en parámetros normales. La media de fármacos concomitantes por paciente fue 6.2 DE: 2.4, mayoritariamente fueron IBP (10), estatinas (5), benzodiazepinas (4), broncodilatadores inhalados (3). Las medias de CVF previo y posterior al tratamiento fueron 60,1% DE:7,2 y 56,4% DE: 10,4 respectivamente, que supuso una disminución de 5,6% DE:3,5. Se observó mejoría funcional y clínica en 2 pacientes, empeoramiento en otros dos pacientes, los restantes no experimentaron mejoría ni empeoramiento clínico a pesar de que en 2 las pruebas de FR resultaron peor. Se presentaron RAM en 8 pacientes: anorexia (5), dispepsia (2), náuseas (2), astenia (2), insomnio (2), disnea (2), prurito (1), rinorrea (1), vómitos (1) y elevación de transaminasas (1). Se suspendió el tratamiento en

4 casos: uno por no beneficio con molestias digestivas, dos mujeres por RAM incontrolables (anorexia, náuseas y vómitos) y un caso por progresión de la enfermedad. El coste por paciente resultó 1800.9 euros/mes.

CONCLUSIONES: pirfenidona es el único medicamento disponible actualmente en España para el tratamiento de la FPI y su introducción supone incremento importante en el presupuesto destinado al área de patología pulmonar.

El tratamiento con pirfenidona es efectivo y seguro en la mayoría de los pacientes con FPI aunque presenta reacciones adversas frecuentes, mayoritariamente gastrointestinales y astenia. Son necesarios más casos y mayor duración de los tratamientos para confirmar estas conclusiones preliminares que sin embargo concuerdan con la bibliografía consultada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

775. FACTORES RELACIONADOS CON LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES SELECTIVOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Barrantes González M, Rizo Gomez A, Lloret Maya A, Moragues Pastor C, Montserrat Toran M.
Hospital Plató. Plató 21. Barcelona. España

OBJETIVOS: Evaluar los factores relacionados con la optimización del tratamiento con inmunosupresores selectivos (ISS) en artritis reumatoide

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde enero del 2008 hasta mayo del 2015 (7 años y 4 meses) en un hospital de 2º nivel (161 camas). Datos recogidos: demográficos, duración de la enfermedad, tratamiento actual (ISS, línea de tratamiento, pauta optimizada, terapia previa, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) concomitantes, utilización de corticoides esporádicos), pacientes que discontinuaron el tratamiento durante al menos 1 mes. Se evaluó la evolución de los pacientes mediante el índice DAS28 de los 2 a los 6 meses de iniciar el tratamiento: se consideró remisión: < 2.6; reducción: > 1.2 si valor anterior > 3.2 y baja actividad: < 3.2.

Estadística: análisis bivariado con la prueba de Chi-cuadrado y Fischer exact test para variables dicotómicas y U de Mann-Whitney para cuantitativas. Se utilizó el programa SPSS v.13.

RESULTADOS: Datos demográficos: 42 pacientes, 31 mujeres (73.8%), edad (media): 57.86 años (SD±13.1). Inicio de la enfermedad: >10 años de evolución: 7 (16.23%), de 5 a 10 años de evolución: 9 (20.93%), < de 5 años de evolución: 4 (9.3%) e indeterminado: 22 (52.38%). Datos del tratamiento: abatacept: 4 (9.5%), adalimumab: 10 (23.8%), certolizumab pegol: 9 (21.4%), etanercept: 4 (9.5%), golimumab: 6 (14.3%), infliximab: 1 (2.4%), rituximab: 4 (9.5%), tocilizumab: 4 (9.5%). Línea de tratamiento: 21 (50%) 1ª línea, 12 (28.6%) 2ª línea, 6 (14.3%) 3ª línea y 3 (7.1%) 4ª línea. Terapia previa con otro ISS: 20 (47.6%), total meses de tratamiento previo (media, IC 95%): 10.64 (5.14-37). FAME concomitantes: 23 (54.8%): MTX 20 (46.51%), leflunomida 2 (4.65%), salazopirina 1 (2.33%). Utilización de corticoides esporádicos: 20 (47.6%). Tratamiento optimizado: 17 (40.5%). Pautas de tratamiento optimizado: abatacept cada 5 semanas: 1 (2.3%) paciente; adalimumab: 5 pacientes (11.9%), de los cuales: cada 17-18 días: 1(2.3%), cada 21 días: 1 (2.3%) y cada 28 días: 3 (7%); certolizumab pegol 200 mg: 6 pacientes (14.29%): cada 17 días: 1 (2.3%); cada 18 días: 1 (2.3%); cada 21 días: 3 (7%) y cada 28 días: 1 (2.3%); golimumab 50 mg: 3 pacientes (7.14%): cada 5 semanas: 1 (2.3%) y cada 6 semanas: 2 (4.7%); rituximab anual: 2 (4.7%) pacientes.

Factores relacionados con la optimización de la terapia biológica (terapia optimizada vs no optimizada): discontinuación del tratamiento durante > 1 mes (11.8% vs 52%) (p=0.008) y DAS28 de los 2 a 6 m post tratamiento (media, IC 95%): 1.86 (0.93-2.78) vs 3.18 (2.1-4.26) (p = 0.037) (solo se indican las variables estadísticamente significativas)

Evolución: baja actividad: 7.7% vs 0; reducción: 30.8% vs 42.9% y remisión: 61.5% vs 57.1%

CONCLUSIONES: Un 40.5% de pacientes estaban con tratamiento optimizado. Los factores relacionados con la optimización del tratamiento fueron una menor discontinuación del tratamiento y un valor del índice DAS28 inferior alcanzado de los 2 a los 6 meses de iniciar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

390. FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y MOTIVOS DE SUSTITUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Martínez-Mugica Barbosa C, Salgueiro Vazquez E, Rodríguez Palomo A, Manso Rodríguez G.
Hospital Universitario Central De Asturias. Avenida De Roma S/N. Asturias. España

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se han comercializado en nuestro país diversos fármacos biológicos con indicación para el tratamiento de la artritis reumatoide. Dado su relativamente reciente empleo, resulta conveniente anali-

zar la efectividad y seguridad derivados de su uso a largo plazo en la práctica clínica. Por ello, se plantea un análisis retrospectivo centrado en la terapia biológica de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron pacientes diagnosticados de artritis reumatoide entre 1975 y 2005 y seguidos hasta el 31 de diciembre de 2013 en un hospital universitario de 1.000 camas. Se revisó la historia clínica de los pacientes, así como los registros de dispensación ambulatoria del Servicio de Farmacia y de administración intravenosa en el hospital de día médico. También se consultó la historia de Atención Primaria (WOMI®), las recetas impresas y el registro analítico tanto hospitalario como del centro de salud.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 51 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, de los cuales 68,6% eran mujeres, con una edad al diagnóstico de 46 años. Se les prescribieron un total de 130 fármacos biológicos. El fármaco más empleado como primera línea fue el infliximab (n=22; 16,9%) y el empleado con más frecuencia fue adalimumab (n=32; 24,6%).

Los tratamientos biológicos se estructuraron en 195 esquemas terapéuticos distintos (52% del total de esquemas empleados). Tan sólo el 6,7% de las pautas (n=13) eran fármacos biológicos en monoterapia, que implicaban a todos ellos (abatacept, adalimumab, etanercept, infliximab, tocilizumab), excepto a rituximab. El resto eran asociaciones de biológicos con corticoides o fármacos modificadores de la enfermedad en distinto número. El fármaco biológico con mayor duración media fue adalimumab (826,6 días), seguido por el rituximab (783,4 días), infliximab (623,6 días), abatacept (519,0 días), tocilizumab (498,7 días) y etanercept (456,7 días). En relación con los motivos de suspensión o cambio de terapia biológica, 41 pacientes (31,5%) seguían con su terapia en el momento del cierre del estudio. De los 89 tratamientos restantes, 28 (31,5%) cambiaron el tratamiento debido a un efecto adverso que obligó a interrumpir el tratamiento y 58 (65,2%) debido a una respuesta parcial, falta de respuesta o brote. Dos pacientes (2,3%) debieron suspenderlo por otros motivos (embarazo e intervención quirúrgica, respectivamente). Tan sólo en 1 caso (1,1%) la terapia fue suspendida por remisión.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los esquemas terapéuticos empleados en los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide incluyeron algún fármaco biológico, ya sea en monoterapia o combinado con corticoides y fármacos modificadores de la enfermedad. El más empleado y el que mayor duración de tratamiento demostró fue adalimumab. Sin embargo, en primera línea se usó con mayor frecuencia el infliximab. La principal razón que justificó el cambio de biológico fue la falta de respuesta al mismo, aunque en más de un cuarto de los casos fue debido a un efecto adverso.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1006. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES EXTERNOS REUMÁTICOS

AUTORES: Zamora Ferrer E, Canales Ugarte S, Carrasco Fernández Ja, Araque Arroyo P, Fraga Fuentes D, Valenzuela Gámez Jc.

Hospital General Mancha Centro. Av. Constitución, 3. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Determinar el impacto de la optimización de la Terapia Biológica (TB) subcutánea (SC) sobre la efectividad en las principales enfermedades reumáticas, así como sobre el presupuesto económico hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de 2 años (marzo 2013- marzo 2015). Se incluyeron los pacientes con Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (APs) y Espondilitis Anquilosante (EA) con Etanercept y Adalimumab en pauta optimizada, mediante aumento del intervalo posológico ("espaciado"), al menos una vez. En la Consulta de Atención Farmacéutica a pacientes externos (CAFPE), se registraron (Farmatools®) los Índices de Actividad (IA) de la enfermedad aportados por el Reumatólogo, relacionándolos con el medicamento, dosis y pauta correspondiente: DAS28 (Disease Activity Score 28) para afectación periférica (objetivo

RESULTADOS: 121 pacientes reumáticos recibieron TB-SC (65 AR, 42 EA y 14 APs). El 28,9% (35 pacientes) llevó pauta optimizada. Tras aplicar los criterios de exclusión, se analizaron 27 pacientes (16 mujeres, 11 hombres, edad media 55 años): 14 AR, 8 EA, 5 APs. 20 recibían Etanercept, 7 Adalimumab.

Tras el espaciado, 17 pacientes (59,3%) permanecieron en una situación clínica estable (13 en tratamiento con Etanercept y 4 con Adalimumab): 11 en remisión (10 con Etanercept y 1 con Adalimumab): 4 APs, 4 EA, 3 AR; 2 en objetivo terapéutico (1 con cada fármaco): 1 AR, 1 EA; 4 fuera de objetivo (2 con cada fármaco): 3 AR, 1 APs. 3 pacientes (11,1%) alcanzaron la remisión tras el espaciado (2 con Etanercept, 1 con Adalimumab): 2 AR, 1 EA. 7 pacientes (29,6%) empeoraron tras la optimización: 2 perdieron el objetivo (1 con cada fármaco): 1 AR, 1 EA; 5 perdieron la remisión (4 con Etanercept, 1 con Adalimumab): 3 AR, 1 APs, 1 EA, permaneciendo 2 de los cuales en objetivo (1 AR, 1 EA).

Se disminuyó la TB dispensada en 734 unidades (650 de Etanercept, 84 de Adalimumab), lo que supuso un ahorro económico de 189.124€.

CONCLUSIONES: La optimización de la TB en pacientes reumáticos constituye una estrategia terapéutica eficiente, ya que supone un ahorro económico importante sin comprometer los resultados clínicos en la mayoría de los pacientes, que mantienen la estabilidad. No obstante, la proporción de pacientes que experimenta un deterioro clínico tras el espaciado, hace imprescindible la evaluación continua de esta estrategia en la CAFPE. Los resultados obtenidos deben formar parte de la información suministrada a los pacientes candidatos a optimización en el futuro. No obstante, es necesario confirmar estos resultados en un periodo de estudio más prolongado, que permita disponer de datos de actividad a más largo plazo. La comparación de estos datos con los de pacientes que han recibido TB en pautas estándar aportará una mayor evidencia a los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

114. IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN EFICIENTE DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

AUTORES: Romero Jimenez Rm, Escudero Vilaplana V, Baniandres Rodriguez O, Tovar Pozo M, Ais Larisgoitia A, Sanjurjo Saez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Dr. Esquerdo, 47. Madrid. España

OBJETIVO: Las terapias biológicas (TB) utilizadas en el tratamiento de los pacientes con psoriasis moderada-grave suponen un alto coste para el sistema sanitario, por lo que su uso debe ser optimizado. El objetivo fue analizar el impacto de la implantación de un protocolo de uso eficiente de TB en psoriasis moderada-grave.

MATERIAL Y MÉTODOS: En Octubre del 2013, se elaboró un protocolo entre los Servicios de Dermatología y Farmacia para la utilización eficiente de TB en pacientes con psoriasis moderada-grave, que incluía el espaciado individualizado de dosis en pacientes con buena respuesta [Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 75= reducción del 75% del PASI basal] durante al menos 6 meses. En estos pacientes se aumentaba el intervalo de administración de la TB un 25% y si a los 6 meses se mantenía la respuesta se espaciaba otro 25%. Cada 3 meses se evaluaba la evolución del paciente y en caso de pérdida del PASI75 se volvía a la posología anterior. Los cambios debían realizarse con el consentimiento previo del paciente. El protocolo se aprobó en la Comisión de Farmacia. Para evaluar el impacto del protocolo se realizaron dos cortes transversales en los que se incluyeron pacientes adultos con psoriasis moderada-grave que estaban siendo tratados durante al menos 6 meses con la misma TB (adalimumab, etanercept, infliximab o ustekinumab) en Septiembre de 2013 (grupo pre-protocolización, antes de implantar el protocolo) y en Octubre de 2014 (grupo post-protocolización, un año después de implantarlo). Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo de evolución de la psoriasis, PASI en el momento de la inclusión) y farmacoterapéuticas (TB actual, posología, fecha de inicio y coste paciente/año).

RESULTADOS: Se incluyeron 106 pacientes en el grupo pre-protocolización (71,7% hombres, edad media (DE) 48,1 [13,0] años) y 118 pacientes en el grupo post-protocolización (68,6% hombres, edad media 50,5 [14,0] años). El tiempo medio de evolución de la psoriasis fue 22,3 (11,9) años en el grupo pre-protocolización y 25,9 (12,5) años en el post-protocolización. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación PASI antes y después de la implantación del protocolo [PASI (DE)= 2,0 (1,2) vs 1,8 (1,1), respectivamente]. Al analizar el espaciado de dosis de cada TB, se obtuvo que el 43,4% de los pacientes tratados con adalimumab recibían dosis espaciadas, un 37,5% con etanercept, un 28,6% con infliximab y un 14,7% con ustekinumab. El porcentaje medio de dosis/mes utilizada respecto a la dosis de mantenimiento de ficha técnica fue del 77,9% adalimumab, 92,8% etanercept, 94,4% infliximab y 97,8% ustekinumab. El ahorro anual conseguido tras la implantación del protocolo en base al número de pacientes en tratamiento en Octubre de 2014 fue 79.553€ para adalimumab, 15.216€ para etanercept, 11.680€ para infliximab y 9.520€ para ustekinumab, suponiendo el ahorro total de 115.969€.

CONCLUSIONES: La implantación del protocolo permitió aumentar la eficiencia de las TB. Las recomendaciones del protocolo permitieron disminuir las dosis de las TB, especialmente de adalimumab, sin afectar a la efectividad del tratamiento en pacientes con psoriasis controlada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

421. IMPACTO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Guerra González M, Ortega Valin L, Prieto Fernández C, Gutiérrez Gutiérrez E, García Sánchez Y, Pérez Sandoval T.

Complejo Asistencial Universitario De León. Altos De Nava, S/N. León. España

OBJETIVOS: La artritis reumatoide (AR) es una poliartritis crónica de origen autoinmune, que afecta principalmente al tejido sinovial articular. La calidad de vida se ve limitada fundamentalmente por el dolor, artritis y síntomas depresivos derivados de su enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del tratamiento biológico en la calidad de vida del paciente con AR e identificar las dimensiones más relevantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo sobre 21 pacientes (17 mujeres/4 hombres) de entre 27 y 84 años, diagnosticados de AR, y con un valor medio de DAS: 4.72, que iniciaron tratamiento con anti-TNF (17 etanercept/4 adalimumab). Se administró el cuestionario QOL-AR (específico y validado) por un farmacéutico en la consulta de Atención Farmacéutica al inicio del tratamiento biológico (E1) y tras un periodo de tiempo de tratamiento variable (E2).

Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa Stata®/IC 13. La comparación de las medias se realizó mediante la prueba t de Student (en aquellos casos en los que no se cumplían las condiciones de aplicación se utilizó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon). Se consideró como nivel de significación el de $p < 0,05$.

RESULTADOS: La media de edad fue de $51,47 \pm 15,13$ años IC95% [4,58-58,36]. La media de tiempo entre encuestas fue de $13,77 \pm 7,33$ meses IC95% [10,43-17,11].

El resultado global de E1 fue $5,74 \pm 1,65$ [4,99-6,49], y el de E2 fue $6,80 \pm 1,30$ [6,21-7,40]. Los resultados por ítems de E1 fueron: habilidad física $5,05 \pm 2,06$ [4,11-5,99], ayuda familiar $8,32 \pm 2,54$ [7,09-9,54], dolor $4,4 \pm 2,21$ [3,36-5,43], tensión nerviosa $5,95 \pm 2,22$ [4,93-6,96], estado de salud $5,43 \pm 2,73$ [4,19-6,67], artritis $3,95 \pm 1,99$ [3,02-4,88], vida social $7,33 \pm 2,74$ [6,08-8,58] y estado de ánimo $5,52 \pm 2,96$ [4,18-6,87]; para E2 fueron: habilidad física $6,29 \pm 1,76$ [5,48-7,09], ayuda familiar $8,32 \pm 2,06$ [7,32-9,31], dolor $6,2 \pm 2,07$ [5,23-7,17], tensión nerviosa $6,57 \pm 2,09$ [5,62-7,52], estado de salud $6,14 \pm 1,80$ [5,32-6,96], artritis $5,85 \pm 1,87$ [4,97-6,73], vida social $8,33 \pm 1,80$ [7,51-9,15] y estado de ánimo $6,90 \pm 2,05$ [5,97-7,84].

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en la media global: 1.06 ($p=0,0068$), y para los siguientes ítems: habilidad física: 1.24 ($p=0,0263$), dolor artrítico 1.80 ($p=0,0266$) y artritis 1.90 ($p=0,0052$).

CONCLUSIONES: La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con AR mejora significativamente tras su tratamiento con anti-TNFs.

Las dimensiones mejor valoradas son las relacionadas con los aspectos psico-sociales, como la ayuda familiar o la interacción con familiares y amigos, dimensiones que no se ven afectadas por el tratamiento biológico. La mayor variación tras el inicio del tratamiento biológico se aprecia en los ítems: habilidad física, dolor artrítico, artritis, y estado de ánimo.

La variabilidad en el tiempo entre encuestas, y el reducido número de pacientes hacen ser prudentes en la interpretación de los resultados, siendo aconsejable abordar estudios que superen esas limitaciones.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

838. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTROPATÍAS

AUTORES: Malpartida Flores M, Beunza Sola M, García González D, Fernández de la Fuente MA, Sanchez González MD, Calvo Hernández MV.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Paseo San Vicente sn. Salamanca. España

OBJETIVO: Analizar el impacto económico de la optimización de terapias biológicas (TB) para tratar la artritis reumatoide (AR) y otras espondiloartritis (SpA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes tratados con terapias biológicas desde marzo de 2013 hasta la abril de 2015. Para la optimización, reducción de dosis (RD) y/o ampliación del intervalo (AI), los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios: remisión clínica ($DAS28 < 2,6$), baja actividad clínica ($DAS28 < 3,2$; BASDAI

RESULTADOS: 441 pacientes en tratamiento con TB, 272 pacientes (61,6%) con AR y 169 con SpA (38%). 109 pacientes (24,7%) tienen el tratamiento optimizado: 56 con AR (51,3%) y 53 con SpA (48,6%), con una media de edad de 56 (SD=13,4) años, 47% hombres.

En 2013, 81 pacientes estaban en tratamiento con la TB optimizada: 37 pacientes en remisión clínica, 30 en baja actividad clínica y 14 según recomendaciones clínicas. En abril 2015, 64 pacientes (79%) continúan con la terapia optimizada. De ellos, 31 pacientes continúan en remisión clínica y 24 en baja actividad. La suspensión (14 pacientes) o cambio de terapia (3 pacientes) se ha justificado en 5 pacientes por remisión completa, 6 como fracaso terapéutico y 2 por reacciones adversas.

Los regímenes de optimización han sido los siguientes: Golimumab (7,3%): 8 pacientes con ampliación de intervalo de 4 a 5 semanas y 1 paciente de 4 a 6 semanas. Adalimumab (17,8%): 19 pacientes con AI de 2 a 3 semanas y 2

pacientes de 2 a 4 semanas; Etanercept (29,2%): 25 pacientes con AI de 7 a 10 días, 6 pacientes cada 15 días y 1 paciente cada 28 días; Tocilizumab (2,3%): 1 paciente con AI de 4 a 6 semanas y 1 paciente con RD y AI a 4 mg/kg cada 6 semanas; Rituximab (10,5%): 2 pacientes con AI de 6 a 7 meses, 3 pacientes a 8 meses, 3 pacientes a 9 meses y 1 paciente a 12 meses. Abatacept (1,6%): 1 paciente con RD de 750 mg a 500 mg. Infliximab (30,8%): 28 pacientes con AI de 6 a 9 semanas, 1 paciente a 7 semanas, 1 paciente a 8 semanas, 1 paciente a 10 semanas, 1 paciente a 11 semanas, 1 paciente a 12 semanas, 1 paciente de 5 mg/kg a 3 mg/kg y 1 paciente de 5mg/kg cada 9 semanas a 4 mg/kg cada 9 semanas.

El coste anual teórico de los 109 pacientes optimizados sería de 1.118.042€, mientras que el coste real ha sido de 788.190€, lo que representa una reducción del coste anual del 29%.

CONCLUSIONES: La optimización del TB comienza con una selección del paciente según criterios de actividad y siguiendo las recomendaciones clínicas establecidas.

Esta estrategia permite reducir los costes manteniendo la eficacia y seguridad del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

554. INCIDENCIA Y MANEJO DE LA PROTEINURIA ASOCIADA A EVEROLIMUS EN EL POSTRASPLANTE RENAL

AUTORES: Gómez Álvarez S, Hermenegildo Caudevilla M, Sancho Calabuig A, Gavela Martínez E, Sáez Bello M, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la incidencia, manejo y factores de riesgo asociados a proteinuria en pacientes postrasplantados renales en tratamiento con everolimus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes trasplantados renales en tratamiento inmunosupresor con everolimus. Se incluyeron pacientes adultos de ambos géneros que iniciaron tratamiento con everolimus entre enero-2010 y abril-2015 en combinación con corticoides, tacrolimus o micofenolato. Los pacientes fueron seguidos hasta el cambio o suspensión del tratamiento, o fin del periodo de seguimiento.

Se recogieron parámetros demográficos (edad, sexo y peso), clínicos (nº compatibilidades HLA, tiempo isquemia frío, creatinina(mg/dL) donante y trasplante renal previo) y terapéuticos (Cmin (ng/mL) de everolimus, tratamiento inmunosupresor asociado y tiempo desde el trasplante). Durante el periodo de seguimiento se registró la proteinuria (mg/24h, positivo ≥ 150 mg/24h), así como las medidas terapéuticas iniciadas (administración de IECA o ARA II y/o suspensión del everolimus).

Se determinó el porcentaje de pacientes con proteinuria basal y con proteinuria significativa (incremento $\geq 50\%$ respecto al valor basal) durante el tratamiento con everolimus. Se realizó una regresión múltiple logística para analizar la asociación entre las variables clínicas y terapéuticas y la presencia de proteinuria significativa. La evolución de la proteinuria en el periodo de seguimiento se estudió mediante análisis de la varianza (contraste de hipótesis: test de Bonferroni).

RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes (74% hombres) con edad media(DE) de 53(13)años y peso medio(DE) de 72,6(8,9)kg. El tiempo medio(DE) de isquemia frío fue de 17,3(5,7)h y el número de compatibilidades HLA media(DE) de 2,1(0,9). Los donantes no presentaban deterioro de la función renal (creatinina: 0,77(0,23)mg/dL) y únicamente un paciente había sido trasplantado previamente. La mediana(rango IQ) de tiempo desde el trasplante fue de 32,1(5,5-65,4)meses y el 49,3% de los pacientes presentaba proteinuria basal, con una media de 360(336) mg/24h. El 56,8% recibieron la combinación everolimus-tacrolimus, 28,4% everolimus-micofenolato y 14,9% everolimus-corticoides.

Durante el periodo de seguimiento, el 84,1% (58/69) de los pacientes presentaron proteinuria significativa, sin demostrarse asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables clínicas y terapéuticas estudiadas. En el primer mes de tratamiento con everolimus se produjo un incremento significativo de la proteinuria con respecto al valor basal de 841,2mg/24h ($p=0,001$), sin observarse diferencias estadísticamente significativas en los meses posteriores. Las medidas terapéuticas iniciadas en los pacientes fueron: tratamiento con IECA/ARAII (67,9%) y suspensión de everolimus y cambio de inmunosupresor (11,1%), siendo la principal causa de suspensión. El tratamiento con IECA/ARAII se inició a los 2,4(1,8-8,1) meses, alcanzándose una reducción media de la proteinuria del 31,1(22,1)% en los primeros 3 meses.

CONCLUSIONES: El tratamiento inmunosupresor con everolimus en los pacientes trasplantados renales produce un incremento significativo de la proteinuria en el 84,1% de ellos, que se manifiesta en el primer mes de tratamiento. Este efecto adverso es independiente de la concentración del fármaco, requiere en más de la mitad de los pacientes

el tratamiento con IECA o ARA II, con una reducción de la proteinuria del 30%, y supone la principal causa de suspensión de everolimus y cambio de inmunosupresor.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

796. LANREOTIDO EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE POR ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES

AUTORES: Guerra Estévez D, Márquez Fernández E, Campos Dávila E, Ramos Báez Jj, Marmesat Rodas B.

Hospital Punta De Europa. Ctra. Getares, S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: La angiodisplasia es la malformación vascular del tracto digestivo más común. Puede cursar de forma asintomática o producir hemorragias recurrentes. Existen diferentes alternativas terapéuticas, que incluyen tanto tratamientos quirúrgicos o endoscópicos, como tratamientos farmacológicos, aunque éstos últimos tienen una escasa evidencia sobre su eficacia. En este estudio se evalúa la eficacia y seguridad de lanreótido subcutáneo en el tratamiento de la hemorragia digestiva recurrente debida a esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional. Se consultaron las historias clínicas, pruebas analíticas y dispensaciones (dosis/frecuencia) de los pacientes tratados con lanreótido subcutáneo desde enero de 2011 hasta septiembre de 2014. La eficacia se evaluó por el número de transfusiones sanguíneas requeridas y la variación en los niveles de hemoglobina plasmática (g/dl). La seguridad se evaluó según la aparición o no de RAM, entre las que incluimos efectos adversos gastrointestinales, mareos, aumento de transaminasas, hiper o hipoglucemias y aumento de bilirrubina.

RESULTADOS: Se incluyeron dos varones diagnosticados de angiodisplasia intestinal, de 91 años (paciente 1) y 22 años (paciente 2), ambos con anemia severa recurrente secundaria a sangrados gastrointestinales y tratados previamente con cirugía, transfusiones sanguíneas e hierro intravenoso. La duración del tratamiento en el paciente 1 fue de 28 meses, reduciendo el número de transfusiones de 7 a 3 al año, y con niveles de Hb media de 8,2g/dl (6,4 – 9,7) previa al tratamiento y 8,4g/dl (6,2 – 13) durante el tratamiento. El paciente 2 realizó el tratamiento durante 3 meses sin requerir ninguna transfusión (previo al tratamiento se realizaba una media de 3 transfusiones anuales). La Hb media previa era 8,1g/dl (3,7-11,4) y durante el tratamiento 11,9g/dl (11,5-12,2). No se apreció ningún tipo de reacción adversa relacionada con la administración de lanreótido subcutáneo, salvo algunos episodios de hiperglucemia en el paciente 1, si bien no se establece una clara relación de causalidad fármaco-efecto, pues ya los había presentado previamente al tratamiento.

CONCLUSIONES: Según los resultados obtenidos, lanreótido subcutáneo se postula como una alternativa terapéutica en los pacientes con anemia secundaria a sangrados gastrointestinales recurrentes, reduciendo el número de transfusiones sanguíneas requeridas, con un buen perfil de tolerancia y una repercusión positiva en la calidad de vida del paciente. No obstante, son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral para confirmar estos datos de eficacia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

167. MEJORÍA DE LOS RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA CON EL USO DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Mercadal Orfila G, Blasco Mascaró I, Romero Del Barco R, Argandoña Palacios L, Casquero Subias P, Llorens Calatayud G.

Hospital General Mateu Orfila. Ronda Malbuger num 1. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta y toxicidad de la utilización de Fampridina en pacientes con Esclerosis múltiple (EM) con alteración de la marcha, según las indicaciones pactadas por nuestra Comisión de Farmacia y Terapéutica Autonómica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, donde se seleccionaron todos los pacientes que han utilizado fampridina para tratamiento de alteración de la marcha en EM desde Mayo de 2014 a Mayo de 2015

Se recogieron datos demográficos, "Test de los 25 pasos" (T25WF), Escala de la Marcha con Esclerosis Múltiple (MSWS-12), Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) y efectos secundarios.

De acuerdo con nuestro protocolo, sólo continuaban tratamiento aquellos pacientes que mostraban al menos un incremento del 20% en la velocidad de la marcha en el "Test de los 25 pies"/T25WF), los 15 días de iniciar el tratamiento.

RESULTADOS: Se estudiaron 10 pacientes de los que el 60% eran hombres, la edad media era de 52 años(39-61 años), el 50% presentaban una forma de la enfermedad secundaria progresiva, 30% primaria progresiva, 20% remitente recurrente y presentaban una media EDSS inicial de 6 (4-7).

A los 15 días, los pacientes habían presentado un incremento medio de la velocidad en el T25WF del 34%, y el 80% habían presentado un incremento superior al 20% en la velocidad de la marcha del T25WF, y mejoría en el MSWS-12

Al comparar el tiempo medio inicial en segundos, del test T25WF con el tiempo a los 15 días (36,05 vs 20,6; $p=0,051$) y a los 3 meses(42,3 vs 23; $p=0,041$), observamos que hubo diferencias significativas a los 3 meses, momento en el cual se obtuvo una mejoría del 45,6% la velocidad de la marcha.

Tan solo un paciente presentó toxicidad al tratamiento, con astenia e infección urinaria que obligó a suspender el tratamiento al tercer día.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio de utilización de fampridina , muestra resultados en práctica clínica mejores que los publicados en los estudios pivotaes:

- Tasa respondedores (incremento >20% velocidad marcha a los 15 días) : 82 % nuestra serie vs 35-42% estudios pivotaes.
- Porcentaje de incremento velocidad marcha T25WF: 33,4 % vs 25% nuestra serie vs estudios pivotaes respectivamente.

La tolerabilidad fue en general muy buena.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

233. MOTIVOS DE DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INFlixIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORES: García Lagunar Mh, Gutiérrez Cívicos Mdr, García Simón Ms, Ferris Villanueva E, García Márquez A, González Pérez-Crespo Mc.

Hospital General Universitario Santa Lucia. Mezquita S/N - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Estudiar los motivos de discontinuación del tratamiento con infliximab, adalimumab y etanercept en pacientes con espondilitis anquilosante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionaron los pacientes con espondilitis anquilosante tratados con infliximab, adalimumab o etanercept entre mayo de 2008 y mayo de 2013 en un hospital de tercer nivel.

Para cada paciente se estudió si el tratamiento había sido suspendido y, si era así, la causa de discontinuación del fármaco.

Los datos se recogieron a partir de la historia clínica informatizada (Selene®), las historias clínicas de hospital de día de Reumatología y el programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia (Savac®).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS v20.0®.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 95 pacientes (70,5% varones) con una edad media de $42,04 \pm 11,29$ años. Recibieron un total de 109 episodios de tratamiento que se clasificaron en: infliximab (n=34; 31,2%), adalimumab (n=46; 42,2%) y etanercept (n=29; 26,6%).

En el momento de corte del estudio, 45 episodios de tratamiento (41,28%) habían sido suspendidos (9 para infliximab, 25 para adalimumab y 11 para etanercept). Las causas de discontinuación fueron: fracaso terapéutico [n=22; infliximab (1), adalimumab (14) y etanercept (7)], retirada voluntaria [n=11; infliximab (3), adalimumab (5) y etanercept (3)], aparición de efectos adversos [n=8; infliximab (4), adalimumab (3) y etanercept (1)] y pérdida de seguimiento (n=3: exitus en un paciente con infliximab y traslado de hospital en dos pacientes con adalimumab).

Los efectos adversos que motivaron la discontinuación del tratamiento se clasificaron en: reacción infusional (n=3; en los tres casos en pacientes con infliximab), aparición de lesiones cutáneas [n=3; infliximab (1), adalimumab (1) y etanercept (1)] y otros (n=2; un paciente que presentó palpitaciones, mareo, astenia e hipertensión arterial y otro paciente que presentó sensación febril y astenia, ambos con adalimumab).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la primera causa de discontinuación del tratamiento con terapias biológicas en espondilitis anquilosante ha sido el fracaso terapéutico que motivó el inicio de una nueva línea terapéutica. Cabe destacar que la retirada voluntaria ha sido otra de las causas de discontinuación con un elevado porcentaje. Por otra parte, las reacciones adversas relacionadas con la administración del fármaco y las lesiones cutáneas han sido las más prevalentes.

El fármaco que ha presentado mayor número de fracasos terapéuticos y retiradas voluntarias ha sido adalimumab.

1028. OCRIPLASMINA COMO ALTERNATIVA FARMACOLÓGICA EN EL SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR

AUTORES: Pou Alonso A, Carpio Bailén R, Espino García A, Castellanos Clemente Y, Fernández Román Ab, García Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. Camino Del Molino N°2. Madrid. España

La adherencia vitreomacular (AVM) puede conducir a la aparición de tracción patológica y formación de agujero macular de espesor completo causando importante pérdida visual. Previa a la comercialización de ocriplasma, la alternativa al tratamiento farmacológico de la tracción vitreomacular severa sintomática consistía en la vitrectomía quirúrgica.

OBJETIVOS: Establecer la eficacia y seguridad de ocriplasma en forma de inyección intravítrea en dosis única para el tratamiento del síndrome de tracción vitreomacular (STVM), incluidos los casos en que ésta se presenta asociada a agujero macular de diámetro menor o igual a 400 micras. Comparar con los resultados publicados en los estudios pivotales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes tratados con ocriplasma en un hospital de segundo nivel.

Las variables para evaluar la eficacia fueron: agudeza visual medida según la escala de optotipos ETDRS o equivalente de Snellen, diámetro de adherencia vitreomacular y tamaño de agujero macular, medidos por tomografía de coherencia óptica, y mejoría subjetiva de la visión. Estas variables se midieron previamente a la administración de ocriplasma, al mes y a los 3 meses post-inyección.

Para la evaluación de la seguridad se registraron todos los eventos adversos relacionados con la administración o tratamiento con ocriplasma.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente (Selene®), del aplicativo de farmacia Farmatools (Dominion®) módulo de pacientes ambulatorios y de la tomografía de coherencia óptica (Topcon 3D-OCT).

RESULTADOS: Han sido tratados 3 pacientes, 33% mujeres, edad media 68,6 años (63-72). Al diagnóstico ninguno de ellos presentaba agujero macular y el diámetro de adherencia vitreomacular era inferior a 1500 micras (factor predictivo para alcanzar mayor probabilidad de resolución de la AVM).

En todos ellos se administró, en condiciones asépticas, dosis única de ocriplasma 0,125mg/0,1ml como inyección intravítrea.

Tras la administración, dos de los pacientes notaron mejoría subjetiva de la visión sin objetivarse cambios sustanciales en la agudeza visual, uno de éstos redujo levemente el diámetro de la AVM, persistiendo quistes intrarretinianos, y en el otro paciente se mantuvo similar. El otro caso presentó empeoramiento clínico de la visión con aumento de la tracción vítrea y progresión hacia un agujero macular que requirió otro procedimiento, vitrectomía quirúrgica, al mes de la inyección.

Ningún paciente refirió signos inflamatorios o infecciosos ni aumento de la presión intraocular tras el procedimiento. Uno de los pacientes presentó hiperemia conjuntival de carácter leve y transitorio, descrito en ficha técnica como trastorno ocular frecuente.

CONCLUSIONES: A pesar del tamaño limitado del estudio, la administración de ocriplasma como alternativa a la vitrectomía no ha obtenido los resultados de eficacia esperados, ningún paciente presentó resolución de la AVM. Nuestros resultados no se asemejan a los datos integrados de los estudios pivotales que alcanzan un índice de resolución de AVM cercano al 40%.

La administración del fármaco parece un procedimiento seguro y bien tolerado que no presenta complicaciones importantes derivadas del tratamiento.

Sería necesario un mayor número de pacientes para posicionar este fármaco como una alternativa eficiente frente a otros procedimientos quirúrgicos.

678. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

AUTORES: Guerra González M, Ortiz De Urbina González Jj, Medina Gallego J, López Suárez D, García Guindel C, Sáez Villafaña M.

Complejo Asistencial Universitario De León. Altos De Nava, S/N. León. España

OBJETIVO: Determinar la persistencia del tratamiento con ustekinumab en pacientes de un Hospital Universitario de tercer nivel, así como las causas de interrupción del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro con Ustekinumab desde su comercialización en enero de 2009, hasta mayo de 2015.

Se definió la persistencia del tratamiento como el tiempo (en días) transcurrido desde la fecha de la primera dispensación hasta uno de los siguientes casos: interrupción, cambio, o fecha límite de introducción de datos (31-05-2015). Se recogieron datos a partir de los registros de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia y revisión de las historias clínicas de estos pacientes.

RESULTADOS: Se revisaron 48 pacientes, 21 mujeres y 27 hombres. El diagnóstico de los pacientes fue psoriasis (PS) para un 70.8%, enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa (EC/CU) para un 25% y artritis psoriásica (AP) para un 4.1%. 32 pacientes habían recibido tratamiento con anti-TNF (infliximab, adalimumab, etanercept), y todos habían recibido tratamiento con inmunosupresores previamente.

La duración media del tratamiento de los pacientes con tratamiento activo a fecha de 31-5-2015 fue 834,2 días (PS=872,5, EC/CU=746,8, AP=248). La media de unidades dispensadas a estos pacientes fue 14,6.

Un 25% de los pacientes suspendió el tratamiento, de ellos un 50% tenía diagnóstico de EC/CU, un 41.7% PS y un 8.3% AP. La duración media del tratamiento fue de 362 días (EC/CU=460,8, PS=310,2, AP=28). La media de unidades dispensadas fue 11,5.

El 15.2% de los pacientes con PS suspendió el tratamiento tras 310,2 días de tratamiento, el 50% de los pacientes con EC/CU tras 460,8 días de tratamiento, y un 50% de los pacientes con AP tras 28 días.

De los 12 pacientes que suspendieron el tratamiento, 6 fue por ineficacia, 2 por problemas relacionados con la tolerancia o efectos adversos (un caso de infección generalizada por CMV y un caso de síndrome pseudogripal recurrente y pérdida de fuerza en una extremidad), 2 éxitus (uno por edad avanzada y otro por cáncer de colon), uno por traslado de domicilio y uno por motivo desconocido.

CONCLUSIONES: Un 25% de los pacientes con ustekinumab interrumpió el tratamiento en un periodo de tiempo inferior a un año. La persistencia en el tiempo del tratamiento de PS con ustekinumab parece ser mayor que la del tratamiento de EC/CU. Los resultados obtenidos para pacientes de AP no se pueden considerar representativos ya que había únicamente dos pacientes. La principal causa de no persistencia es la ineficacia del tratamiento, seguida de problemas relacionados con la tolerancia o efectos secundarios. Estos datos no coinciden con la bibliografía consultada y será preciso un seguimiento mayor que aclare si este fármaco tiene mayor o menor persistencia que las otras alternativas biológicas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

570. PERSISTENCIA E IMPACTO ECONÓMICO DE LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE ETANERCEPT Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN REMISIÓN CLÍNICA SOSTENIDA DE UN AÑO. EXPERIENCIA EN 2 HOSPITALES UNIVERSI

AUTORES: Borrás Blasco J, Antón Torras R, Navarro Ruiz A, Castera Melchor Me, Murcia Lopez Ac, Abad Gimeno Fj. Hospital De Sagunto. Avda. Ramon Y Cajal, S/N. Valencia. España

OBJETIVO: El propósito del estudio es determinar la persistencia, el impacto clínico y económico de la reducción de la dosis de Etanercept (ETN) y Adalimumab (ADA) en pacientes con artritis reumatoide (AR), artropatía psoriásica (AP) y espondilitis anquilosante (EA) en remisión clínica sostenida de un año en 2 hospitales universitarios (Elche y Sagunto)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohorte, observacional y retrospectivo, de pacientes en un programa fuera de indicación, que recibieron dosis reducida de ETN o ADA al menos durante 6 meses entre Enero 2010 y 1 Noviembre 2014. Criterio de inclusión: pacientes tratados con dosis estándar de ETN o ADA que alcanzan y mantienen la remisión clínica sostenida (DAS28)

RESULTADOS: Desde Enero 2010 a 1 Noviembre 2014, un total de 144 pacientes recibieron pauta reducida de ETN o ADA: 75 pacientes con AR (52.1%), 37 pacientes con AP (25.7%) y 32 pacientes con EA (22.1%). 80 (56%) recibieron ETN a dosis reducida y 64 (44%) recibieron ADA a dosis reducida. Las dosis reducidas empleadas para ETN fueron 25mg/7 días (54%), 25 mg/10 días (3%), 50mg/10 días (29%) y 50mg/14 días (86%); para ADA 40mg/21 días (83%) y 40mg/28 días. Al final del periodo de estudio, 108 pacientes (75%) continuaban en tratamiento optimizado de ETN o ADA.

La persistencia total de ETN a dosis reducida fue de $2,71 \pm 1,37$ años (AR $2,64 \pm 1,54$, AP $2,56 \pm 0,80$ y EA $3,04 \pm 1,31$). Mientras que la persistencia total de ADA a dosis reducida fue de $2,07 \pm 0,96$ años (AR $2,37 \pm 0,92$, AP $1,86 \pm 0,73$)

EA 1,74±0,81). Los costes totales asociados a la estrategia de reducción de dosis durante el periodo de observación fueron de 1.485.510€. Si estos pacientes hubieran sido tratados con dosis estándares de ETN o ADA, el coste total de la terapia hubiera ascendido a 2.971.020€. La implementación de un programa de reducción de dosis en pacientes tratados con ETN o ADA supuso un ahorro de 1.485.510€ durante 5 años. En cuanto a la distribución de los ahorros por fármacos supuso 1.057.133€ (71%) para ETN y de 428.377€ (29%) para ADA. Esta reducción del coste, lograda con el régimen de dosis reducida de ETN nos permitiría tratar a 92 pacientes más con AR, AP o EA por un año sin incrementar el coste total de la terapia con ETN. Mientras que con ADA nos permitiría tratar a 33 pacientes más con AR, AP o EA por un año sin incrementar el coste total de la terapia con ADA.

CONCLUSIÓN: La reducción de dosis de ETN o ADA es una estrategia que en pacientes seleccionados mejora la relación de coste-efectividad del tratamiento y permite tratar más pacientes con el mismo presupuesto.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

596. RECAÍDAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA OPTIMIZADA

AUTORES: Pérez Abánades M, Garcia Arias M, Arredondo . M, Alvaro-Gracia . Jm, Morell Baladron A, Garcia-Vicuña . R. Hospital Universitario La Princesa. Calle Diego De León 62. Madrid. España

OBJETIVOS: La optimización de la terapia biológica (TB) en artritis reumatoide (AR) es una realidad en la práctica clínica diaria, que permite disminuir los efectos secundarios y minimizar los costes. No obstante, existe un riesgo de recaída en estos pacientes.

El objetivo del estudio fue analizar las recaídas en los pacientes con AR en tratamiento con TB optimizada durante el primer trimestre del año 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AR que recibían tratamiento optimizado (dosis trimestral de la TB menor o igual a 83% de la dosis aprobada en ficha técnica (FT)) con TB (infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumabpegol, tocilizumab y abatacept) en el primer trimestre del año 2013 y que recayeron. La recaída se definió como un aumento en 0,6 puntos del DAS28 o criterio del médico responsable, y la respuesta a reintensificación de TB como buena o moderada respuesta EULAR. Los datos recogidos fueron: demográficos (edad, sexo, peso), clínicos (presencia de factor reumatoide (FR), Ac antipéptidocíclicocitrulinado (ACPA), erosiva, DAS28) y farmacológicos (nº biológicos previos, dosis y pauta). Éstos se obtuvieron de la base de datos de la Unidad de Terapias Biológicas (UTB) del hospital. El retratamiento se realizó volviendo a la dosis según FT o a la dosis anterior a la recaída, según criterio del médico responsable. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 15.0.

RESULTADOS: 91 pacientes recibían tratamiento con TB optimizada para AR, de los cuales 28 (30,8 %) presentaron recaída. La mediana de edad fue 59,0 años y 24 (85,7 %) pacientes eran mujeres. 18 (64,3 %) y 20 (71,4%) pacientes presentaban FR y ACPA, respectivamente. 23 (79,3 %) pacientes tenían enfermedad erosiva. Respecto al tratamiento con biológicos previos al estudio, 22 (35,5 %) pacientes eran naïve, 2 (6,9 %) habían recibido 1 biológico, 4 (13,8 %) 2 biológicos y 1 (3,5%) 3 biológicos. De los 28 pacientes, 9 (31,0 %) estaban en tratamiento con adalimumab, 7 (24,1 %) con etanercept, 6 (20,7 %) con tocilizumab, 3 (10,3 %) con abatacept, 2 (6,9%) con certolizumab y 1 (3,5 %) con infliximab. La media de tiempo en desintensificación antes de recaída fue 17,2 (13,7) meses. El 75% de los pacientes alcanzaron buena o moderada respuesta EULAR tras reintensificación de TB: 15 (51,7 %) requirieron volver a dosis de FT y 13 (44,8 %) a dosis anterior a la recaída.

CONCLUSIONES: Menos de un tercio de los pacientes con dosis optimizadas en AR sufren una recaída., Tres cuartas partes recuperan la respuesta terapéutica tras reintensificación de TB, y la mitad de ellos precisa volver a la dosis según ficha técnica.

Es importante la monitorización estrecha de los pacientes optimizados para que el retratamiento se instaure lo antes posible.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

852. RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN DE DIGOXINA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CRÓNICOS

AUTORES: García Iranzo Em, Martí Llorca A, Gutiérrez Vozmediano R, Rodríguez Lucena Fj, Sanz Tamargo G, Navarro Ruiz A.

Hospital Gral. Univ. De Elche. Camí De L'Amassera, 11. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: La digoxina es un fármaco indicado en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, especialmente la insuficiencia cardiaca y la fibrilación auricular.

La concentración sérica de digoxina (CSD) ha de situarse entre 0,5 y 2 ng/mL, por lo que se recomienda la monitorización de la misma de manera periódica desde atención primaria (AP), evitando así, problemas del tratamiento relacionados con dosificaciones inadecuadas.

OBJETIVO: Valorar la monitorización de CSD solicitada desde AP, a través del número de pacientes que acuden a Urgencias con niveles inapropiados de digoxina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes en tratamiento con digoxina que pertenecen al departamento de un Hospital General Universitario con 6 Centros de Salud (CS) adscritos.

La selección de la población del estudio se realiza a través de un corte transversal de pacientes en tratamiento activo con digoxina en marzo de 2015 y que presentan al menos, una determinación de CSD en la base de datos del Área de Farmacocinética del Servicio de Farmacia (registro de determinaciones farmacocinéticas desde el año 2006 hasta la actualidad). La información de AP se extrae de la base de datos del programa Abucasis®.

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, diagnóstico, CS y médico asignado, número determinaciones anuales y totales, número de visitas y valores de CSD que se han determinado desde el Servicio de Urgencias.

Posteriormente, se agrupan los resultados de todo el departamento y se clasifican en dos grupos:

Grupo-1. Pacientes que no están en seguimiento desde AP: Aquellos que tienen una o varias determinaciones de CSD realizadas de manera esporádica. Son pacientes a los que de manera puntual se les han analizado las concentraciones del fármaco y cuya solicitud viene tramitada exclusivamente desde Atención Especializada(AE).

Grupo-2. Pacientes que están en seguimiento desde AP: Aquellos que tienen una o varias determinaciones de CSD analizadas de manera periódica y solicitadas desde AP, es decir, son pacientes que se encuentran en seguimiento rutinario por su CS.

RESULTADOS: Un total de 316 pacientes de nuestro departamento, presentan una o más determinaciones de CSD realizadas en el hospital, 220 mujeres y 96 varones, edad media=78,07 años (51-98), con diagnósticos por ICC 21(6.6%); FA 151 (47.8%); FA + ICC 54 (17%) y otros diagnósticos 90(28.6%).

De los 316 pacientes, 192(60,7%) pertenecen al grupo-1, pacientes sin seguimiento farmacocinético, y 124(39,3%) al grupo-2, con seguimiento farmacocinético desde AP.

Del grupo 1, 25(13%) pacientes han acudido Urgencias intoxicados con CSD>2ng/ml en 29 ocasiones, y 39(20,3%) por presentar síntomas debido a una baja dosificación con CSD

De los pacientes del grupo 2, 4(3,2%) han visitado Urgencias por intoxicación digitalica y 5(4%) por infradosificación.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio se ha observado una notable diferencia entre los pacientes monitorizados y no monitorizados desde AP que acuden al Servicio de Urgencias por problemas relacionados con el tratamiento de digoxina, por lo que un adecuado seguimiento farmacocinético puede mejorar los resultados de esta población de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

641. REVISIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A FICHA TÉCNICA

AUTORES: Umerez Igartua M, Lizardi Mutuberria A, Urretavizcaya Anton M, Zurutuza Lopez A, Aranguren Redondo A, Irastorza Larburu B.

Hospital Universitario Donostia. Pº Dr. Beguiristain, 109. Guipúzcoa. España

Introducción: Fampridina (Fampyra ®) Es Un Medicamento Con Indicación En La Mejoría De La Marcha En Pacientes Adultos Con Esclerosis Múltiple Con Discapacidad De La Marcha Grado 4-7 En La Escala De Discapacidad De Kurtzke (Edss).

OBJETIVOS: Revisar la eficacia en la práctica clínica de fampridina 10 mg (Fampyra®) a los 15 días del inicio de la terapia, revisar la incidencia de efectos adversos (EA) y evaluar la adecuación a la ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Población a estudio constituida por pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple que iniciaron tratamiento con fampridina (Fampyra ®) 10 mg vía oral, entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de abril de 2015 en un hospital terciario. Se realizó la prueba cronometrada de la marcha T25FW al inicio y a los 15 días, considerándose eficaz una mejoría del 20%. Se registraron los efectos adversos acontecidos durante el tratamiento y los motivos de cese del tratamiento.

RESULTADOS: Se han revisado un total de 30 pacientes, 63% mujeres y 37% hombres. La mediana de edad es de 53 años (34-71) y el promedio en la escala de discapacidad EDSS 5,12.

La eficacia no se pudo valorar en 8 pacientes (27%, causas: 5 pacientes iniciaron tratamiento en otro hospital y 3 lo cesaron antes de los 15 días por EA). De los 22 pacientes restantes el tratamiento resultó eficaz en 11 pacientes (50%). La media de mejoría en la prueba T25FW fue del 20,33%. A pesar de la ineficacia, en los restantes 11 pacientes el tratamiento se continuó para su reevaluación a los 3 meses.

11 pacientes (37%) presentaron EA, de los cuales 8 (27%) dejaron el tratamiento. Los EA descritos fueron los siguientes (número de pacientes, %): trastornos del sistema nervioso (8, 26,7%; mareo: 4, cefalea: 2, trastorno del equilibrio: 2); trastornos musculoesqueléticos (5, 17,6%; pérdida de fuerza en extremidades: 2, dolor de pierna: 2, dorsalgia: 1); infecciones del tracto urinario (3, 10%); trastornos gastrointestinales (2, 6,7%; náuseas: 1, estreñimiento: 1); astenia (2, 6,7%); insomnio (2, 6,7%) y claudicación de extremidades inferiores (1, 3,3%).

CONCLUSIONES: - La media de mejoría en la prueba cronometrada de la marcha T25FW de nuestra población (20,33%) es ligeramente inferior a la constatada en los dos ensayos clínicos pivotaes (MS-F203 26,3% y MSF204 25,3%).

- El perfil y frecuencia de los efectos adversos observados en nuestra población son los descritos en la ficha técnica del medicamento.

- Según ficha técnica el beneficio clínico del tratamiento debe identificarse en el plazo de dos semanas y suspender el tratamiento si el paciente no notifica beneficio. En los casos en los que el tratamiento no ha demostrado beneficio a las dos semanas, la práctica en nuestro centro ha sido la continuación del tratamiento a un plazo medio de 3 meses.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

972. REVISIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO DE LA FAMPRIDINA TRAS DOS SEMANAS DE TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Bartolomé García E, García Yubero C, Arbex Bassols A, Miralles Martínez A, Borrega Canelo L, Martínez Hernández A.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/Budapest 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de Fampridina tras dos semanas de tratamiento en pacientes con esclerosis múltiple (EM) con deterioro de la marcha.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, retrospectivo en pacientes con EM con deterioro de la marcha que hayan iniciado tratamiento con Fampridina, pertenecientes a dos centros hospitalarios. Las evaluaciones clínicas para valorar efectividad incluyeron el test de los 25 pasos (T25FW), la grabación en video del mismo y el test de 12 ítems Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12). Las evaluaciones se realizaron al inicio y tras dos semanas de tratamiento con Fampridina 10 mg dos veces al día. El beneficio clínico del tratamiento se definió como una mejora en la puntuación del T25FW $\geq 20\%$ o disminución de 6 o más puntos en el MSWS-12.

RESULTADOS: Iniciaron tratamiento 75 pacientes con una edad media de 52,66 años (30,5-71,5), un 57,33% eran mujeres, presentando EM-RR un 37,33%, EM-PP 14, 67% y EM-SP 48% y un EDSS medio 5,64 (2-7,5). No se pudo evaluar la efectividad en 6 de ellos. Los 69 pacientes evaluables presentaron unos valores basales medios de 19,70 segundos (IC 95% 17,00 a 22,40) en T25FW y 49,59 puntos (IC 95% 47,51 a 51,68) en MSWS-12; y tras 14 días 13,74 (IC 95% 11,92 a 15,56) y 36,80 (IC 95% 33,67 a 39,92) respectivamente. El 79,71% continuaron tratamiento tras reevaluación a las dos semanas, de ellos el 5,45% no cumplieron los criterios pre-especificados de efectividad. Del total de pacientes evaluables presentaron beneficio clínico el 75,36% por mejora $\geq 20\%$ en el T25FW; el 65,22% por mejora ≥ 6 puntos en el MSWS-12, y el 50,72% en ambos simultáneamente. Los valores del T25FW mejoraron en 5,96 segundos (IC 95% 7,37 a 4,54) y las puntuaciones del MSWS-12 mejoraron en un promedio 12,8 puntos (IC 95% 9,64 a 15,95). En el 48% de los pacientes se llevó a cabo la grabación del T25FW, apreciándose mejoría en el 75% de ellos. En cuanto a la seguridad, en la muestra inicial (N=75), el 18,67% pacientes experimentaron acontecimientos adversos, siendo los más frecuentes trastornos del equilibrio (64,29%) y cefalea (14,29%).

CONCLUSIONES: En esta serie de casos, una proporción elevada de pacientes demostró un beneficio clínico debido al tratamiento con Fampridina, claramente superior al obtenido en los EC pivotaes. Es necesario prolongar este estudio para determinar cómo evoluciona este beneficio clínico en el tiempo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

751. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA Y/O PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES TRATADOS CON NATALIZUMAB

AUTORES: Echave Espot M, Casado Ruiz V, Ginestal López R, Oyagüez Martín I, Casado Gómez MA. Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia. Pº Joaquin Rodrigo 4-I. Madrid. España

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática de la evidencia disponible sobre el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y productividad laboral en pacientes con esclerosis múltiple (EM) que han recibido tratamiento con natalizumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos nacionales (IBECS, IME), internacionales MEDLINE (PUBMED) y la Biblioteca Cochrane hasta febrero de 2014 utilizando las palabras clave (MeSH – medical subject headings): “natalizumab” AND-“multiple sclerosis” AND- (“quality of life” OR “productivity”-OR “work productivity”). Los criterios de inclusión definidos fueron: a) artículos en español o inglés, b) estudios, con un seguimiento de al menos 1 año, que evaluaran mediante cuestionarios validados el impacto de natalizumab en la CVRS y c) estudios que evaluaran la productividad laboral en pacientes en tratamiento con natalizumab. Se excluyeron las publicaciones donde natalizumab se administró en patologías diferentes a EM.

RESULTADOS: Se identificaron 56 artículos potenciales (48 MEDLINE y 8 Biblioteca Cochrane) de los cuales 4 eran duplicados y fueron eliminados previo a la aplicación de los criterios de selección. Se excluyeron 44 artículos [12(27%) evaluación eficacia/seguridad de natalizumab, 7(16%) evaluaciones económicas, 3(7%) medida de CVRS sin instrumentos validados o sólo análisis descriptivo, 7(16%) uso de natalizumab en otras patologías diferente a EM o distinto medicamento y 15(34%) revisiones sistemáticas]. Adicionalmente se identificaron 2 artículos tras revisión manual de las citas bibliográficas que cumplían criterios de inclusión.

Se incluyeron 10 estudios de los cuales 3(30%) eran modelizaciones, 4(40%) estudios evaluaban la CVRS en la práctica clínica habitual tras la administración de natalizumab, 2(20%) meta-análisis de los estudios AFFIRM y SENTINEL y 1(10%) estudio evaluaba el efecto de natalizumab sobre la productividad laboral.

Los principales resultados obtenidos fueron:

- Se produjo una mejora o mantenimiento respecto a las puntuaciones basales de CVRS relacionada con la salud a los 12 meses de tratamiento con natalizumab, medida tanto con cuestionarios validados generales (SF-12, EQ-5D, EVA) como específicos de EM (MSIS-29).
- El tratamiento con natalizumab mejoró significativamente ($p < 0,05$) las puntuaciones del componente físico y mental del cuestionario SF-36 así como de la escala visual analógica en comparación con placebo durante los dos años de los estudios AFFIRM Y SENTINEL.
- Un mayor porcentaje de pacientes tratados con natalizumab mejoraron en el dominio físico (24,9% y 23,3%) o mental (28,5% y 17,1%) del cuestionario SF-36 frente a grupo placebo o IFN β -1a intramuscular en los estudios AFFIRM y SENTINEL.
- La ganancia en años de vida ajustados por calidad (AVAC) en los pacientes tratados con natalizumab, en horizontes temporales comprendidos entre 2 y 20 años, fue ligeramente superior que con los comparadores analizados (fingolimod, todos los IFN β , IFN β -1a, no tratamiento).
- Los pacientes tratados con natalizumab aumentaron de forma significativa (p

CONCLUSIÓN: Los resultados de los estudios revisados, a pesar de la diversidad de su metodología, sugieren que el tratamiento con natalizumab mejora la CVRS y la productividad laboral de los pacientes con EM.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

518. ROMIPLOSTIM EN TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA: EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO

AUTORES: Alañón Plaza E, Gallego Aranda T, Serra López-Matencio Jm, Pérez Abánades M, Ramírez Herráiz E, Morrell Baladrón A.

Hospital Universitario La Princesa. C/Diego De León, 62. Madrid. España

OBJETIVOS: La Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI) es una enfermedad autoinmune adquirida caracterizada por una destrucción acelerada y una producción inadecuada de plaquetas. Romiplostim está indicado para pacientes adultos esplenectomizados con PTI crónica refractarios a otros tratamientos, y en pacientes no esplenectomizados en los que la cirugía está contraindicada.

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de romiplostim en pacientes con PTI a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se ha evaluado la respuesta plaquetaria de los pacientes que iniciaron tratamiento con romiplostim en 2010, con seguimiento hasta mayo 2015.

Datos recogidos: edad, sexo, peso, antecedentes de esplenectomía, tratamientos previos y dosis de romiplostim. Se evaluó la respuesta plaquetaria sostenida, definida como un recuento plaquetario semanal $\geq 50 \times 10^9/L$ presente seis o más veces durante 10 semanas de tratamiento en ausencia de rescate. Se determinó el número de semanas con respuesta plaquetaria y la necesidad de tratamientos de rescate (inmunoglobulinas/corticosteroides). Se evaluaron

los pacientes con respuesta plaquetaria con dosis estable, definida como la dosis mantenida en $\pm 1 \mu\text{g}/\text{kg}$ durante las últimas ocho semanas de tratamiento. Se describe la situación al final del estudio (continuación de tratamiento y porcentaje del tiempo con $\geq 50 \times 10^9/\text{L}$ plaquetas).

RESULTADOS: Se incluyeron 9 pacientes, 5 mujeres y 4 hombres con una media de edad de 70,1 (DE=16,2) años. 2 pacientes esplenectomizados y 7 no esplenectomizados con una media de 2,8 (DE=1,6) tratamientos previos que consistieron en corticoides, inmunoglobulinas, danazol, azatioprina y rituximab. El tiempo medio de tratamiento fue de 175,3 (DE=94,2) semanas. La media de la dosis promedio semanal de romiplostim en pacientes esplenectomizados fue de 4,0 (DE=3,0) $\mu\text{g}/\text{kg}$ y de 2,0 (DE=1,0) $\mu\text{g}/\text{kg}$ en no esplenectomizados.

Todos los pacientes alcanzaron respuesta plaquetaria sostenida siendo 143,9 (DE=96,1) el número medio de semanas con recuentos plaquetarios $\geq 50 \times 10^9/\text{L}$. 6 pacientes necesitaron tratamiento de rescate. Menos un paciente, el resto presentaron respuesta plaquetaria con dosis estable.

Las causas de fin de tratamiento fueron: pérdida de seguimiento (1 paciente), riesgo trombótico aumentado (1 paciente), resistencia al fármaco (1 paciente), pérdida de eficacia a dosis máxima de fármaco (1 paciente) y solicitud de cambio de tratamiento (1 paciente).

Actualmente, 1 paciente esplenectomizado y 3 no esplenectomizados continúan en tratamiento con una media de tiempo de respuesta plaquetaria de 93,18%.

CONCLUSIONES: Romiplostim constituye una alternativa efectiva a largo plazo para los pacientes con PTI resistente a la terapia convencional, alcanzando respuesta plaquetaria sostenida en el 100% de los pacientes de este estudio y un 88% del tiempo de tratamiento con un número de plaquetas adecuado. Los pacientes que continúan en tratamiento han mantenido recuentos plaquetarios $\geq 50 \times 10^9/\text{L}$ durante más del 90% del tiempo. El 67% de los pacientes ha requerido terapia de rescate. Las dosis se adecuan a las especificaciones de ficha técnica ajustadas individualmente al número de plaquetas, sin sobrepasar en ningún caso dosis máxima (10 $\mu\text{g}/\text{kg}$). El perfil de seguridad ha sido favorable sin notificarse en ningún caso reacciones adversas graves.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

358. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

AUTORES: Gilabert Sotoca M, Martínez Sogues M, Pons Llobet N, Parada Saavedra Fj, Martínez Castro B, Schoenenberger Arnaiz Ja.

Hospital Universitari Arnau De Vilanova (Lleida). Avda Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVOS: Los tratamientos en situaciones especiales presentan, en su mayoría, limitada experiencia de uso en la indicación solicitada y/o un coste elevado, y precisan autorización por una comisión evaluadora específica integrada por miembros de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, Dirección Médica y Dirección Económico-Financiera. Se clasifican en cuatro tipos: (1) medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, (2) utilizados en condiciones diferentes a las autorizadas (off-label), (3) sujetos a criterios de uso (uso restringido) o (4) en programa de uso compasivo.

Los objetivos de este estudio han sido describir la representatividad de dichas solicitudes en nuestro centro y analizar el tipo de respuesta y las causas de finalización del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y transversal de los tratamientos en situaciones especiales solicitados de mayo a noviembre de 2014 en un hospital médico-quirúrgico de segundo nivel. Se recogieron los siguientes datos: identificación del paciente, tratamiento prescrito, indicación, tipo de solicitud, servicio solicitante, resolución de la solicitud (aprobado o denegado), fechas de inicio y fin del tratamiento y motivo de finalización (fin de tratamiento por tener duración limitada (FT), progresión de la enfermedad (PE), toxicidad/mala tolerancia (T) y exitus (E)). La respuesta, evaluada mediante la revisión de la historia clínica informatizada de los pacientes, se categorizó en: beneficio clínico (si se objetivaba curación, respuesta completa, respuesta parcial o estabilidad de la enfermedad), ineficacia o respuesta no valorable.

RESULTADOS: Se registraron 77 solicitudes (15 no incluidas en guía, 29 off-label, 16 usos restringidos y 17 usos compasivos). Ocho fueron denegadas y de las 69 aprobadas, 12 no llegaron a iniciarse.

Las 57 solicitudes evaluables fueron realizadas por 13 servicios, correspondiendo principalmente a oncología (47%; n=27), seguido de hematología (16%; n=9) y neurología (12%; n=7).

El 51% (n=29) de los pacientes mostró beneficio clínico del tratamiento, el 23% (n=13) ineficacia y en el 26% (n=15) la respuesta aún no era valorable.

De los 29 tratamientos en que se objetivó respuesta, 22 continuaban activos, con una mediana de días de tratamiento de 138 (68 – 267) en el momento de corte. Los 7 pacientes restantes habían finalizado por: FT en 5 pacientes, PE en 1 y T en 3 y tuvieron una mediana de días de duración de 14 (1 – 47).

Todos los tratamientos ineficaces correspondieron a solicitudes de onco-hematología y representaron el 36% de las mismas, 3 de los cuales fueron exitos con el tratamiento activo. La mediana de duración de estos tratamientos fue 62 días (6 – 178).

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos indican que los tratamientos oncológicos son los más solicitados.

La mitad de los pacientes como mínimo se benefician de los tratamientos especiales solicitados, aunque una tercera parte de los tratamientos solicitados para enfermedades onco-hematológicas resulta ineficaz.

Es importante realizar seguimiento de las solicitudes de tratamientos en situaciones especiales, una vez que se evalúan y autorizan, con el fin de optimizar su utilización y posicionar su uso en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1201. SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA

AUTORES: Salazar Bravo M, Torné Torres M, Gutierrez Zuñiga L.

Complejo Hospitalario Granada. Hospital Virgen De Las Nieves. Avda. Fuerzas Armadas Nº 2. Granada. España

OBJETIVO: La administración de hierro intravenoso en altas dosis aporta ventajas para la optimización de pacientes con anemia ferropénica en espera de intervención quirúrgica. Los tiempos para su administración previa a la intervención quirúrgica y las dosis deben ser optimizados en la práctica clínica real. Nuestro hospital dispone de un protocolo de uso del hierro carboximaltosa consistente en tratar a pacientes adultos con anemia ferropénica (valores de Hemoglobina (Hb)

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de tratamiento de hierro carboximaltosa en un hospital de tercer nivel y la adaptación a un protocolo de uso.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo donde se evalúan los formularios de solicitud cumplimentados por el servicio de anestesia y se completa la información a través de las bases de datos del hospital de información clínica (Diraya Clinica) y de laboratorio (Labweb) relativos a valores de ferritina, hemoglobina, dosis administrada, fecha de administración e intervención quirúrgica.

RESULTADOS: Entre abril de 2014 y marzo de 2015, se trataron 44 pacientes por el servicio de anestesia. El 61,36% de los formularios contenían la información mínima (valores de hemoglobina, peso del paciente y ferritina). Previa a la administración del hierro, el valor medio de hemoglobina fue de 10,07 g/dl (intervalo mínimo - máximo: 6,5-12,5). Se determinó a 25 pacientes (56%) el valor de hemoglobina previa a la operación observándose un incremento del valor medio de hemoglobina de 2,31 g/dl. (media de días para la medida del valor:37,4 días). La media de dosis administrada fue de 1,38 g/paciente, dos pacientes sobrepasaron las dosis aprobadas (3 y 4g), en estos pacientes el incremento de valor de Hb fue de 1,2 y 1,5 g respectivamente, el valor de ferritina en uno de ellos fue 932mg/l y en el otro no se midió.

La razón entre las dosis administradas y la dosis calculada por la fórmula de Ganzoni (para una HB ideal de 15 g/dl), fue de 1,2 (0,27- 3,7). Se administró el doble de dosis en el 13,5% de los pacientes y se consideraron dosis infraterapéuticas (relación

CONCLUSIONES: Aun consiguiendo valores de hemoglobina similares a las publicadas, la participación de un fármaco tendría un papel importante en la optimización del protocolo de uso de hierro para una mejor adaptación a las dosis y tiempos previa a la cirugía.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

580. SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE DEXMETETOMIDINA EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES: Rojo Sanchis Am, Gramage Caro T, Lietor Villajos Ja, Molina Mendoza Md, Álvarez Díaz A, Bermejo Vicedo T.

Hospital Univ. Ramón Y Cajal. Crta Colmenar Viejo, Km, 9,100. Madrid. España

OBJETIVO: Estudiar la seguridad de dexmedetomidina en pacientes adultos ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en pacientes críticos de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados en la UCI Médica, tratados con dexmedetomidina entre abril 2013 y abril 2015. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, indicación de dexmedetomidina, utilización de ventilación mecánica, duración de tratamiento, valor en la escala RASS, fármacos sedantes concomitantes y fármacos utilizados en rescates de sedoanalgesia. Para poder analizar los efectos adversos más frecuentes y/o graves del fármaco se registraron los valores de tensión arterial (diastólica, sistólica y media (TAM)) y frecuencia

cardíaca (FC) (cada hora durante las primeras 4 horas tras la introducción de dexmedetomidina, tras la administración de rescates de sedoanalgesia y tras la retirada de dexmedetomidina), la aparición de delirium y de cuadro de abstinencia tras la retirada. Se considera hipotensión si TAM \geq 95mmHg y Bradicardia si FC

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 26 pacientes, edad media 62 años, 65% hombres. Los diagnósticos más frecuentes fueron sepsis (31%) y encefalitis (12%). Las indicaciones para dexmedetomidina fueron sedoanalgesia (65%) y suspensión de la ventilación mecánica asistida (35%). El 85% de los pacientes tenía ventilación mecánica. La mediana de duración de tratamiento fue 6 días y la de la escala de sedación RASS fue 0. Los fármacos sedantes concomitantes más frecuentes fueron propofol (46%) y fentanilo (29%) y los empleados en rescates midazolam (34%), clorazepato (24%) y haloperidol (17%). El número medio de rescates por paciente fue de 3,8. En un 12% de los pacientes se produjo delirium. Un paciente presentó cuadro de abstinencia tras la retirada.

Se registraron 1 o más episodios de hipertensión en un 34,6% de los pacientes, de hipotensión en el 27% y de bradicardia en el 23%. No se produjo una variación significativa de la tensión arterial de los pacientes durante las 4 primeras horas de tratamiento con dexmedetomidina. A las 2 horas de la infusión la frecuencia cardíaca media disminuyó de 76 a 72 lpm ($p=0,02$) y a las 4 horas de 76 a 71 lpm ($p=0,01$). Los rescates de sedoanalgesia durante el tratamiento con dexmedetomidina modificaron significativamente la tensión sistólica ($p=0,01$) y la diastólica ($p=0,02$), pero no la frecuencia cardíaca. No se produjeron variaciones significativas en la tensión ni en la frecuencia cardíaca tras la retirada de dexmedetomidina.

CONCLUSION: Los resultados de nuestros pacientes son similares a los descritos en la bibliografía. A pesar de que se producen variaciones en los valores de TAM y FC, no dificulta el manejo de la medicación y el seguimiento del paciente en el entorno de una unidad de pacientes críticos, por lo que se puede considerar un fármaco seguro en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

689. SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE MEZCLAS BINARIAS EN INFUSOR DE 50 HORAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR POST-OPERATORIO

AUTORES: Echeverría Gorriti A, Luri Fernández de Manzanos M, Lafuente Jiménez A, Pellejero Jiménez R, Idoate García A, Aquerreta González I.

Clínica Universidad de Navarra. Avenida Pío XII 36. Navarra. España

OBJETIVO: Analizar la seguridad del uso de mezclas binarias con analgésicos, administradas mediante infusores en perfusión continua, para el control del dolor post-operatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que llevaron infusores con mezclas binarias en perfusión continua de 50 horas para el control del dolor post-operatorio desde el 1/9/14 al 31/1/15.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, departamento responsable y tipo de mezcla binaria administrada, que podía ser ketorolaco 120 mg + metamizol 6g (KM), tramadol 300 mg + ketorolaco 120 mg (TK), tramadol 300mg + metamizol 6g (TM) o tramadol 300 mg + ondansetron 8mg (TO).

Para evaluar la seguridad, se revisaron las historias clínicas de los pacientes teniendo en cuenta las notas de evolución médicas y registros de enfermería.

RESULTADOS: 126 pacientes recibieron analgesia post-operatoria mediante infusores con mezclas binarias programadas para la administración durante 50 horas. De ellos, el 40,5% eran mujeres y la mediana (rango) de edad fue de 62 años (18-86). El 42,1% de los pacientes estaba a cargo de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el 56,3% de Cirugía General y el resto de otros departamentos. En cuanto al tipo de cirugía, las más frecuentes fueron laparoscopias (27%), prótesis total de cadera/rodilla (23,8%) y eventrorrafias y herniorrafias (10,3%).

El 88% de los pacientes recibió la mezcla KM, el 5,6% la mezcla TK, el 2,4% TM y el 4% TO.

En un 26,2% de los casos se registraron RA, y en la mitad de los casos éstas se presentaron el mismo día de la cirugía. El 11,1% de los pacientes presentó náuseas y vómitos, un 8,7% mareos, un 4% hipertensión arterial, un 1,6% estreñimiento y un 0,8% picor.

La duración del infusor fue de 50 horas en el 62% de los pacientes, en un 1% el infusor se retiró a las 36 horas y en el 37% restante el infusor se retiró a las 24 horas. Sin embargo, únicamente en un paciente la retirada del infusor se debió a efectos adversos (náuseas grado 2), a pesar de que la mezcla (TO) contenía antiemético. En el resto, el infusor se retiró porque los pacientes fueron dados de alta.

De los pacientes que presentaron RA, 28 (84,9%) recibieron ketorolaco+metamizol, 3 (9,1%) tramadol+ondansetron, 1 (3%) tramadol+metamizol y 1 (3%) tramadol+ketorolaco.

CONCLUSIONES: Las mezclas binarias de tramadol-ondansetron, ketorolaco-metamizol, ketorolaco-tramadol y tramadol-metamizol en infusores de 50 horas para el control del dolor post-operatorio fueron bien toleradas por los pacientes sometidos a cirugía.

Es difícil establecer la causalidad de las reacciones adversas observadas ya que muchas de ellas se presentaron durante el primer día post-operatorio, por lo que podrían ser debidos a la propia cirugía o a la anestesia recibida.

Para confirmar los resultados obtenidos sería conveniente realizar un segundo estudio prospectivo valorando además la apreciación subjetiva de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

419. SUPERVIVENCIA GLOBAL DE ENZALUTAMIDA PRE-QUIMIOTERAPIA: ANÁLISIS DEL ÁREA BAJO LA CURVA

AUTORES: Fénix Caballero S, Díaz Navarro J, Blanco Castaño MÁ, Alegre del Rey EJ, Ríos Sánchez E, Borrero Rubio JM.

Hospital Universitario Puerto Real. Ctra N-IV, km 665. Cádiz. España

OBJETIVO: Estudiar el beneficio absoluto de supervivencia de enzalutamida en cáncer de próstata metastásico previo a quimioterapia mediante el análisis gráfico del área bajo la curva (AUC).

MÉTODOS: Se extrajo la gráfica de supervivencia global de enzalutamida prequimioterapia frente a placebo del ensayo de Beer et al. Se aplicó un método de análisis gráfico previamente validado, que obtiene un beneficio neto en supervivencia considerando los resultados de toda la gráfica, y una mejor concordancia con el hazard ratio que la diferencia de medianas. Según este método, las curvas deben ser delimitadas por la derecha considerando el número de pacientes a riesgo. Se establecieron tres líneas para delimitar el área: V, T y H. La línea vertical V, corta el eje de abscisas en el punto en el que quedan 10 pacientes a riesgo en cada grupo o 30 en total, y se define como t' . Como límite inferior de las curvas, se estableció la línea horizontal H, recta perpendicular al eje de ordenadas y que pasa por la intersección entre V y la curva más elevada. Finalmente, se define el límite horizontal superior, T, como la perpendicular al eje de ordenadas en su valor máximo. El área (A_{total}) del rectángulo formado por el eje de ordenadas y las líneas V, H y T, representa la supervivencia que habría tenido la población para la cual se dispone de datos fiables de tiempo hasta el evento, si ningún paciente hubiese muerto. Se define el AUC como el área entre la propia curva, el eje de ordenadas y las líneas de corte vertical y horizontal, y se calcula la supervivencia de cada rama como $AUC/A_{total} \times t'$. Se utilizó Photoshop-CS6 para el cálculo gráfico del AUC y se comparó el resultado obtenido por este método con la diferencia de medianas del estudio publicado (2,2 meses).

RESULTADOS: En la gráfica de enzalutamida prequimioterapia frente a placebo, el corte vertical V se realizó en el punto en que quedaban 33 y 27 pacientes a riesgo, respectivamente, con un seguimiento de 30 meses. Esto incluyó un 42,76% de pacientes en el análisis. El tiempo hasta el evento del resto de pacientes no podrá ser analizado de forma fiable mientras no se disponga de resultados más maduros de supervivencia. La supervivencia global mediante el método AUC de enzalutamida frente a placebo fue de 4,39 meses (19,51 frente a 15,12 meses). Esta diferencia es 2,19 meses superior a la diferencia de medianas del estudio publicado.

CONCLUSIONES: El beneficio obtenido por AUC duplica el resultado de la diferencia de medianas, hecho que podría tener implicaciones importantes en los estudios de coste-efectividad del fármaco. Puesto que ambas curvas atraviesan la mediana cuando quedan pocos pacientes a riesgo, el resultado obtenido muestra un valor de supervivencia mucho más fiable que la información contenida en la gráfica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

502. TERAPIA SECUENCIAL DE OMEPRAZOL. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

AUTORES: Alonso Fito L, Hernandez Lopez A, Garcia Lopez L, Gomez Sayago L, Coloma Peral R, Marin Ventura L. Hospital General De Segovia. Ctra. Avila, S/N. Segovia. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico, mediante la realización de terapia secuencial del omeprazol intravenoso, en pacientes ingresados que cumplen los criterios para recibir el medicamento por vía oral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, analítico de cohortes durante 6 meses, en el que se analizaron todos los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario que cumplían los criterios de inclusión. Éstos fueron: paciente ingresado, de 18 a 99 años, en tratamiento con otros medicamentos v.o., capaz de recibir alimentos v.o. al menos 24h antes de implantar la terapia secuencial, ausencia de alteraciones del aparato digestivo que afecten a la capacidad de deglución o absorción, en tratamiento farmacológico con Omeprazol i.v. al menos 24h

antes de la intervención. Criterios de exclusión: sonda nasogástrica, problemas de malabsorción crónica, diagnóstico de disfagia, patología cuya recomendación principal de tratamiento sea omeprazol i.v., pacientes ingresados en UCI, cuidados paliativos, unidad de psiquiatría o el módulo penitenciario. La recogida de datos se realizó en una base Excel diseñada a tal efecto, en la que se recogían datos de diagnóstico al ingreso, posología, días desde fin de indicación intravenosa hasta cambio a vía oral, filiación, servicio prescriptor e índice de comorbilidad de Charlson. Se realizó en dos fases, una fase inicial de control para conocer cómo y cuándo se realiza el paso de la vía intravenosa a la vía oral y una fase posterior en la que se evaluó el resultado de la terapia secuencial implantada por el Servicio de Farmacia. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico Stata v.12 ®

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se analizaron 300 pacientes en una proporción 2:1, controles, casos. Se comprobó la homogeneidad de ambas poblaciones en cuanto a sexo, edad y comorbilidad. En el grupo de control el 93% de los pacientes permanecía con omeprazol intravenoso sin indicación una media de 4,27(0,33) IC95% [3,62-4,97] días de más, frente a un 72% tras la intervención, con una media de días hasta el cambio de 1,23 (0,12), IC95% [0,98-1,47] ($p < 0,0001$ logrank test). Las pruebas estadísticas confirmaron una disminución de la media de días con omeprazol i.v. fuera de indicación aunque estas diferencias no son significativas en todos los servicios, no alcanzándose significación estadística en los servicios de geriatría y oncología.

CONCLUSIONES: Con los datos del estudio confirmamos la hipótesis de que la prescripción de IBP i.v. en nuestro hospital no se ajustaba a las recomendaciones de seguridad actuales. Una vez realizada la intervención, hemos podido constatar que la intervención del farmacéutico mejora el perfil de seguridad del tratamiento de los pacientes disminuyendo de forma significativa la prescripción de IBP i.v. sin indicación.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

876. TERIFLUNOMIDA: ESTUDIO DE TOLERANCIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE RECIDIVANTE.

AUTORES: Castañeda Macias I, Alvarado Fernandez Md, Donoso Rengifo C, Jimenez Guerrero L, Vazquez Real M, Romero Carreño E.

Hospital Univ. Virgen Macarena. Avenida Doctor Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: La esclerosis múltiple forma parte de las enfermedades denominadas desmielinizantes. Se caracteriza por la inflamación y la destrucción de la mielina del Sistema Nervioso Central, respetando el Sistema Nervioso Periférico. Teriflunomida es un fármaco oral con propiedades inmunomoduladores y anti-inflamatorias que actúa inhibiendo a la dihidroorotato deshidrogenasa, una enzima mitocondrial implicada en la síntesis de novo de pirimidina. No se conoce el mecanismo exacto por el cual teriflunomida ejerce su efecto terapéutico en esclerosis múltiple recurrente recidivante, aunque parece estar mediado por una reducción del número de linfocitos activados en el Sistema Nervioso Central.

El objetivo de este estudio es analizar la tolerancia y efectos adversos asociados a teriflunomida en pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple recurrente recidivante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con teriflunomida desde julio de 2013 hasta enero de 2015, en un hospital de tercer nivel.

Las fuentes de información utilizadas fueron el módulo de pacientes externos (Landtools®), donde se registraron los pacientes que iniciaron tratamiento con teriflunomida; historia clínica electrónica (Diraya especializada), que recogió las reacciones adversas asociadas a teriflunomida e informes de laboratorio de análisis clínico.

Las variables recogidas fueron: sexo y edad de los pacientes en tratamiento con teriflunomida, reacciones adversas notificadas, valores de transaminasas, leucocitos, hemoglobina y plaquetas antes y durante el tratamiento.

RESULTADOS: Se seleccionaron 19 pacientes en tratamiento con teriflunomida, de los cuales un 84.2% eran mujeres y 15.8% hombres. La mediana de edad fue de 47 años (29-66). En el 36,8% (n=7) de los pacientes se registró algún efecto adverso relacionado con el fármaco: trastornos gastrointestinales (40%), caída del cabello (30%), cistitis (20%) y micosis en uñas (10%). Se detectaron alteraciones de las transaminasas en el 31,5% de los pacientes, superando 2 veces el límite superior de normalidad en un paciente.

Un 10.5% de los pacientes presentaron una leve disminución de los niveles de hemoglobina, mientras que los valores de leucocitos y plaquetas se mantuvieron dentro de la normalidad en todos los pacientes.

CONCLUSIONES: En general, teriflunomida es un fármaco bien tolerado por nuestros pacientes, no detectándose reacciones adversas de gravedad que motivaran la suspensión del tratamiento. Sin embargo es importante realizar un seguimiento estrecho de los pacientes que presentaron niveles altos de transaminasas, para detectar precozmente posibles signos de enfermedad hepática.

858. TEST DE GAXILOSA: EXPERIENCIA DE USO EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPOLACTASIA

AUTORES: San Juan Muñoz Ae, Juanbeltz Zurbano R, Etxeberria Uriz M, De Miguel Gaztelu M, Monteserín Garrastatxu I, Larrea Goñi N.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea 3. Navarra. España

OBJETIVO: describir la experiencia de uso de Gaxilosa como prueba diagnóstica de hipolactasia en un Hospital terciario de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a la prueba de Gaxilosa (LacTEST®), desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica en Mayo de 2014 hasta la actualidad (Mayo de 2015). Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo), clínicas (síntomas y mejoría subjetiva de los mismos al llevar a cabo una dieta restrictiva en lactosa) y diagnósticas (pruebas complementarias como colonoscopia, biopsia, gastroscopia, test del aliento y coprocultivo, pruebas alérgicas cutáneas, estudio de celiaquía y de infección por *Helicobacter Pylori* y resultado del LacTEST®). De acuerdo a la Ficha Técnica del medicamento, pacientes con valores urinarios de xilosa < 37.87 mg fueron considerados hipolactásicos. La información se obtuvo de la Historia Clínica Informatizada y de la aplicación de Atención Farmacéutica de la Unidad de Pacientes Externos.

RESULTADOS: Se analizó una población de 58 pacientes de los cuales 40 (69%) eran mujeres y 18 (31%) hombres. La edad media fue de 39.7 años y la mediana 37 años (rango 18-73). Los principales síntomas presentados fueron dolor abdominal (55.2%), diarrea (48.3%), dispepsia (29.3%) y meteorismo (29.3%), siendo lo más habitual la combinación de al menos dos de ellos. Previamente a la realización del LacTEST®, 28 pacientes (48.3%) refirieron una mejoría de los síntomas digestivos al seguir una dieta restrictiva en productos lácteos. De éstos, 8 (28.6%) tuvieron un LacTEST® positivo. De forma suplementaria y simultánea al test de Gaxilosa se llevaron a cabo las siguientes pruebas diagnósticas: colonoscopia en 16 pacientes (27.6%), biopsia en 23 casos y gastroscopia en otros 23 (39.6%), test del aliento en 11 pacientes (19%) y coprocultivo en 10 casos (17.2%). Se realizaron pruebas cutáneas de alergia en 8 pacientes (13.8%) y una fue positiva a productos lácteos. En 32/58 personas (55.2%) se hizo el estudio de celiaquía, diagnosticándose en 10 casos (31.2%) la enfermedad. La infección por *Helicobacter pylori* se detectó en 9/24 personas (37.5%). De los 58 pacientes que fueron sometidos al test de Gaxilosa, 17 (29.3%) resultaron hipolactásicos. A 11 (64.7%) de ellos se les practicaron técnicas invasivas complementarias, sin aportar nuevo diagnóstico. La mediana de la cantidad de xilosa excretada en orina en pacientes con test patológico fue 33 mg.

CONCLUSIÓN: dado que a un 64.7% de los pacientes hipolactásicos se les practicó simultáneamente la prueba del LacTEST® y técnicas invasivas, sería interesante establecer un orden de realización de estos métodos diagnósticos, dando prioridad al test de Gaxilosa y completando el estudio con el resto de pruebas sólo en aquellos pacientes en los que fuese necesario. De este modo, se evitaría emplear técnicas con posibles complicaciones secundarias y un consumo innecesario de recursos sanitarios.

356. TOLVAPTAN EN PACIENTES CRÍTICOS CON SOBRECARGA DE VOLUMEN

AUTORES: Ruiz Ramos J, Ramirez Galleymore P, Favieres Puigcerver C, Gordon Sahuquillo M, Broch Porcar Mj, Poveda Andres JI.

Hospital Universitario La Fe. Fernando Abril Martorell N°106, 46026 Valencia. Valencia. España

OBJETIVOS: % Diferentes estudios han relacionado el exceso de volumen en pacientes críticos con un exceso de mortalidad. El uso de diuréticos es la base del manejo de estos pacientes. No obstante, su uso no está exento de complicaciones incluyendo deterioro de la función renal y alteraciones electrolíticas. El efecto acuareético de tolvaptan se plantea como una nueva posibilidad en estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia inicial de uso de tolvaptan en el paciente crítico con sobrecarga de volumen resistente a diuréticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: %Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes críticos con anasarca refractaria a furosemida que fueron tratados con tolvaptan.

RESULTADOS: %Se incluyeron un total de 12 pacientes [9 hombres, edad media: 56,1 (SD:9,2) años, APACHE-II: 17,1 (7,4)]. Todos los pacientes recibieron previamente tratamiento con furosemida, a excepción de 2 pacientes cuyo uso se desestimó por nefropatía. Los pacientes recibieron una dosis inicial de 7,5 mg (n=2) y 15 (n=10) mg de tolvaptan, bajo modalidad de uso compasivo tras la aprobación de un protocolo de utilización por parte del comité ético del centro. En tres pacientes fue necesario un aumento de dosis. La mediana de duración del tratamiento fue

de 2 días (Rango: 1-12). Cinco pacientes (41,6%) presentaban hiponatremia cuando se inició el tratamiento con tolvaptan. Once pacientes (91,6%) aumentaron su diuresis en las primeras 24 horas del inicio de tolvaptan (mediana= 1,150 mL; Rango: 200 a 5045 mL), con una mediana en la variación del balance hídrico de -2,267(-485 a -3447) mL en las primeras 24 horas. Al final del tratamiento, la mediana en la variación del balance hídrico de los 12 pacientes fue de -4824 (-16784 a -1821) mL. La dosis de furosemida se redujo en 9 de los 12 pacientes durante el tratamiento, siendo retirada completamente en ocho de ellos. Siete pacientes (58,3%) presentaron hipernatremia (>150 mEq/L) desde el inicio de tratamiento hasta 48h tras su suspensión, observándose hipopotasemia leve (3 a 3,5 mEq/L) en cuatro (33,3%) pacientes. No se observaron modificaciones significativas del valor de las enzimas hepáticas en ninguno de los pacientes tratados.

CONCLUSIÓN: Tolvaptan constituye una alternativa efectiva en el manejo de pacientes críticos con exceso de volumen resistente o no susceptibles al tratamiento con diuréticos. No obstante, el balance hídrico, los electrolitos y a función renal deben ser estrechamente monitorizados durante el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

823. TOXINA BOTULINICA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRONICA

AUTORES: Lestón Vázquez M, Mondelo García C, Gonzalez Piñeiro S, Fernandez Bargiela N, Raña Martínez N, Martín Herranz Mi.

Xerencia De Xestión Integrada A Coruña. C/ As Xubias S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: La toxina botulínica A (TBA) tiene la indicación para el tratamiento de la migraña crónica a dosis de 155-195 unidades (UI) administradas por vía intramuscular cada 12 semanas. El protocolo de utilización de nuestro hospital limita el tratamiento con TBA a pacientes diagnosticados de migraña crónica que no hayan respondido al tratamiento con topiramato y al menos a otro tratamiento preventivo previo, o que sean intolerantes a los mismos. Además, se acordó valorar la continuación del tratamiento con TBA tras la segunda administración de TBA. Nuestro objetivo es evaluar y describir el cumplimiento de las condiciones de uso de la TBA en el tratamiento de la migraña crónica, así como el seguimiento de efectividad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con migraña crónica a tratamiento con TBA en un hospital de tercer nivel, durante julio/2014-mayo/2015 que tuvieran al menos 2 administraciones de TBA en el periodo de estudio. Fuentes de datos: impresos de solicitud de tratamiento remitidos por el servicio de neurología, historia clínica informatizada y base de datos de gestión del servicio de farmacia. Datos recogidos: edad, sexo, tratamientos antimigrañosos previos, comorbilidades, dosis y número de dosis administradas, tiempo a tratamiento con TBA, reacciones adversas, frecuencia e intensidad de las cefaleas/migrañas y coste del TBA. Se calculó el nºUI media/administración y coste medio/administración.

RESULTADOS: 18 pacientes con migraña crónica iniciaron tratamiento con TBA. 3 pacientes fueron excluidos del estudio por haber recibido menos de 2 administraciones. Edad media 48 años (rango: 43-59), 93% mujeres. El 47% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad asociada a un incremento del riesgo de migraña: obesidad, síndrome ansioso/depresivo, hernia cervical, foco epiléptico y abuso de analgésicos. El 100% de los pacientes había recibido previamente topiramato, el 80% amitriptilina, 67% flunaricina, 67% propranolol/nadolol y el 53% otros tratamientos en combinación con los anteriores (pregabalina, venlafaxina, zonisamida, gabapentina). La dosis media/administración fue 163UI (rango: 145-195), siendo el coste medio/administración de 138,97€. 2 pacientes desarrollaron dolor en el punto de inyección tras la administración de la TBA. En la valoración de la efectividad se tuvo en cuenta la frecuencia/intensidad/duración de las crisis. La TBA fue eficaz en el 93% de los pacientes. Se pudo prolongar el intervalo de administración a más de 12 semanas en uno de los pacientes tras la administración de la cuarta dosis. En el 13% de los pacientes la utilización del TBA se asoció a una disminución de medicamentos profilácticos para la migraña adquiridos por receta.

CONCLUSIONES: En nuestro hospital, el 100% de los pacientes con migraña crónica a tratamiento con TBA cumplía los requisitos de utilización. La TBA es una buena alternativa terapéutica para aquellos casos de migraña crónica refractaria al tratamiento convencional. Su elevado coste hace necesario la búsqueda de marcadores clínicos fiables pronósticos de buena respuesta.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

213. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS CRÓNICAS CON SEVOFLURANO DE USO TÓPICO

AUTORES: Puebla Villaescusa A, Legaria Gaztambide E, Imbernón Moya A, Santos Mena B, Rueda Naharro A, García Díaz B.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Avda. Orellana S/N. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: Las úlceras venosas crónicas son una patología común de difícil manejo, alto gasto sanitario y repercusión en la calidad de vida del paciente. Las opciones terapéuticas actuales para tratar el dolor provocado por las úlceras son los analgésicos orales, opioides y cremas anestésicas tópicas, los cuales originan diversos efectos adversos y complicaciones.

El sevoflurano es un anestésico general utilizado hoy en día como anestésico inhalatorio en inducción y mantenimiento de la anestesia quirúrgica. Aplicado tópicamente puede ser una opción para el tratamiento del dolor por úlceras, especialmente en pacientes en los cuales los efectos adversos por las anteriores terapias puedan suponer un riesgo.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad del uso tópico de sevoflurano en un paciente pluripatológico con úlceras venosas crónicas dolorosas ingresado en un Hospital General.

Materiales y métodos: Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apnea-hipoventilación, insuficiencia renal crónica y cardiopatía isquémica. Sufrió una trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho y a lo largo de un año desarrolló úlceras vasculares muy dolorosas en ambos miembros inferiores. Se inició tratamiento con curas diarias, antibióticos tópicos y múltiples ciclos de antibióticos orales con la curación del miembro inferior izquierdo. Sin embargo, las úlceras del miembro inferior derecho aumentaron en número y extensión, presentando exudación seropurulenta, signos de insuficiencia venosa crónica y sensación muy dolorosa al tacto.

Se inició tratamiento con Clindamicina 300mg/6h durante 14 días, inmovilización y estricto control de glucemia y tensión arterial, sin mejora del dolor y de la evolución de las úlceras. Debido al intenso dolor en las curas de las úlceras y por las contraindicaciones del uso de otros analgésicos sistémicos en una paciente pluripatológica y polimedica, se decidió la administración como uso compasivo de sevoflurano por vía tópica.

Se aplicó en las curas diarias suero fisiológico y seguidamente una irrigación directa de 10 mL de sevoflurano líquido sobre el lecho de las úlceras.

RESULTADOS: El efecto analgésico intenso se alcanzó a los 10 minutos, suponiendo ahorro del tiempo de enfermería, con una duración aproximada de 8 horas sin necesidad de otros analgésicos sistémicos. Su aplicación permitió realizar la limpieza de las úlceras con cepillado de clorhexidina, realizar desbridamientos de tejido necrótico y colocar vendajes oclusivos. Los únicos efectos adversos fueron eritema y prurito sobre los límites de piel sana, cediendo con emolientes. Tras 21 días de curas diarias se consiguió la recuperación de la mayoría de las úlceras, sin recidivas. El grado de satisfacción de la paciente fue muy alto.

CONCLUSIONES: El sevoflurano ha demostrado ser una alternativa novedosa en la analgesia del tratamiento de úlceras vasculares crónicas refractarias, con un efecto analgésico rápido, intenso y duradero, con facilidad de extensión por ser líquido, y con un perfil de seguridad y tolerancia adecuadas en pacientes pluripatológicos en los que los analgésicos sistémicos pueden originar diversos efectos adversos severos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

774. USO DE METILPREDNISOLONA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS BROTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Alvarez Nonay A, Gasanz Garicochea M, Martín Alcalde E, Horta Hernandez Am.

Hospital Universitario De Guadalajara. Avenida Donantes De Sangre S/N. Guadalajara. España

OBJETIVO: Describir la experiencia de uso de una fórmula magistral de metilprednisolona oral a dosis altas en el tratamiento de los brotes de esclerosis múltiple (EM) en el hospital. Conocer el perfil de pacientes tratados con metilprednisolona oral, tolerancia e impacto económico respecto a la utilización de la vía intravenosa.

MATERIAL Y MÉTODOS: En EM un brote hace referencia a un episodio de aparición de síntomas o signos de disfunción neurológica de duración superior a 24 horas, o deterioro significativo de síntomas preexistentes que habían estado estabilizados o ausentes durante al menos 30 días. El tratamiento habitual es metilprednisolona a dosis altas administradas por vía intravenosa (iv) durante 3-5 días, seguidos de pauta oral descendente.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de tres años de duración (diciembre 2011 a diciembre de 2014). Se identificaron a través del programa Magisfor® todos los pacientes que habían recibido metilprednisolona oral elaborada en el Servicio de Farmacia, se revisaron las historias clínicas de los pacientes a través del programa informático Mambrino XXI®, y se realizó una encuesta para valorar eficacia y tolerancia.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, número de brotes al año, uso previo de metilprednisolona iv, pauta posológica, efectos adversos y coste asociado del tratamiento oral versus iv.

RESULTADOS: Durante el período de estudio fueron tratados 37 pacientes: 25 mujeres (67,5%) y 12 hombres (32,4%), la media de edad fue 39 años (29-61). Se registraron 53 brotes que requirieron tratamiento con megadosis de metilprednisolona oral (2,15,18 y 18 brotes en los distintos años). El número de tratamientos por paciente osciló entre 1 y 4, en función del número de brotes en el periodo de estudio.

Treinta pacientes (81%) habían recibido tratamiento con megadosis de corticoides por vía intravenosa en episodios anteriores.

La mayoría de pacientes (75,5%) fueron tratados con dosis de 1000 mg, 1200 mg y 1250 mg durante 3 ó 5 días. Sólo un paciente interrumpió el tratamiento por náuseas y vómitos. El resto completaron pauta, observándose recuperación del brote en todos ellos, no precisando ingreso hospitalario o administración de corticoides intravenosos. El 46% de los pacientes respondieron la encuesta: los efectos adversos más comunes observados fueron: incremento de peso (47%), cambios de humor (47%), insomnio (41%) y edemas (35%), similares a la administración iv; el mayor inconveniente en la administración oral fue el sabor amargo de la formulación; un 82% de los pacientes encuestados preferían la administración oral frente a iv.

El coste medio por brote asociado a la administración oral de la medicación versus administración iv (incluido el ingreso en hospital de día médico) fue: 53 € vs 487 €.

CONCLUSIONES: En los últimos años se observa un incremento en la utilización de metilprednisolona oral para el tratamiento de los brotes de EM en el hospital. Esta Fórmula Magistral presenta una tolerancia y eficacia similar a la administración iv y resulta más conveniente para el paciente al evitar su ingreso hospitalario. Además supone un importante ahorro para el hospital.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1149. UTILIDAD DE UN REGISTRO SANITARIO EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Roig Izquierdo M, De Pourcq - JT, Ibáñez Collado C, Cirera Torres J, Prat Casanovas A, Gilabert Perramon A. Servei Català de la Salut (CatSalut). Travessera de les Corts, 131-159. Barcelona. España

OBJETIVOS: En 2012 se creó a nivel autonómico un registro sanitario de pacientes y tratamientos (RPT) para medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA) de alto impacto, cuyos objetivos son verificar el cumplimiento de los criterios de uso definidos en el programa autonómico de evaluación de MHDA y evaluar los resultados en salud obtenidos. Este trabajo analiza estos dos objetivos en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) con biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo del uso de biológicos en AR moderada-grave en adultos con respuesta inadecuada a fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad (FAME).

La fuente de información es RPT, con la información clínica y administrativa facilitada por 55 hospitales de la comunidad autónoma, sobre una población de 7.556.335 asegurados.

Se analizan los pacientes tratados con biológicos registrados en RPT tras la publicación del dictamen de evaluación correspondiente (18 diciembre 2013) hasta 31 de diciembre de 2014.

Las variables consideradas son: % de adecuación del RPT al dictamen (N casos cumplen/N casos registrados), % de efectividad según criterios del Disease Activity Score (DAS28) en el último seguimiento informado (N casos cumplen/N casos que se dispone de información), % de suspensiones de tratamiento y análisis de sus causas. La efectividad se valora como remisión (DAS28,2 (siempre que sea

RESULTADOS: Se identifican 836 pacientes informados en RPT tras la publicación del dictamen.

El 80,1% (670) de los registros se adecuan a los criterios para iniciar tratamiento. Los motivos de no cumplimiento son: no tratamiento previo con FAME (8,6%, 72), tratamiento iniciado sin AR moderada-grave (11,8%, 99), o ambos (0,6%, 5).

Se dispone de datos de efectividad del 64,6% (540) de pacientes. En un 27,3% (228) no hay ningún dato de seguimiento en RPT y un 8,1% (68) no son valorables en el momento del análisis por no haber llegado a la semana 12 desde el inicio de tratamiento.

La efectividad media es del 64,6% (348), con un intervalo entre 77-75% y 45% (tocilizumab/adalimumab e infliximab respectivamente), distribuidos como remisión (24,8%, 134), baja actividad (21,4%, 116) o reducción aceptable del DAS28 (18,1%, 98).

Se informan 76 finalizaciones, cuyo motivo principal fue la falta de efectividad (40). También se identifican 178 pacientes caducados en RPT (después de un año del primer registro), sin informar motivo.

Limitaciones: el análisis es sólo de tratamientos registrados post-dictamen, no se analiza el número de líneas previas con biológicos, faltan datos de seguimiento clínico y el número de pacientes evaluables es reducido para algunos tratamientos.

CONCLUSIONES: El grado de adecuación de RPT al dictamen es elevado y los resultados de efectividad similares a los de la bibliografía, aunque con las limitaciones expuestas. El número de pacientes sin informar datos de efectividad es relevante.

Los resultados se han compartido con los profesionales implicados, han propiciado evaluar las causas de no adecuación y reforzar la necesidad de informar la efectividad, proponiéndose mejoras en el registro de variables clínicas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

464. UTILIZACIÓN DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA

AUTORES: Conde Garcia Mc, Cabezuelo Diaz-Miguel E, Perez Alejandro Jm, Sanchez Serrano JI, Nieto Sandoval Martin De La Sierra P, Zamora Ferrer E.

Hospital General Mancha Centro. Avda. De La Constitución, 3. Ciudad Real. España

Introducción: Diversos estudios muestran la asociación entre la administración de ácido tranexámico (ATX) en cirugía ortopédica y un descenso en el requerimiento de transfusiones de los pacientes. En enero de 2014 se puso en marcha en nuestro Hospital un protocolo de utilización de este fármaco en cirugía de rodilla, cadera y columna.

OBJETIVO: Analizar los requerimientos de transfusiones en aquellos pacientes sometidos a cirugía ortopédica a los que se administra ácido tranexámico y sus posibles efectos secundarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de todos aquellos pacientes sometidos a cirugía de rodilla, cadera o cirugía de escoliosis durante el año 2014. Los datos registrados fueron: nombre, número de historia clínica, edad, fecha de ingreso y fecha de la cirugía, tipo de cirugía ortopédica a la que se sometieron, datos de hemoglobina preoperatoria y variaciones de la misma a lo largo de todo el ingreso, requerimiento de transfusiones, fecha de alta, posibles contraindicaciones para la administración de ATX (especificadas en el protocolo del Hospital) y posible aparición de trombosis venosa profunda (TVP) como efecto secundario.

El registro de pacientes se obtuvo de los partes de quirófano del programa Mambrino XXI y de la base de datos del Servicio de Traumatología, mientras que los requerimientos de transfusiones se obtuvieron del programa Delphin de Banco de Sangre del Servicio de Hematología.

En aquellos casos en que no se pudo obtener toda la información necesaria de la historia clínica digital, se recurrió al archivo de historias clínicas.

RESULTADOS: De los 177 pacientes sometidos a alguna de las cirugías revisadas, 126 (71,2%) recibieron ATX, mientras que el resto presentaron alguna cardiopatía, ictus previos o trastornos hematológicos que contraindicaban su uso. El 37,3% de los pacientes que lo recibieron fueron hombres y el 62,7% mujeres, con una edad media de 67,7 años. La mayoría de ellos se sometieron a artroplastia de rodilla (73,0%), seguido de artroplastia de cadera (26,2%); solamente 1 paciente (0,8%) fue operado de escoliosis.

La duración media del ingreso fue de 6,5 días (4-20 días) y el descenso medio de los valores de hemoglobina durante el mismo de 3,7 g/dl.

Del grupo de pacientes que recibió ATX, 10 (7,9%) necesitaron transfusiones y recibieron un total de 16 concentrados de hematíes. En el grupo sin ATX, 8 pacientes (15,7%) requirieron la administración de 17 concentrados de hematíes.

Ningún paciente desarrolló TVP como consecuencia de la administración de ATX.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de rodilla, cadera o de columna en nuestro Centro han cumplido criterios para la administración de ATX y los requerimientos transfusionales han sido muy inferiores en este grupo de pacientes respecto al que no recibió este fármaco. Hasta el momento no se ha observado ningún caso de TVP asociado al empleo de ATX, por lo que podemos considerarlo como un fármaco relativamente seguro y coste-efectivo, ya que se trata de un medicamento de bajo coste y con el que se está consiguiendo reducir los requerimientos de concentrados de hematíes en este grupo seleccionado de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

562. UTILIZACIÓN DE AMOBARBITAL PARA LA REALIZACION DEL TEST DE WADA

AUTORES: Fernández Megía Mj, García Robles Aa, Villanueva Haba V, Garces Sánchez M, Font Noguera I, Poveda Andrés JI.

Hospital Universitari I Politècnic La Fe. Avinguda De Fernando Abril Martorell N° 106. 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: Introducción: El test de Wada es un procedimiento que se ha utilizado en pacientes candidatos a cirugía de epilepsia para evaluar el riesgo de secuelas que sobre la memoria y el lenguaje puede causar la lobectomía. Esta prueba utiliza amobarbital, un barbitúrico de acción corta que mediante inyección intracarotídea provoca la anestesia del hemisferio ipsilateral y así poder determinar la relativa contribución de cada hemisferio cerebral en las funciones de lenguaje y memoria. El objetivo es evaluar la utilización de amobarbital en la realización del test de Wada como paso previo a la cirugía de epilepsia en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron amobarbital (Amytal) para la realización de test de Wada durante los años 2008-2015 atendidos en la Unidad de Epilepsia. A través de un acceso femoral se inyectó amobarbital de manera alterna en cada carótida para provocar la anestesia de cada uno de los hemisferios y evaluar las funciones de memoria y lenguaje de manera independiente. Durante la prueba se registró la actividad cardíaca y la actividad cerebral mediante electroencefalograma. Se revisó la historia clínica electrónica y los registros de solicitud de Amytal como medicamento extranjero. Variables: sexo, edad, diagnóstico, dominancia (diestro/zurdo), representación de lenguaje y memoria y la dosis de amobarbital.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 34 pacientes recibieron amobarbital, 50% mujeres, edad promedio: 34,8 (SD: 10,2), 30 de dominancia diestra y 4 zurda, todos con el diagnóstico de epilepsia parcial, 21 en lóbulo temporal izquierdo, 7 en derecho y 6 bilateral. La dosis de amobarbital fue de 131,3mg (SD: 44,9) en la inyección carótida izquierda y de 127,3 mg (SD: 26,1) en la derecha. En cuanto a la evaluación del lenguaje, en 31 pacientes se localizó en el hemisferio izquierdo, en 1 en derecho y en 2 bilateral. La memoria para material verbal y visual se localizó en 10 pacientes en hemisferio izquierdo, en el resto bilateral con predominio izquierdo o derecho dependiendo del tipo de memoria evaluada. No se presentó ningún efecto adverso grave tras la administración intracarotídea de amobarbital.

CONCLUSIONES: El test de Wada constituye un procedimiento útil para evaluar las funciones de memoria y lenguaje y predecir posibles secuelas tras la cirugía de epilepsia. Aunque los problemas de disponibilidad de este fármaco en algunos países han motivado la búsqueda de otros anestésicos alternativos, en nuestro centro se continúa utilizando amobarbital por ser el fármaco de referencia para la realización de esta prueba.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

619. UTILIZACIÓN DE BEVACIZUMAB COLIRIO 1% EN NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Herraiz Robles P, Martinez Lazcano Mt, Ruiz Darbonnens Si, Pons Martinez L, Bonete Sanchez M, Marcos Ribes B.

Hospital San Juan De Alicante. Ctra. Alicante - Valencia, S/N. Alicante. España

OBJETIVOS: La neovascularización corneal (NVC) puede deberse a múltiples procesos: infecciosos, inflamatorios, traumáticos o degenerativos. El factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) desempeña un proceso clave en la NVC. Bevacizumab es un anti-VEGF que ha demostrado su efectividad en esta patología junto a un perfil de seguridad adecuado. Sin embargo, esta indicación no está aprobada en ficha técnica y se requiere el consentimiento informado del paciente.

El presente estudio tiene como objetivos principales evaluar la efectividad de bevacizumab colirio 1% y el perfil de efectos adversos en la práctica clínica en pacientes con NVC en un hospital de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les había dispensado al menos una dosis de bevacizumab colirio 1% elaborado como fórmula magistral desde el servicio de farmacia.

El período de estudio fue desde Octubre 2012 hasta Mayo 2015. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes y se elaboró una base de datos en la que se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, pauta posológica, duración del tratamiento y datos de efectividad y seguridad. Para evaluar la efectividad se registró la no aparición de neovasos y la disminución del calibre de éstos. En cuanto al perfil de seguridad, se recogió cualquier efecto adverso relacionado con la administración del colirio.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 17 pacientes, 10 mujeres (59%) y 7 hombres (41%). La media de edad fue de $47,4 \pm 25,1$ años (rango: 6-83). En cuanto al diagnóstico que motivó la prescripción de bevacizumab colirio, en 15 pacientes (88%) fue por trasplante de córnea, en uno por pseudopterigión y en otro por queratitis sicca junto con degeneración macular asociada a la edad. En los 15 pacientes trasplantados, las causas del mismo fueron: cataratas (8), leucoma (6) y traumatismo ocular (1).

La pauta posológica varió entre 1 y 4 administraciones al día en función de la valoración clínica.

El tratamiento se suspendió cuando desapareció el estímulo que provocaba la formación de neovasos; la duración media del tratamiento fue de 10,7 meses (rango: 2-32).

Bevacizumab colirio fue efectivo en 16 pacientes (94%). En todos se objetivó la no aparición de neovasos, y además en 2 de ellos (12%) se observó una disminución del calibre de los mismos. Sólo en un paciente (6%) el tratamiento no fue efectivo; en este caso el fallo terapéutico se atribuyó a una falta de adherencia al mismo, que motivó la suspensión del colirio.

No se observaron efectos adversos relacionados con la administración de bevacizumab tópico en ninguno de los pacientes.

CONCLUSIONES: Al igual que lo publicado en estudios anteriores, el uso de bevacizumab colirio 1% ha sido efectivo para el tratamiento de la NVC. En nuestro caso fue bien tolerado, aunque hay estudios que refieren un aumento de los efectos adversos a partir del segundo mes. Respecto a la posología y duración no hay pautas establecidas, por lo que se hacen necesarios estudios para consensuar estos aspectos del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

778. UTILIZACIÓN DE FAMPRIDINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Pérez Domínguez N, Rojo Álvarez-Buylla C, Macia Fuentes L, Fernández Gonzalez A, Terroba Alonso P, Puente Martínez P.

HOSPITAL SAN AGUSTIN. Camino de Heros, 6. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de cumplimiento de las indicaciones establecidas por la comisión autonómica de uso racional de medicamentos y productos sanitarios(CURMPS) para el uso de fampridina en pacientes con esclerosis múltiple(EM).

Analizar su efectividad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con fampridina desde Febrero 2014 a Mayo 2015.

Criterios de uso: pacientes con esclerosis múltiple y discapacidad de la marcha(EDSS 4-7), aclaramiento de creatinina superior a 80mL/mín, sin historia previa de crisis epilépticas y sin tratamiento con medicamentos inhibidores del transportador de cationes-2(OCT2). La valoración de la capacidad para caminar se realizó mediante las escalas T25FW y MSWS-12 al inicio; a las dos semanas se evaluó la respuesta, confirmándose su continuación siempre que se obtuviera una mejoría del 20% en T25FW y 6 puntos en MSWS-12. A los 3 y 6 meses se volvían a valorar, y si había empeoramiento de la marcha se suspendían.

La efectividad se valoró mediante los resultados de T25FW y MSWS; y la seguridad mediante la aparición de efectos adversos.

Las variables recogidas mediante la historia clínica electrónica(Selene®) y el programa de pacientes externos(Fatma-tools®) fueron: edad, sexo, tipo de EM, EDSS, tratamiento concomitante con fármacos inmunomoduladores(FIM) y resultados de las pruebas T25FW y MSWS-12 basal, a las dos semanas, 3 y 6 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 30 pacientes, 19 mujeres y 11 hombres con una mediana de edad de 57 años(33-74) y EDSS de 6. El 66,6% presentaba EM remitente-recurrente(EMRR), el 20% EM primaria progresiva(EM-PP) y el 13,3% EM secundaria progresiva(EMSP). Ninguno de los pacientes había tenido historia previa de epilepsia ni tratamiento con OCT-2. Respecto a la función renal todos cumplieron los criterios establecidos. El 60% estaba a tratamiento con FIM(5 con acetato de glatirámico, 3 con interferón beta 1a subcutáneo, 2 con interferón beta 1a intramuscular, 7 con fingolimod y 1 con interferón beta 1b). En cuanto a las escalas T25FW y MSWS-12, la mediana inicial fue de 18 segundos y 57 puntos respectivamente; a las dos semanas 12 segundos y 47 puntos; a los 3 meses 10 segundos y 43 puntos y a los 6 meses 9 segundos y 43 puntos. Se suspendieron 10 tratamientos por falta de eficacia, 7 a las dos semanas(4 de EMPP, 2 a EMRR y 1 a EMSP) y 3 en la revisión de los 3 meses(todos EMRR). Se observó una mejoría del 33% en T25FW y de 10 puntos en MSWS-12 a las dos semanas, a los 3 y 6 meses se mantiene constante incluso con una ligera mejoría.

Solamente dos pacientes presentaron efectos adversos como cefalea, dolores articulares y alteraciones del sueño que no supuso la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes incluidos reunían los criterios establecidos para iniciar el tratamiento. Fampridina parece ser un fármaco efectivo y bien tolerado, aunque puede disminuir su efectividad con el paso del tiempo por lo que se hace necesario un seguimiento constante de estos pacientes.

323. UTILIZACIÓN DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS.

AUTORES: Toro Blanch C, Gratacós Santanach L, Vila Currius M, Aguilar Barcons I, Arcas Sempere L, Sacrest Güell R. Hospital Universtari Doctor Josep Trueta. Avinguda de França s/n. Girona. España

OBJETIVOS: Analizar las indicaciones de utilización de la toxina botulínica tipo A (TB) en enfermedades neurológicas y su adecuación a la ficha técnica. Comparar la frecuencia de administración entre las distintas indicaciones autorizadas. Conocer el perfil de utilización en indicaciones no aprobadas (INA) y la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de la indicación de prescripción y periodicidad de inyección de la TB. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en el Servicio de Neurología que recibieron tratamiento al menos dos veces durante el período de julio 2013 a julio 2014. El grado de adecuación se realizó en base a las indicaciones aprobadas en las fichas técnicas de las tres especialidades disponibles en el hospital (Botox®, Dysport® y Xeomin®). La indicación y las fechas de administración se consultaron en la historia clínica informatizada. Se calculó la ANOVA mediante SPSS® para comparar las diferencias entre los intervalos de administración en función de la indicación. Se realizó una búsqueda de la evidencia disponible en las INA y se clasificaron según los grados de recomendación definidos por el Centre for Evidence-Based Medicine de la Universidad de Oxford.

RESULTADOS: Se incluyeron 134 pacientes de los cuales el 87,3% recibieron la TB para alguna de las indicaciones autorizadas. El espasmo hemifacial y el blefarospasmo asociado o no a otras distonías focales fueron los diagnósticos más frecuentes (34,3% y 33,6%, respectivamente), seguidos de la distonía cervical (11,2%) y de la espasticidad secundaria a ictus (8,2%). Los promedios de periodicidad de administración en los pacientes con espasmo hemifacial, blefarospasmo y distonía cervical fueron 4,3 meses (IC95%: 4,0 - 4,6), 4,0 meses (IC95%: 3,5 - 4,4) y 4,0 meses (IC95%: 2,7 - 5,3), respectivamente ($p = 0,565$). La periodicidad de inyección en los pacientes con espasticidad secundaria a ictus fue de 6,0 meses (IC95%: 4,8 - 7,2) existiendo diferencias estadísticamente significativas con el resto de indicaciones ($p = 0,001$).

En 17 pacientes se utilizó TB en INA. Las espasticidades en extremidades superiores o inferiores no secundarias a ictus ($n=6$) fueron las indicaciones con un mayor grado de evidencia (A). La sialorrea ($n=1$), el temblor cefálico esencial ($n=3$), la distonía oromandibular ($n=2$) y el síndrome de Miego ($n=2$) se consideraron indicaciones con una evidencia grado B. La distonía en el pulgar de la extremidad inferior ($n=1$) se categorizó como grado C. La evidencia disponible en la distonía de platisma post-tiroidectomía ($n=1$) y la distonía generalizada secundaria a encefalopatía ($n=1$) fue muy escasa y se le otorgó una recomendación grado D.

CONCLUSIONES: La TB se utilizó en el 87,3% para el tratamiento de enfermedades neurológicas aprobadas en la ficha técnica siendo el espasmo hemifacial y el blefarospasmo las indicaciones más prevalentes. Se observaron diferencias significativas en la periodicidad de administración entre espasticidad secundaria a ictus y el resto de indicaciones autorizadas. La INA en las que se utilizó TB fueron: distonías (focales, segmentarias y generalizadas), temblor cefálico esencial, espasticidad no secundaria a ictus y sialorrea. La evidencia disponible en estos casos fue mayoritariamente de grado A y B.

36. UTILIZACIÓN DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE PROCALCITONINA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: Manresa Ramón N, Sanchez Martinez I, Espuny Miro A, De Bejar Riquelme N, Selvi Sabater P, Arribas Diaz B.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Avda Marques de los Velez, s/n, 030008. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de la determinación de los niveles plasmáticos de procalcitonina (PCT) en situaciones de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), sepsis (S) y shock séptico (SS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo descriptivo durante 5 meses (abril-agosto 2014) en adultos diagnosticados de SIRS, S y SS en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a los cuales se solicitó niveles de PCT.

Datos recogidos: edad, sexo, diagnóstico, situación inmunológica, días de estancia, mortalidad, analítica (PCT, linfocitos y proteína C reactiva (PCR)), antibióticos y antifúngicos previos y posteriores a la cuantificación de la PCT y cultivos microbiológicos.

La efectividad del antibiótico o antifúngico se midió mediante la disminución de PCT durante el tratamiento. Se entiende por asociación analítica entre PCT, linfocitos y PCR como el aumento o disminución concomitante de los tres parámetros según el empeoramiento o mejoría clínica, respectivamente, en los pacientes estudiados.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica, prescripciones médicas y analíticas.

RESULTADOS: Se incluyeron a 52 pacientes, con una mediana de edad de 68 años (11-90), 29 hombres (55.8%) y 23 mujeres (44.2%). De ellos, 19 pacientes (36.5%) eran inmunodeprimidos. Los diagnósticos fueron: 12 pacientes con SIRS (23.1%), 23 con S (44.2%) y 17 con SS (32.7%), suponiendo una media de estancia en UCI de 8, 9 y 15 días, respectivamente. Se registró una mortalidad del 15.4%, siendo la mitad pacientes inmunodeprimidos. Antes de la determinación de PCT, 6 SIRS (50%), 5 S (21.7%) y 8 SS (47%) llevaban antibióticos prescritos, hecho que puede ocasionar una disminución de PCT.

Los valores medios inicial y final de PCT durante su estancia en UCI, según las diferentes patologías estudiadas, fueron 1.32 ng/ml (SIRS), 7.96 ng/ml (S) y 13.58 ng/ml (SS), y 0.15 ng/ml (SIRS), 1.08 ng/ml (S) y 1.79 ng/ml (SS), respectivamente. Observándose valores medios mayores en S respecto a SIRS y de SS respecto a S. Se detectó una asociación analítica entre los tres parámetros inflamatorios (PCT, PCR y linfocitos), suponiendo un 33.3% (SIRS), un 75% (S) y un 88.9% (SS).

Los valores de PCT entre 2-10 ng/ml y >10 ng/ml se asociaron a mayor tiempo de estancia, suponiendo 8 vs 10 días en S y 16 vs 18 días en SS. En SIRS no se observó asociación entre valores altos de PCT y más días de estancia. La mortalidad no se asoció a valores altos de PCT (>2 ng/ml) en SIRS y si, en S y SS.

La efectividad del tratamiento antibiótico y antifúngico empírico fue del 33% (SIRS), 82% (S) y 70% (SS). Se observó un desescalado terapéutico bajo (3.49%) independientemente de la disminución de PCT.

La relación entre cultivo positivo y PCT>2 ng/ml fue 0% (SIRS), 38.1% (S) y 71.4% (SS).

CONCLUSIONES: 1. La cuantificación de los niveles plasmáticos de PCT es una herramienta útil en UCI.

2. Debe protocolizarse en pacientes con SIRS por no existir una clara asociación de sus niveles con los días de estancia hospitalaria, mortalidad y positividad del cultivo.

3. Promover el desescalado antibiótico y antifúngico para mejorar coste-beneficio.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

550. UTILIZACIÓN DE PARCHES TRANSDÉRMICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: Castillo Cutillas M, Pérez Cebrián M, Favieres Puigcerver C, Luna Reina Rm, Poveda Andres JI.

Hospital Unversitario La Fe. Avda. De Campanar. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar el uso, indicación, localización y eficacia de la administración de fármacos de absorción transdérmica prescritos en un hospital terciario.

MÉTODO: Estudio de 2 meses de duración, 2015. Se monitorizaron pacientes con todas las presentaciones de administración transdérmica disponibles en el hospital (fentanilo, nitroglicerina, buprenorfina, oxibutinina y rivastigmina). Se registró la indicación y adecuación de los parches mediante entrevista al paciente y personal de enfermería y observación "in situ" de colocación de los mismos. Se realizó el seguimiento clínico durante el ingreso y posteriormente, mediante revisión de la historia informatizada para valorar la eficacia.

RESULTADOS: 103 pacientes han sido evaluados, 54(52%) mujeres y 49 (48%) varones y con media de 75(51-90) años. El número total de parches superó al de pacientes, es decir, 116 parches fueron prescritos y a 5 pacientes les administraron 9 con diferentes principios activos. Se excluyeron tratamientos con parches de nicotina por dificultad de valorar su eficacia.

El tratamiento con fentanilo de 25 mcg/h (67%) o 50 mcg/h (29%) fue el más prescrito, seguido del de nitroglicerina, 10 mcg (64%) y 5mcg (27,2%). Un total de 9 pacientes con parches con 9,5mcg de rivastigmina y 7 con parches con 35mcg/h de buprenorfina. Ningún parche de estradiol ni oxibutinina.

El parche de fentanilo fue prescrito para la indicación aprobada, dolor crónico, en múltiples unidades de hospitalización (UH) predominando oncología 15(21,9%), cirugía ortopédica y traumatológica 8(12,5%) y 5(7,8%) pacientes de cirugía torácica. Fue efectivo, según respuesta de la escala visual analógica (EVA), en 80.64% de los pacientes, con una duración de 72 horas. En el 93,2% fue aplicado intacto aunque en 8 casos fue pre-cortado, práctica no segura, ya que puede producir una liberación masiva de principio activo. El parche de buprenorfina fue prescrito para el dolor crónico severo en unidades tanto médicas como quirúrgicas. El de nitroglicerina indicado en prevención de angina de pecho fue efectivo en 19 (67,9%) pacientes, control revisable en 5(17,9%) tras constatar reingresos por insuficiencia cardíaca y 4 (14,3%) fueron exitus. El parche de rivastigmina, indicado para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y demencia en pacientes con enfermedad de Parkinson, fue administrado a 9 pacientes con edades superiores a 71 años y demencia diagnosticada, cuya eficacia no pude ser objetivada.

En total 56 parches localizados en pecho, 50 en espalda, 8 en brazo y 2 no se aplicaron. Fentanilo en espalda, pecho y brazo, por orden de frecuencia, (48,6% 43% y 5,6%), buprenorfina en pecho y espalda (71,42%, 28,6%),

nitroglicerina en pecho, espalda y brazo (60,7%, 25%, 14,3%) y rivastigmina en pecho y brazo. No se registraron diferencias significativas respecto lugar de aplicación.

CONCLUSIONES: Los medicamentos de absorción transdérmica estudiados constituyeron tratamientos de utilidad terapéutica cuya indicación, adecuación y eficacia de se adecuó a lo descrito en ficha técnica. Los resultados obtenidos reflejaron que el parche de fentanilo fue eficaz en el 80% de los pacientes para paliar el dolor y en 68% de los pacientes con parche de nitroglicerina evitando crisis anginosas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

218. UTILIZACIÓN DEL ANTIBIÓTICO FIDAXOMICINA EN LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES: Fernandez Redondo D, Garcia Muñoz C, Nieves Sedano M, Pablos Bravo S, Serrano Garrote O, Ferrari Piquero Jm.

Hospital Universitario 12 De Octubre. Avda. Cordoba S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Fidaxomicina es un antibiótico macrólido de elevado coste, autorizado para el tratamiento de la diarrea asociada a Clostridium difficile (DACD). Fue incluida en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital para el tratamiento de segundas recaídas tras el uso de vancomicina y metronidazol. El objetivo de este estudio ha sido analizar la efectividad y seguridad de fidaxomicina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han seleccionado todos los pacientes tratados con fidaxomicina desde su inclusión en la GFT del hospital, el 28/3/2013, hasta el momento actual, 1/6/2015 (14 meses). La información se obtuvo de los ingresos de solicitud del antibiótico y de los programas informáticos HP-HCIS® y Farmatools®. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (episodios previos de DACD y tratamiento, detección de toxina en heces, número de recaídas, curación del paciente o fracaso clínico tras tratamiento con fidaxomicina y reacciones adversas atribuibles al antibiótico). Los datos fueron tratados con la aplicación informática Microsoft Excel®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 15 pacientes fueron tratados con fidaxomicina 10 mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 72 años (rango 41-91).

Todos los pacientes presentaban toxina de Clostridium Difficile positiva en heces en el momento de iniciar el tratamiento con fidaxomicina. El 80% de los pacientes fueron tratados con 200 mg cada 12 horas durante 10 días, y el 20% durante 14.

Todos los pacientes resolvieron su cuadro de diarrea infecciosa tras el tratamiento con el antibiótico. El 67% de los mismos no sufrieron ninguna recaída de la infección hasta el momento actual. El 33% restante tuvo al menos una recaída durante el siguiente mes tras el tratamiento con fidaxomicina, de los cuales el 40% volvió a ser tratado con el antibiótico no mostrando más sintomatología hasta la fecha actual. El 60% restante fue tratado con vancomicina o metronidazol no precisando tratamiento posterior, excepto uno de ellos que mostró varias recaídas.

No se observaron reacciones adversas atribuibles al tratamiento con fidaxomicina en ningún caso.

CONCLUSIONES: El antibiótico fidaxomicina se ha mostrado efectivo en todos los pacientes analizados en el estudio, con un buen perfil de seguridad, aunque un tercio de los pacientes presentaron recaídas posteriores.

Su elevado coste hace necesario que se siga controlando su utilización para asegurar su uso restringido a los criterios establecidos para su financiación en España. Por otra parte, debido a la reciente comercialización de este antibiótico en España y a las restricciones de uso, el tamaño muestral del estudio no ha sido muy elevado, con lo que sería necesario continuar evaluando estos parámetros en un futuro con un mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

601. VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTE HOSPITALIZADO NO CRÍTICO

AUTORES: Rentero Redondo L, Iniesta Navalón C, Meoro Avilés A, Soriano Palao J, Egea Valera Ma, San Eustaquio Tudanca F.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Av Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la variabilidad glucémica (VG) en paciente hospitalizado no crítico, así como su relación con el exceso de estancia hospitalaria (EEH) y la mortalidad durante el ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo llevado a cabo en un Hospital Universitario de referencia de Área de 350 camas. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en el hospital durante el año 2014 y tenían al menos una determinación diaria de glucemia durante su ingreso.

A partir de la información disponible en el CMBD se obtuvieron datos sociodemográficos (edad, sexo), clínicos (patologías crónicas) y datos referentes a la estancia hospitalaria. Para cada paciente se calculó el EEH, establecido como la diferencia entre la estancia hospitalaria real y la esperada, según el GRD al alta. Los datos referentes a las determinaciones de glucemias se obtuvieron de los dispositivos electrónicos MenaDiab®.

La VG se determinó a partir del coeficiente de variación (CV), calculado a partir de las glucemias realizadas a cada paciente durante el ingreso hospitalario. El CV se definió como el cociente entre la desviación estándar y la media, expresado en porcentaje.

Se estudio si existían diferencias en el CV en función de las diferentes variables demográficas y clínicas estudiadas. Se utilizó la prueba de T-Student para las variables cuantitativas y la de Chi cuadrado para las cualitativas. Para evaluar la asociación entre el CV y el EEH se realizó un estudio de correlaciones bivariadas y un análisis de regresión lineal univariable. Dado el tamaño de muestra asumimos la normalidad para las variables cuantitativas. Para determinar la asociación entre el CV y la mortalidad durante el ingreso se realizó un análisis de regresión logística univariante. Para todos los análisis se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05 y se realizaron con el paquete estadístico SPSS v15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 2.188 pacientes, de los cuales el 54,9% eran hombres. La edad media fue de 73,0 (DE: 13,2) años, siendo el 77,0% mayores de 65 años. En cuanto a las patologías crónicas más prevalentes fueron la diabetes (69,2%), la ERC (20,3%), la EPOC (19,1%) y la ICC (19,2%).

La media del CV fue de 22,4% (DE: 11,3%), observando que el 20,7% de los pacientes tenían una CV superior al 29%. Se encontraron diferencias entre los pacientes mayores y menores de 65 años (CV: 22,8±11,2 frente 20,8±11,8, respectivamente; p=0,001), pacientes con ICC (CV: 25,2±12,5 frente 21,7±11,0; p<0,001).

El CV presentó una correlación estadísticamente significativa con el EEH con un coeficiente de correlación de Pearson del 0,130 (p<0,001). Así mismo se observó una relación de dependencia lineal entre ambas variables ($\beta=0,109$ [IC95%: 0,074-0,143; p<0,001; R²= 0,016). La mortalidad durante el ingreso fue del 6,3%, observando que tener un CV elevado era un factor de riesgo de exitus. (OR: 1,7 [IC95%: 1,2 -2,4]).

CONCLUSIONES: Nuestros resultados indican que hay una relación entre la variabilidad glucémica con el EEH y la mortalidad durante el ingreso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

691. ACTUALIZACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE ÁCIDO VALPROICO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES: Laso Lucas E, Garcia Garcia Mp, Teixeira-Leite Lourenço Da Silva Pr, Rodriguez Cajaraville L, Otero Lopez Mj, Santos Buelga Md.

Hospital Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente, 58-182. Salamanca. España

OBJETIVOS: El ácido valproico (VLP) sigue siendo uno de los fármacos antiepilépticos más utilizados en la práctica clínica. El objetivo de este estudio ha sido revisar y actualizar el modelo farmacocinético poblacional que utilizamos en pacientes pediátricos, para identificar y cuantificar la influencia de factores demográficos, clínicos y de tratamiento sobre el aclaramiento de VLP, con el fin de incorporarlo en el programa de ajuste bayesiano.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizaron datos de concentración plasmática de VLP procedentes de 1154 pacientes pediátricos, de edades comprendidas entre 2 meses y 14 años, monitorizados en los últimos 20 años en nuestro hospital. A los 1670 datos disponibles se les aplicaron criterios de inclusión/exclusión considerando la relación peso/edad, el cumplimiento del tratamiento, y las patologías y tratamientos asociados. La base de datos empleada finalmente incluyó 1182 concentraciones plasmáticas de VLP procedentes de 490 pacientes.

El análisis farmacocinético se realizó con NONMEM 7.3 (FOCEI) considerando un modelo monocompartimental, y fijando la constante de absorción (comprimidos: 2,64 h⁻¹; solución oral: 4,1 h⁻¹) y el volumen de distribución (0,24 L/kg). Las variables analizadas fueron: peso (normalizado con la mediana de la población - WGT), edad, sexo y medicación concomitante con otros antiepilépticos [carbamazepina (CBZ), fenitoína (PHT), lamotrigina, topiramato (TOP), vigabatrina (VIG), etc.] o con otros fármacos: [risperidona (RIS), etc.].

RESULTADOS: Tras el ajuste inicial de los datos, se establecieron 2 grupos de edad: mayores y menores de 5 años, en función de la relación encontrada entre CL/FVLP y la edad. Otras covariables que presentaron una influencia significativa en el CL/FVLP fueron: WGT y tratamiento concomitante con PHT, TOP, RIS y CBZ en niños ≥ 5 años, y WGT y VIG en niños < 5 años. La diferencia entre las variables con influencia sobre CL/FVLP en ambos grupos de edad se atribuyó fundamentalmente a la diferente representación de los tratamientos concomitantes en cada uno de ellos. El refinamiento del modelo únicamente excluyó la influencia de RIS.

Aunque se observó que el tratamiento concomitante con VIG aumentaba considerablemente el CL/FVLP en pacientes < 5 años, se decidió excluir esta covariable al no encontrar una justificación fisiológica que avalase esta potencial interacción, ya que se trata de un fármaco que no se une a proteínas plasmáticas ni experimenta biotransformación. Por otro lado, se excluyó el TOP del modelo final, porque su influencia no resultaba clínicamente significativa (modificación de CL/FVLP >15 %).

El modelo final propuesto es el siguiente:

Niños \geq 5 años:

$CL/FVLP (L/h) = 0,41 * (WGT/34,40)^{0,7} * 1,49 \cdot PHT * 1,50 \cdot CBZ$; $\omega^2 = 0,04$ (shrinkage: 40 %)

Niños < 5 años:

$CL/FVLP (L/h) = 0,23 * (WGT/12,50)$; $\omega^2 = 0,03$ (shrinkage: 54 %); $\sigma^2 = 0,07$ (shrinkage: 11 %)

CONCLUSIONES: El modelo propuesto para VLP en pacientes pediátricos incluye edad, peso y administración concomitante de algunos fármacos antiepilépticos. Este modelo, desarrollado en mayor número de pacientes y con una metodología más avanzada que el disponible previamente, confirma algunos de los resultados del anterior y aporta nueva información, especialmente relacionada con las posibles interacciones, mejorando notablemente su aplicabilidad clínica. No obstante, se requieren otros estudios que permitan confirmar la posible interacción de VLP con VIG y TOP.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

432. ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN NEONATOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: Alvarez Martin T, Bellés Medall Md, Mendoza Aguilera M, García Martínez T, Gallego Iglesias B, Bosó Ribelles V.

Hospital General De Castellon. Avenida Benicasim. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Actualizar el protocolo de dosificación de vancomicina en neonatos implementado en nuestro hospital para alcanzar concentraciones valle (C_{min}) >10 mcg/ml, tras la primera monitorización farmacocinética.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las monitorizaciones de vancomicina en neonatos realizadas desde enero de 2012 a diciembre de 2014. Se excluyeron aquellos neonatos con insuficiencia renal y edad postnatal (EPN) superior a 40 días. Se recogieron los siguientes datos: peso, EPN, edad gestacional (EG), dosis, fecha de última administración y fecha de extracción. Se evaluó la utilización del protocolo diseñado en 2008, el cual estratifica a los neonatos en función del peso y EPN, estableciendo dosis de 10 mg/kg/12h en neonatos de >1kg y EPN 15 días o >1kg y 1kg y >15días (grupo 3). Este protocolo fue diseñado para alcanzar C_{min} entre 5-10 mcg/ml y en base a la evidencia científica disponible, era necesario revisar y actualizar dicho protocolo. Para validar la propuesta de actualización se realizó simulación con técnica bayesiana (PKs®).

RESULTADOS: Se trataba de 17 varones y 17 mujeres con un peso medio de 1,8 Kg (DE= 0,8), EPN media de 15 días (DE= 8) y EG media de 32 semanas (DE=4,5). Respecto al perfil de utilización del protocolo, sólo en un 50% de los casos se utilizó el protocolo del hospital, un 38% fueron dosificados según el protocolo de Neofax® y un 12% iniciaron con pauta de dosificación individualizada. La mediana de las C_{min} obtenidas en la primera monitorización farmacocinética fue de 5,4 mcg/ml (4.9-8.3) con el protocolo Neofax® y 6,7 mcg/ml (5.4-9.2) con el protocolo del hospital. Clasificando a los pacientes conforme a los grupos definidos en el protocolo, un 3,1 % pertenecía al grupo 1, un 75% al grupo 2 y un 21,9 % al grupo 3. Según los distintos protocolos de dosificación empleados en la práctica clínica solo un 23,5% de los neonatos alcanzaban C_{min} >10 mcg/ml, tras la primera monitorización farmacocinética. La propuesta de actualización consistió en modificar la dosis e intervalo posológico, pasando de 15 mg/kg/12h a 10 mg/kg/8h, en el grupo 2. En el grupo 3 se optó por incrementar la dosis total diaria de 13 a 15 mg/kg/8h y en el grupo 1 no se propuso modificación al disponer de un único paciente con C_{min} de 13 mcg/ml. Con este nuevo régimen de dosificación, tras estimación bayesiana, se alcanzarían C_{min} >10 mcg/ml en un 75 % de la población de estudio, en la primera monitorización farmacocinética.

CONCLUSIONES: la actualización del protocolo proporciona concentraciones plasmáticas más adecuadas desde el inicio del tratamiento lo que ayudará a conseguir mejores resultados clínicos; así como, reducir el número de monitorizaciones. Tras consensuar el protocolo con Neonatología, se acordó realizar la validación del mismo en la práctica clínica, tras dos años desde su implementación.

1099. ADECUACIÓN DE LA DOSIS DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEMOFILTRACIÓN

AUTORES: Ruiz Ramos J, Broch Porcar Mj, Quintas Cordero A, Favieres Puigcerver C, Villarreal Tello E, Ramirez Galleymore P.

Hospital Universitario La Fe. Av. Fernando Abril Martorell N°106, 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: El uso de terapias de remplazo renal constituye una herramienta clave en el manejo del paciente crítico. No obstante, su utilización esta asociada a una mayor aclaramiento de fármacos. En el caso de los antimicrobianos, diversos autores han alertado sobre el elevado riesgo de infradosificación y el consiguiente fallo terapéutico presentes en este grupo de pacientes.

Las dosis recomendadas en diversas guías clínicas para estos pacientes no consideran diferencias en el aclaramiento total del fármaco derivadas del flujo empleado en esta técnicas. El objetivo del presente estudio es evaluar la adecuación de las dosis utilizadas en la práctica clínica con las calculadas en base al aclaramiento total del fármaco en pacientes críticos con hemofiltración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados en la unidad de medicina intensiva en el periodo Mayo 2014-Junio 2015, sometidos a hemofiltración continua y en tratamiento con antimicrobianos.

Se recogieron características de los pacientes, incluyendo variables demográficas, motivo de ingreso en la unidad, fecha de inicio de tratamiento antibiótico, dosis empleada, duración del mismo así como fracaso al tratamiento, definido como retirada o sustitución del mismo por empeoramiento clínico del paciente o exitus.

El cálculo del aclaramiento de fármaco se realizó en base al aclaramiento renal basal presente en el paciente (mL/min), el aclaramiento no renal del fármaco así como el aclaramiento dado por el equipo de hemofiltración, el cual se definió como el producto de la fármaco libre (considerado equivalente al coeficiente sieving) por flujo de ultrafiltración al inicio del proceso de hemofiltración. La dosis recomendada se estableció como el producto de la dosis adecuada por el aclaramiento total del fármaco.

Se calculó el porcentaje de prescripciones con variaciones en la dosis superiores al 25% de la dosis calculada según el modelo teórico de cálculo

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 29 pacientes [72,4% Varones; Edad Media: 58,4(SD:16,1 años); Peso: 75,4 (15,3) kg; APACHE-II:22,3 (6,9)]. La principales causas de ingreso incluyeron shock séptico (24,1%), insuficiencia renal aguda (20,7%) y shock cardiogénico (13,8%). La Hemofiltración se inicio una media de 5,9 días (Rango: 0-28) tras el ingreso, con un flujo medio inicial de 65 (35-90) mL/kg/h.

Se analizaron un total de 71 antibióticos. El 36,6% de los antimicrobianos presentaron dosis insuficientes de acuerdo a lo establecido en el cálculo teórico, siendo del 100% para colistina (n=2), cotrimoxazol (6), azoles (2) y anfotericina (1), 50% daptomicina (2) y antivirales (2), 33,3% aminoglucósidos(6) y levofloxacino (6), 30,7% para b-lactmicos (26) y del 0% para candidinas(9), linezolid(6) y tigeciclina(2).

Se observó un porcentaje más elevada de éxito de tratamiento en aquellos pacientes que no presentaron infradosificación del fármaco, aunque no se alcanzaron diferencias significativas (43,3% vs 34,1%; p=0,620, Ji-Cuadrado)

CONCLUSIONES: Un porcentaje elevado de pacientes presentan dosis inapropiadas de antimicrobianos durante el procedimiento de hemofiltración. A pesar del apoyo dado por las guías clínicas, es necesario conocer las variables propias del paciente y del sistema de hemofiltración a la hora de ajustar la dosis de antibióticos en este grupo de pacientes.

573. ANÁLISIS DE LA EQUIVALENCIA DE CICLOSPORINA INTRAVENOSA Y ORAL EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

AUTORES: Pérez Huertas P, Gil Villarreal L, Marqués Miñana Mr, Iturgoyen Fuentes D, Martín Cerezuela M, Poveda Andrés JI.

Hospital Universitari I Politecnic La Fe. Avda De Fernando Abril Martorell, N.106 46026. Valencia. España

OBJETIVO: La mayoría de protocolos de trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico (TPH-alo) en hematología incluyen una pauta de inmunosupresión basada en ciclosporina intravenosa (IV). Ésta consiste en una dosis de inicio de 2 mg/kg durante tres días con una reducción posterior a 1 mg/kg ajustado según niveles plasmáticos.

Cuando el paciente comienza a tolerar se recomienda cambiar a la vía oral (VO) multiplicando por 3 la dosis según ficha técnica, aunque es frecuente en la práctica clínica de nuestro hospital multiplicar por 1,5.

Nuestro objetivo fue estimar el factor de equivalencia entre vía IV y VO de ciclosporina en pacientes trasplantados hematológicos y compararlo con el recomendado en ficha técnica y el que se utiliza en la práctica asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a TPH-alo entre enero de 2013 y diciembre de 2014 en los que se midieron niveles de ciclosporina antes del cambio a vía oral y después. La determinación de niveles se realizó mediante inmunoensayo conjugado con anticuerpos (ACMIA) con un analizador Dimension®. Se recogieron variables antropométricas de la población y el diagnóstico principal.

Para el análisis sólo se tuvieron en cuenta niveles de ciclosporina IV entre el día -5 y -2 del cambio o entre los días +2 y +5 para niveles orales. Para que un nivel fuera válido la dosis debía de haberse mantenido constante un mínimo de dos días para alcanzar el estado estacionario. Se calcularon la dosis estandarizada IV y VO (concentración plasmática / dosis). El factor de equivalencia se calculó dividiendo el valor medio de la dosis estandarizada IV entre la media de la dosis estandarizada VO.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 45 pacientes, 56% hombres, con una mediana de edad de 45 años (rango intercuartílico: 22 años). El diagnóstico mayoritario fue leucemia mieloblástica (44%) seguida de leucemia linfoblástica (27%), linfoma (13%), síndrome mielodisplásico (9%), mieloma múltiple (2%) y otros (4%).

La media de dosis estandarizada IV fue de 4,2 (DE: 1,97) con un coeficiente de variación (CV) del 47% y para la VO de 2,87 (DE: 1,74) con un CV del 60%. El factor de equivalencia calculado para esta población fue de 1,46.

CONCLUSIONES: Utilizar el factor de equivalencia 1,5 parece ser una práctica adecuada para calcular la dosis oral a partir de la intravenosa en pacientes hematológicos sometidos a TPH-alo con niveles plasmáticos adecuados. Sin embargo, se requiere un estudio farmacocinético en el que se comparen los valores de AUC intravenoso y oral para poder confirmar estos **RESULTADOS**.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

900. ESTIMACIÓN DE LA PRECISIÓN Y EXACTITUD DE DOS MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

AUTORES: Más Serrano P, Nalda Molina R, Ojea Cárdenas L, Pastor Cerdán C, Gutiérrez Casbas A, Selva Otaolauruchi J.

Hospital General Universitario De Alicante. Avd. Pintor Baeza, 12. Alicante. España

OBJETIVOS: Infliximab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria. Las concentraciones séricas (Cp) de infliximab muestran una alta variabilidad interindividual durante el tratamiento, lo que demuestra que las características de los pacientes y/o la enfermedad pueden modificar los parámetros farmacocinéticos.

El objetivo del presente estudio fue estimar la precisión y exactitud de dos modelos farmacocinéticos poblacionales de infliximab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn tratados con infliximab durante 2014 a los que se les determinó al menos una Cp. Se seleccionaron dos modelos farmacocinéticos poblacionales (PopPK) y se implementaron en NONMEM v7.2: PopPK en colitis ulcerosa (Fasanmade et al, 2009; Modelo 1) y PopPK en enfermedad de Crohn (Fasanmade et al, 2011; Modelo 2). Las concentraciones de Infliximab se estimaron a partir de ambos modelos, a través de las estimaciones bayesianas empíricas (EBE) de los parámetros farmacocinéticos. Para validar ambos modelos, se determinó la exactitud (error relativo de predicción promedio (MRPE)) y la precisión (raíz cuadrada del promedio de los cuadrados de los errores relativos de predicción (RMSRPE)) de todos los modelos y escenarios.

RESULTADOS: Se incluyeron 74 Cp de infliximab pertenecientes a 66 pacientes (45 varones y 21 mujeres). La edad media fue de 39,7 años (IC95%: 34,9-44,5) con un peso de 74,6 kg (IC95%: 69,1-80,2) y una concentración de albúmina basal de 4,15 mg/dL (IC95%: 3,96-4,34). La Cp en valle media de infliximab fue de 3,73 mg/L (IC 95%: 2,64-4,83). Seis pacientes desarrollaron anticuerpos frente a infliximab. La exactitud (MRPE) de las estimaciones obtenidas fueron 3,13 (IC95%: 0,87-5,39; $p < 0,01$) en el Modelo 1 y 2, respectivamente. La precisión (MRPE) del Modelo 1 fue del 1010% y para el Modelo 2 del 333%.

CONCLUSIONES: A la hora de implementar un modelo poblacional farmacocinético para su utilización en la práctica clínica, es importante realizar una adecuada selección y validación de los mismo. En nuestra población, ambos modelos farmacocinéticos sobreestiman las Cp de infliximab, aunque en el Modelo 2 la exactitud fue estadísticamente

superior que el Modelo 1 ($p < 0,05$). En términos de precisión, el Modelo 2 también es superior al Modelo 1, con una diferencia de más de 650 unidades en porcentaje. Por tanto, en la población estudiada es más adecuada la implementación del Modelo 2 para la monitorización farmacocinética clínica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

551. ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS VERSIONES COMERCIALIZADAS DE UN ENZIMOINMUNOENSAYO PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ADALIMUMAB EN VARIAS PATOLOGÍAS

AUTORES: Guerrero Bautista R, García Simón Ms, Ferris Villanueva E, Jiménez Santos E, Gutiérrez Cívicos Mr, García Lagunar Mh.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/Mezquita Paraje Los Arcos S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Describir los resultados del estudio comparativo entre dos versiones comercializadas de un enzimoimmunoensayo (ELISA) para la monitorización de adalimumab (ADA) con el objetivo de establecer una correlación entre métodos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (enero-diciembre 2014) donde se incluyeron a los pacientes en tratamiento con ADA 40 mg procedentes de las consultas de digestivo, reumatología y dermatología a los que se les extrajeron muestras de suero previamente a la administración de ADA y se congelaron hasta su medición. Mediante la consulta de las historias clínicas electrónicas a través de Selene® se registraron en una base de datos las siguientes variables: edad, sexo, patología.

Se utilizaron 2 ensayos diferentes de ELISA sándwich en los que se siguieron las instrucciones y protocolos de medida suministrados por las casas comerciales [Promonitor® (Grifols, España); Shikari® (Matriks Biotech, Turquía)].

Ambos métodos fueron comparados estadísticamente mediante la recta de regresión de Passing-Bablok obtenida mediante el programa informático MedCalc®.

RESULTADOS: Se recogieron muestras séricas de 40 pacientes, 56 % mujeres y 44 % hombres. La edad media fue de 47 años. Los diagnósticos fueron: Enfermedad de Crohn $n= 22$; Artritis Reumatoide $n=5$; Psoriasis $n=5$; Colitis Ulcerosa $n= 4$; Espondilitis Anquilosante $n=3$; Enfermedad de Behcet $n=1$.

Se obtuvo una recta que incluía el 1 y el 0 en los intervalos de confianza para la pendiente y la ordenada en el origen respectivamente por lo que los resultados de ambos métodos fueron intercambiables.

Además, mediante otro enzimoimmunoensayo suministrado por Promonitor®, se midió la presencia/ausencia de anticuerpos frente al fármaco, debido a la capacidad inmunógena del tratamiento, una de las principales limitaciones de estos nuevos tratamientos biológicos.

El resultado fue la presencia de anticuerpos en 3 de los pacientes medidos, que se correspondieron con aquellos que presentaron concentraciones indetectables de fármaco fue (Población total: 4285 ng/mL (Promonitor) ó 5998 ng/mL (Shikari) vs 13 ng/mL (Promonitor) ó 115 ng/mL (Shikari) en las muestras con anticuerpo.

CONCLUSIONES: En base a los resultados obtenidos en la comparación, ambos ensayos de ELISA podrían usarse indistintamente, no obstante el coeficiente de correlación obtenido está muy alejado de 1 ($r = 0,4$), lo que nos obliga a analizar los resultados con cautela.

Sería necesario ampliar el tamaño muestral para seguir analizando este fármaco y poder confirmar nuestros resultados iniciales.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

546. ESTUDIO DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Pérez Huertas P, Bosó Ribelles V, Favieres Puigcerver C, Martín Cerezuela M, Marqués Miñana Mr, Poveda Andrés JI.

Hospital Universitari I Politecnic La Fe. Avda De Fernando Abril Martorell, N.106 46026. Valencia. España

OBJETIVO: Estudiar el impacto económico de la implantación de un programa de monitorización farmacocinética de infliximab (IFX) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con EII en tratamiento con IFX a los que se les había realizado al menos una determinación de niveles. La determinación de las concentraciones séricas de IFX se realizó mediante un enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) tipo sandwich, mientras que la determinación de anticuerpos anti-infliximab (ATI) se realizó mediante un ELISA puente (Promonitor®-IFX y Pro-

monitor®-Anti-IFX, Proteomika S.L., respectivamente). La recomendación farmacocinética se llevó a cabo siguiendo lo indicado en la Resolución de Declaración como Medicamento de Alto Impacto Sanitario y/o Económico (MAISE) de los medicamentos biológicos utilizados en EII. Se estudiaron las recomendaciones farmacocinéticas emitidas, el porcentaje de aceptación por parte del clínico y el impacto económico del ajuste. Se calculó el coste anual medio por paciente antes y después de la monitorización.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se monitorizaron 55 pacientes. En el 45% de los casos los niveles fueron inferiores al intervalo terapéutico de IFX en EII (entre 3 y 7 mcg/ml), el 29,1% estuvo dentro del intervalo y el 25,8% por encima del intervalo. Se realizaron informes farmacocinéticos en el 95% de las determinaciones; al resto de pacientes se le suspendió el fármaco por toxicidad antes de emitirse el informe. Las recomendaciones en el informe farmacocinético fueron: a) Mantener la misma pauta: 48% de los casos; b) Desintensificar: 29%; c) Intensificar: 13% y c) Suspender o cambiar de biológico: 10%. El porcentaje de aceptación de las recomendaciones por parte del clínico fue superior al 91,0%. En esta cohorte de pacientes, el coste medio por paciente y año previo a la inclusión en el programa de monitorización farmacocinética era de 17.649€/paciente/año y después de la recomendación pasó a ser de 15.519€/paciente/año, es decir, hubo un descenso de 2.234€ de media por paciente y año. El ahorro total de las recomendaciones fue de 49.143 €/año.

CONCLUSIÓN: La monitorización farmacocinética de las concentraciones séricas de IFX constituye una herramienta esencial para optimizar el tratamiento de los pacientes EII. Además, su implantación supone un impacto económico significativo muy favorable para el sistema sanitario.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1157. ESTUDIO FARMACOGENÉTICO POR ALELOS Y HAPLOTIPOS DE LA INFLUENCIA DE CINCO POLIMORFISMOS EN EL SISTEMA TRAIL/TRAILR1 EN LA VARIABILIDAD DE LA RESPUESTA A RITUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR

AUTORES: Gutiérrez Cívicos Mdr, Español Morales I, Gutiérrez-Meca Maestre D, Torres Moreno D, Conesa Zamora P, Ferris Villanueva Em.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita, S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: El sistema TRAIL/TRAILR está implicado en la inducción de la apoptosis a través de la vía extrínseca, pudiendo estar relacionado con el mecanismo de acción del rituximab.

El objetivo del estudio es evaluar la influencia de los polimorfismos rs20576, rs2230229 y rs20575 en el gen TRAILR1 y el polimorfismo rs12488654 en el gen TRAIL en la respuesta al tratamiento con rituximab en pacientes diagnosticados de linfoma folicular procedentes de dos hospitales de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de linfoma folicular en tratamiento con rituximab en asociación con quimioterapia en primera línea de tratamiento. El periodo del estudio estuvo comprendido entre agosto de 2010 y abril de 2015.

La respuesta clínica fue evaluada tras finalizar del tratamiento utilizando los criterios del Grupo Internacional de Trabajo (International Working Group), clasificándose como respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) y progresión de la enfermedad (PE). Se consideró a los pacientes en RC como respondedores (R) y en RP, EE y PE como no respondedores (NR). La determinación de los polimorfismos se realizó mediante discriminación alélica por sondas de fluorescencia y PCR a tiempo real 7500F.

El estudio estadístico por alelos y haplotipos se realizó utilizando la página web Shesis page (<http://analysis.bio-x.cn/SHEsisMain.htm>).

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron 125 pacientes (76,8% hombres) con una edad media de 55,96±15,11 años. La media de ciclos con rituximab recibidos fue de 6,42±1,14. La clasificación en función de la respuesta clínica al finalizar el tratamiento ha sido: 89 pacientes (71,2%) en RC, 31 (24,8%) en RP, 4 (3,2%) en EE y 1 (0,8) con PE.

El estudio genético se llevó a cabo en 120 pacientes para rs20576, 124 para rs2230229, 124 para rs12488654 y 118 para rs20575. La distribución por alelos para los polimorfismos estudiados fue la siguiente: para rs20576 [NR/R: alelo A (73,6%/73,8%), alelo C (26,4%/26,2%); p=0,974, Odds Ratio=0,990, IC95% 0,523-1,853]; para rs2230229 [NR/R: alelo A (91,4%/83,7%), alelo G (8,6%/16,3%); p=0,116, Odds Ratio=2,076, IC95% 0,822-5,244]; para rs12488654 [NR/R: alelo A (12,5%/17%), alelo G (87,5%/83,0%); p=0,372, Odds Ratio=0,695, IC95% 0,312-1,549]; para rs20575 [NR/R: alelo C (35,7%/48,8%), alelo G (64,3%/51,2%); p=0,065, Odds Ratio=0,583, IC95% 0,328-1,037].

En el estudio por alelos no se observaron diferencias estadísticamente significativas aunque hay que señalar que el polimorfismo rs20575 presentó una p valor cercana a la significación (p=0,065).

Con respecto al estudio por haplotipos, se observó una mayor frecuencia de aparición del haplotipo AAGG (rs20576, rs2230229, rs12488654, rs20575) en el grupo de pacientes NR frente a R [NR/R (33,9%/18,1%), p=0,024, Odds Ratio=2,093, IC95% 1,094-4,005].

CONCLUSIONES: Los resultados preliminares del estudio reflejan que el haplotipo AAGG de los polimorfismos rs20576, rs2230229, rs12488654 y rs20575 podrían estar relacionados con una peor respuesta al tratamiento con rituximab. Es necesario realizar más estudios que confirmen dicha información.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1211. ESTUDIO FARMACOGÉNICO SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS RS767455 EN EL GEN TNFR Y RS2230229 EN EL GEN TRAILR1A EN LA VARIABILIDAD DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR

AUTORES: Gutiérrez Cívicos Mdr, Español Morales I, Torres Moreno D, Consuegra Sánchez L, Conesa Zamora P, Mira Sirvent Mc.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita, S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: La identificación de polimorfismos en genes relacionados con la apoptosis podría ser útil en el manejo terapéutico de pacientes diagnosticados de linfoma folicular en tratamiento con anticuerpos monoclonales como el rituximab, en relación con su mecanismo de acción.

El objetivo del estudio es evaluar la influencia de los polimorfismos rs767455 en el gen TNFR1A y rs2230229 en el gen TRAILR1A en la respuesta al tratamiento con rituximab en pacientes diagnosticados de linfoma folicular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de linfoma folicular tratados con rituximab asociado a quimioterapia (CHOP: ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona; COP: ciclofosfamida, vincristina, prednisona; CNOP: ciclofosfamida, mitoxantrona, vincristina, prednisona), como primera línea terapéutica, procedentes del servicio de hematología de dos hospitales de tercer nivel. La respuesta clínica se evaluó al final del tratamiento según los criterios del Grupo Internacional de Trabajo (International Working Group) como respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) y progresión de la enfermedad (PE), considerándose a los pacientes en RC como respondedores y en RP, EE y PE como no respondedores. La determinación de los polimorfismos se realizó mediante discriminación alélica por sondas de fluorescencia y PCR a tiempo real 7500F. Los pacientes recibieron una dosis de rituximab asociada a quimioterapia de 350 mg/m² por ciclo.

Para el análisis estadístico se utilizó paquete estadístico SPSS®v20 y el análisis de haplotipos a través de la página web SHEsis page (<http://analysis.bio-x.cn/SHEsisMain.htm>).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 111 pacientes (65 varones), con una edad media de 55,8±15,0 años. Al estudiar la influencia del polimorfismo rs767455, el estudio farmacogenético se realizó a 107 pacientes. La distribución por genotipos, en función de la respuesta, fue: respondedores CC=8 (10,1%), TC=40 (50,6%), TT=31 (39,2%) y no respondedores CC=4 (14,3%), TC=13 (46,4%), TT=11 (39,3%); p=0,822. En cuanto a la asociación por genotipos, el resultado estadístico de la regresión logística binaria no ajustada con respecto a la respuesta fue: CC/TC frente a TT, Odds Ratio=0,998, IC95%=0,413-2,413, p=0,997; TC/TT frente a CC, Odds Ratio=0,551, IC95%=0,187-2,447, p=0,551.

Al estudiar la influencia del polimorfismo rs2230229, el estudio farmacogenético se realizó a 110 pacientes. La distribución por genotipos, en función de la respuesta, fue: respondedores AA=58 (69,9%), GA=22 (26,5%), GG=3 (3,6%) y no respondedores AA=23 (85,2%), GA=3 (11,1%), GG=1 (3,7%). En cuanto a la asociación por genotipos, el resultado estadístico de la regresión logística binaria no ajustada con respecto a la respuesta fue: AA frente a GA/GG, Odds Ratio=0,795, IC95%=0,330-1,916, p=0,609.

En el análisis estadístico, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes genotipos para los dos polimorfismos estudiados y la respuesta al tratamiento con rituximab.

CONCLUSIONES: Según los resultados de nuestro estudio, el polimorfismo rs767455 en el gen TNFR y rs2230229 en el gen TRAILR1A no parece influir en la respuesta al tratamiento con rituximab en el linfoma folicular.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

875. ETILGLUCURÓNIDO URINARIO VERSUS ETANOL PLASMÁTICO COMO MARCADOR DE ABSTINENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS ALCOHÓLICA INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

AUTORES: Ojea Cárdenas L, Más Serrano P, Boquera Ferrer MI, Rodríguez Laiz G, Carnicer Jáuregui F, Selva Otaolaurruchi J.

Hospital General Universitario De Alicante. Avd. Pintor Baeza, 12. Alicante. España

OBJETIVOS: En nuestro medio, el abuso de alcohol es la tercera causa de trasplante hepático y para que los pacientes puedan entrar en lista de trasplante hepático es necesario una abstinencia alcohólica de al menos seis meses.

El etilglucurónido es un metabolito estable del etanol que puede ser identificado en orina hasta 96 h después de la ingesta de alcohol, presentando más especificidad al consumo de alcohol.

El objetivo de este estudio es analizar si la determinación de etilglucurónido en orina es mejor predictor que el etanol plasmático, para detectar abstinencia alcohólica en un programa de trasplante hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo, realizado entre octubre de 2014 y mayo de 2015, donde se incluyeron todos los pacientes candidatos a trasplante hepático con cirrosis de etiología alcohólica.

En nuestro centro y, dentro del protocolo pretrasplante, se realiza una determinación de concentración de etanol en plasma (Cp) y etilglucurónido en orina (Cu), a los pacientes con etiología alcohólica tanto para ser incluidos en lista de trasplante hepático, como el propio día de la realización del trasplante hepático.

Las técnicas analíticas utilizadas fueron: DRI Etanol® (rango ensayo: 10-600 mg/dL) y DRI Etilglucurónido® (rango de ensayo: 100-2000 ng/mL), ambos inmunoensayos implementados en la plataforma Indiko Thermofisher®. El resultado se informó como positivo si la Cp de etanol fue superior a 10 mg/dL y de etilglucurónido si la Cu fue superior a 200 ng/mL.

La correlación entre ambas técnicas se evaluó mediante el coeficiente kappa utilizando el paquete estadístico SPSS V.17.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 16 pacientes (75% hombres y 25% mujeres) con cirrosis alcohólica candidatos a trasplante hepático. La media de edad fue de 55 (IC95%: 51.5-58.5) años.

Solo en dos pacientes (12.5%) el resultado de etanol plasmático y etilglucurónido fue positivo (Media Cp: 29,5 mg/dL; Cu superior al límite de detección de la técnica (>2000 ng/mL)). En nueve pacientes (56,25%), la Cu de etilglucurónido fue positiva y la Cp de etanol inferior al límite de detección de la técnica (

CONCLUSIONES: La monitorización de etilglucurónido en orina es una técnica más específica para conocer el consumo activo de etanol.

La incorporación de esta determinación, proporciona una herramienta objetiva y complementaria para conocer si los pacientes candidatos a trasplante hepático por cirrosis de etiología alcohólica, son consumidores de etanol.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1216. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE DIFERENTES ECUACIONES BASADAS EN CREATININA Y/O CISTATINA C SÉRICAS PARA ESTIMAR EL ACLARAMIENTO RENAL DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS.

AUTORES: Pellejero Jimenez R, Aquerreta González I, Echeverría Gorriti A, Burgui Alcaide C, Luri Fernández De Manzanos M, Aldaz Pastor A.

Clinica Universidad De Navarra. Avda. Pio Xii, 36. Navarra. España

OBJETIVO: Valorar el comportamiento de distintas ecuaciones de estimación de tasa de filtración glomerular (TFG), derivadas del valor de cistatina C, en suero en la predicción del aclaramiento renal de vancomicina (Clv) en pacientes críticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron historias clínicas de 17 pacientes adultos ingresados en el área de críticos en los últimos 13 meses (1/4/14 al 30/4/15), de los que se disponía de cistatinaC sérica y monitorización farmacocinética de vancomicina, con una diferencia de tiempo entre ambas determinaciones menor a 7 días y que no estuviera sometido a técnicas de depuración extrarrenal. Se recogieron los siguientes datos antropométricos: sexo, edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y clínicos: creatinina, cistatina C, albúmina, pre-albúmina, urea y PCR (todas séricas), así como aquellas variables que según la bibliografía pueden afectar la interpretación de la cistatinaC. Las fórmulas basadas en cistatinaC (y año de publicación) fueron las de: Hoek et al (2003), Larsson et al (2004) y Grubb et al (2001); y la de Lesley et al (2007) que utiliza además de cistatinaC, creatinina y edad; así mismo se estimó el aclaramiento de creatinina (Clcr) con Cocroft&Gault (C-G). El análisis farmacocinético de vancomicina se realizó con el programa informático Pharmacokinetics System Abbottbase® (PKS). El análisis estadístico de las ecuaciones de regresión lineal entre el Clv y la TFG para las distintas fórmulas de cistatina C se realizó con el programa Stata®.

RESULTADOS: La media de edad (rango) de los pacientes (12varones/5mujeres) fue 63 (41 a 95) años. Doce pacientes eran oncológicos, cuatro cardiopatas y uno presentó perforación intestinal. El 41,2% de todos ellos fueron sépticos. Ningún paciente padecía afección tiroidea. Sólo uno recibía de corticoides de forma crónica (dexametasona 1mg/12h). Cuatro pacientes presentaban diabetes tipo 2. Se utilizó peso de dosificación cuando cumplían criterios de sobrepeso (según la OMS IMC: 25-29,9) y peso total si IMC<30. Las medias de creatinina y cistatinaC séricas fueron de 0,90 (0,3 a 1,6) mg/dl (el valor mínimo utilizado para las fórmulas fue 0,6 mg/dl) y 1,60 (0,56 a 3,97) mg/L respectivamente.

Todas las ecuaciones de regresión mostraron significación estadística ($p < 0,05$) al utilizar como variable independiente la TFG derivada de cada una de las fórmulas estudiadas: $r_{2aj} = 0,261$ (Hoek et al), $r_{2aj} = 0,239$ (Larsson et al) y $r_{2aj} = 0,234$ (Grubb et al). El mayor coeficiente de determinación para el aclaramiento de vancomicina se obtuvo con el CLcr derivado de la ecuación de C-G, $r_{2aj} = 0,798$ ($p = 0$) seguido por la TFG de Lesley et al: $r_{2aj} = 0,424$ ($p = 0,0028$).

CONCLUSIONES: La TFG derivada de ecuaciones basadas en la cistatina C ofrece peor capacidad predictiva del aclaramiento de vancomicina, en pacientes críticos, que el aclaramiento de creatinina estimado por C-G o la TFG de ecuaciones que incorporen la creatinina sérica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

833. EVALUACIÓN DE LAS DOSIS NECESARIAS DE DAPTOMICINA SEGÚN PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS / FARMACODINÁMICOS EN INFECCIONES POR ESTAFILOCOCOS.

AUTORES: Alvarez Martin T, Bellés Medall Md, García Rey Z, Moreno Muñoz R, Mendoza Aguilera M, Liñana Granell C. Hospital General De Castellon. Avenida Benicasim. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Establecer regimenes de dosificación de daptomicina que permitan alcanzar su objetivo farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) mediante Simulación de Monte Carlo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza revisión bibliográfica para definir el modelo farmacocinético poblacional de daptomicina. El índice de eficacia PK/PD para daptomicina se define como área bajo la curva (AUC)/concentración mínima inhibitoria (CMI), considerándose óptimo valores de AUC/CMI > 666 , según fuentes bibliográficas. Se calcula el área bajo la curva (AUC₂₄) como cociente entre la dosis/día y el aclaramiento plasmático de daptomicina (CL_{dap}). Se recoge la distribución relativa de concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) para Staphylococcus aureus (S. aureus) y Staphylococcus Coagulasa Negativo (SCN) de los aislamientos de nuestro centro, para los años 2013 y 2014. El método de determinación de la CMI fue mediante un sistema automatizado de microdilución (Phoenix®BD) y las CMI > 1 se confirmaron mediante E-test (BioMerieux®). La probabilidad de conseguir el objetivo terapéutico de AUC/CMI fue estimada mediante Simulación de Monte Carlo utilizando el programa SimulAr®, asumiendo una distribución logarítmica normal para los parámetros PK y una distribución discreta para las CMI. Se calculó la fracción de respuesta acumulada (CFR), considerando óptimo un régimen de dosificación que logra CFR $> 90\%$. La simulación se ejecutó para 10.000 sujetos.

RESULTADOS: Tras revisión bibliográfica, se selecciona un estudio de farmacocinética poblacional en pacientes afectados por infecciones provocadas por bacterias Gram positivas (Di Paolo et al. 2013). El modelo farmacocinético definido fue monocompartimental, con eliminación de primer orden siendo la ecuación final del modelo para el CL_{dap} = $0,806(\text{CLcr}/80)^{0,2026}$ L/h con una variabilidad interindividual del 43,69%. El CLcr se calculó por el método de Cockcroft y Gault.

Las CMI fijadas para S. aureus fueron en 0,12, 0,25, 0,5, 1, 2 y 4 $\mu\text{L/mL}$ obteniéndose una distribución relativa de CMI de 0,0054; 0,1127; 0,7799; 0,0912; 0,0063 y 0,0045, respectivamente. Para SCN las CMI fueron fijadas en 0,12, 0,25, 0,5, 1 y 2 $\mu\text{L/mL}$ con una distribución relativa de CMI de 0,0323; 0,2917; 0,5208; 0,1489 y 0,0063, respectivamente.

El análisis de la simulación para S. aureus sugiere que para pacientes con CLcr < 10 ml/min dosis de 6mg/kg/día lograrían alcanzar AUC/CMI > 666 en un 90% de los pacientes. Para aquellos pacientes con un CLcr entre 10 y 50 ml/min serían necesarias dosis de 8 mg/kg/día y en la población con CLcr > 50 ml/min el objetivo PK/PD se obtendría con dosis de 10 mg/kg/día. En el caso de SCN, se sugieren dosis de 6, 8 y 10 mg/kg/día para CLcr 55ml/min; respectivamente.

CONCLUSIÓN: según el modelo farmacocinético poblacional elegido y las CMI de nuestro entorno las dosis de daptomicina deberían individualizarse en función del CLcr del paciente y de la cepa de Staphylococcus spp. aislada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

494. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFILIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFILIXIMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES

AUTORES: Guerrero Bautista R, García Simón MS, Ferris Villanueva E, Mira Sirvent MC, Jiménez Santos E, Lacruz Guzmán D.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/Mezquita Paraje Los Arcos S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacoterapéuticas (IFs) realizadas en una cohorte de pacientes que están en tratamiento con infliximab (IFX), tras la determinación de sus niveles plasmáticos y anticuerpos (ACs) anti-infliximab con una técnica que se podría utilizar en la práctica clínica diaria y hacerlo extensible a otros fármacos biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La técnica analítica empleada para la determinación fue ELISA tipo sándwich (Promonitor versión 2) que detecta fármaco y ACs libres pero no inmunocomplejos. El nivel terapéutico de referencia para IFX fue el recomendado por el laboratorio del kit comercial: >1,5 mcg/mL. Se estableció como positivo en anticuerpos anti-IFX cualquier valor superior a 2UI/mL.

Se recogieron muestras de los pacientes clínicamente más inestables previamente a la administración de IFX en el Hospital de Día durante los meses de enero-septiembre de 2014. Posteriormente se estimaron los valores poblacionales de datos PKPD con el programa NONMEM®. Las variables registradas para cada paciente fueron: edad, sexo, patología, pauta actual de fármaco, concentraciones plasmáticas de fármaco [inferior, superior o dentro del rango terapéutico (RT) objetivo 2-7mcg/mL], presencia de ACs, IFs realizadas tras las determinaciones.

RESULTADOS: Se recogieron 36 muestras de 36 pacientes diferentes, n= 23 con Enfermedad de Crohn (EC), n= 9 con Colitis Ulcerosa (CU), n=2 con Artritis Psoriásica (APs), n=1 con Psoriasis (Ps) y n=1 con Espondilitis Anquilosante (EA).

La edad media de los pacientes fue de 46 años (rango 21-77), 42% mujeres y 58% hombres.

Las concentraciones plasmáticas de fármaco fueron >7 mcg/mL en 7 casos,

De los 7 pacientes con sobredosificación de fármaco, las dosis de mantenimiento de IFX en el momento de las determinaciones fueron de: 5mg/kg/6 semanas n=5; 5mg/kg/7semanas n=1; 5mg/kg/8 semanas n=1. En base a los resultados obtenidos se recomendó ampliar el intervalo posológico a cada 8 semanas y cada 10 semanas respectivamente.

De los 3 pacientes con dosis subterapéuticas de fármaco, las dosis de mantenimiento de IFX en el momento de las determinaciones fueron de 5mg/kg/8 semanas y se recomendó disminuir el intervalo posológico a cada 7 semanas en dos de los casos y a cada 6 semanas en un caso.

En los 8 pacientes con ACs positivos y niveles indetectables de IFX se recomendó cambiar de fármaco ya que también clínicamente lo requerían.

Los pacientes con niveles en RT continuaron con la misma pauta de tratamiento.

CONCLUSIONES: La clínica inicial de los pacientes que presentaron inmunogenicidad se corroboró con la presencia de ACs séricos y niveles plasmáticos de IFX indetectables.

La implicación del fármaco en la toma de decisiones sobre la estrategia terapéutica a seguir permitió optimizar el uso del IFX a las necesidades individuales de cada paciente.

En base a los resultados obtenidos creemos que es necesario implantar esta técnica en la práctica asistencial diaria para que se puedan beneficiar el 100% de los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1127. EVALUACION DE UN NUEVO INMUNOENSAYO PARA DETERMINAR METOTREXATE POR QUIMILUMINISCENCIA CON EL SISTEMA ARCHITECT.

AUTORES: Aumente Rubio Md, Montejano Hervás P, Reyes Torres I, López-Santamaría Donoso J.

Hospital Universitario Reina Sofía. Avda. Menendez Pidal S/N. Córdoba. España

OBJETIVO: El inmunoensayo de fluorescencia polarizada (FPIA), implementado en instrumento TDx/FLx, ha sido el método de análisis usado por la mayoría de los laboratorios clínicos para la determinación de metotrexate (MTX). Sin embargo, recientemente, se ha sustituido por un inmunoanálisis que utiliza la tecnología de quimioluminiscencia (CMIA) y que se implementa en el Architect. El objetivo de este estudio ha sido la verificación de este nuevo método analítico, en las condiciones reales de trabajo de una unidad de farmacocinética clínica, evaluando su precisión y la correlación entre ambos métodos analíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la evaluación de la precisión intraserial (20 repeticiones el mismo día) y la interserial (20 repeticiones en días diferentes) del nuevo inmunoensayo, se utilizaron las 6 muestras control proporcionadas por el fabricante, además de la dilución a 1/2 del control L y M, para obtener 0.03µM y 0.22µM respectivamente. En la correlación, se usaron 127 muestras de plasma de 16 pacientes hematológicos (5 niños y 11 adultos), correspondientes a 27 ciclos diferentes que se analizaron simultáneamente por FPIA en el instrumento TDx/FLx (método de referencia) y por CMIA en el instrumento architect ci8200. Las muestras fueron obtenidas de la práctica asistencial entre diciembre de 2014 y febrero de 2015. Los resultados se analizaron por el método de regresión de Passing-Bablok, el test de Bland Altman, el coeficiente de correlación de Pearson (r) y el coeficiente de concordancia (CCC).

RESULTADOS: La precisión intraserial fue

Para muestras 50 μ M la diferencia fue de -4.5 μ M, con un IC95% de -22.8 a 13.7 μ M, lo que tampoco afectaría al manejo clínico de este fármaco, pues la elección de la dosis de ácido fólico (rescate del MTX) a concentraciones elevadas es más grosera.

CONCLUSIONES: La correlación entre ambos métodos fue excelente con coeficiente de concordancia de 0.99. El análisis de regresión de passing-Bablok no encontró prácticamente diferencia entre ambos métodos, sobretodo cuando la concentración fue

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1170. EVALUACIÓN DE UNA PAUTA ESTÁNDAR DE DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN ADULTOS CON FUNCIÓN RENAL NORMAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE SIMULACIÓN DE MONTECARLO

AUTORES: Ramos López E, Reyes Malia M, Jerez Rojas J, Villalón Mir MS.

Hospital Valle de los Pedroches. Juan del Rey Calero. Cordoba. España

OBJETIVOS: En la mayoría de las fichas técnicas, la pauta posológica de vancomicina recomendada para adultos con función renal normal (FRN) es de 30-50mg/kg/día y como norma general 1g/12h. Con esta posología es de esperar que se alcance al menos el límite inferior del rango terapéutico (RT) establecido (10-20mcg/ml). Nuestro objetivo es evaluar si realmente, con una posología de 15mg/kg/12h se obtienen niveles plasmáticos dentro del RT en pacientes adultos con FRN.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la evaluación de la pauta posológica arriba descrita, se utilizaron técnicas de simulación por ordenador y más concretamente el método de Montecarlo. Mediante estas técnicas se generan variables aleatorias "virtuales" que simulan el comportamiento que tendrían dichas variables en la población real.

Las variables generadas fueron (entre paréntesis se expresa el rango): peso (50-100kg) y aclaramiento de creatinina (90-120ml/min). Se partió del supuesto de que ambas variables se comportaban siguiendo una distribución uniforme, en la que cada dato puede tomar cualquier valor dentro del rango prefijado.

Partiendo de estas dos variables simuladas, se obtuvieron otras calculadas a partir de ellas utilizando fórmulas poblacionales de vancomicina: dosis (mg), volumen de distribución (L), aclaramiento (ml/min), constante de eliminación (h-1), concentración plasmática mínima (Cmin) o valle (mcg/ml).

De cada variable se generaron 1.000.000 de datos (similar a tener 1.000.000 de muestras reales), obteniendo finalmente el mismo número de valores para Cmin.

El conjunto de valores de Cmin genera una distribución de probabilidad a partir de la cual es posible determinar la probabilidad de obtener niveles de Cmin dentro de RT (10-20mcg/ml).

Los cálculos necesarios y la simulación de Montecarlo se realizaron con el programa estadístico R.

RESULTADOS: Tras realizar el proceso de simulación, se calcularon los parámetros estadísticos descriptivos para Cmin: media: 10.84mcg/ml, mediana: 10.70mcg/ml, desviación estándar: 3.49mcg/ml.

Se obtuvieron las siguientes probabilidades para Cmin: por debajo del RT (20mcg/ml): 0%.

La dosis media fue de 1125mg/12h

CONCLUSIONES: Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, en pacientes adultos con FRN, las pautas estándar recomendadas tienen una alta probabilidad de generar valores de Cmin por debajo del rango terapéutico. En el caso de infecciones graves como meningitis, endocarditis y otras, la probabilidad de conseguir niveles terapéuticos se reduce drásticamente. En contraposición, estas pautas son seguras, con nula probabilidad a priori de obtener niveles por encima de 20mcg/ml.

Los resultados de este estudio coinciden con otros similares encontrados en la bibliografía y con nuestra propia experiencia clínica. En consecuencia, consideramos que las pautas estándar reflejadas en ficha técnica no son muy adecuadas para la dosificación de vancomicina en adultos con FRN, siendo necesarias pautas más personalizadas y posterior monitorización farmacocinética.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1124. EVALUACIÓN TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN ESTUDIO PILOTO PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB

AUTORES: Ferris Villanueva E, García Simón Ms, Guerrero Bautista R, Jiménez Santos E, Muñoz García I, Chica Marchal A.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Mezquita S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVO: Análisis de los resultados y evaluación del impacto económico obtenidos tras la realización de un estudio piloto para justificar la monitorización de los niveles séricos de infliximab (IFX) y la determinación de anticuerpos anti-IFX en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en seguimiento por la Unidad de Digestivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, mayores de 18 años en tratamiento de mantenimiento con IFX. Se diseñó una tabla de datos donde se recogieron los siguientes parámetros: edad, sexo, diagnóstico, datos analíticos, fecha de inicio de tratamiento biológico, dosis inicial, dosis actual, niveles séricos de infliximab (inferior, superior o dentro del rango terapéutico (RT) objetivo 2-7 mcg/mL, presencia de anticuerpos anti-infliximab y decisión clínica tomada en base a las determinaciones de los niveles séricos y a la presencia de inmunogenicidad (ampliación/reducción de intervalo terapéutico (IT), cambio de tratamiento, mantenimiento de dosis). Se calculó también el impacto de ahorro económico en los pacientes a los que se les realizó ampliación del IT.

Las muestras se recogieron el mismo día de la administración de infliximab y previamente a la misma, procediendo posteriormente a su congelación hasta el momento del análisis. La técnica usada para la determinación de los niveles séricos y la presencia de anticuerpos fue mediante ELISA tipo sándwich (ImmunoDiagnostik IDKmonitor) siguiendo las indicaciones del fabricante.

RESULTADOS: Se recogieron muestras de 33 pacientes, n=24 con Enfermedad de Crohn (EC) y n=9 con Colitis Ulcerosa (CU). De los pacientes con EC el 62.5 % fueron varones y de los pacientes con CU el 66.6 %. La edad media de los pacientes fue 46 ± 13.4 años. Las dosis de mantenimiento de IFX en el momento de la determinación fueron: 5mg/kg cada 8 semanas (n=15); 5mg/kg cada 6 semanas (n=17) y 5 mg/kg cada 7 semanas (n=1). 6 pacientes presentaron anticuerpos anti-IFX positivos y se les cambió de fármaco biológico. Las concentraciones séricas en los otros 27 pacientes fueron: > 7 mcg/mL en 6 pacientes; < 2 mcg/mL en 2 pacientes y el resto entre 2-5 mcg/mL. De los 6 pacientes con nivel sérico > 7 mcg/mL a 5 se les amplió el IT a cada 8 semanas y a 1 paciente a cada 10 semanas. A los 2 pacientes con nivel sérico subterapéutico se les acortó el IT a cada 6 y 7 semanas. Se analizó el impacto de ahorro económico que supondría al año el alargamiento del IT en estos 6 pacientes y fue de 25.585 euros. Aproximadamente con el ahorro obtenido en el alargamiento del IT en 8 pacientes supondría que se podría pagar el primer año de tratamiento de 2 pacientes nuevos.

Conclusión: 1) Con la determinación de los niveles séricos de fármaco y monitorizando la actividad clínica de los pacientes con EC y CU es posible realizar ampliación del intervalo terapéutico.

2) Esta ampliación del intervalo terapéutico produce un considerable ahorro económico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1189. EXPOSICIÓN A METOTREXATO Y RIESGO DE TOXICIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON LINFOMA NO HODGKIN

AUTORES: Franco Sereno Mt, Vila Torres E, Moreno Perulero MI, Fernandez Marchante Ai, Alañón Pardo Mm, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. C/ Obispo Rafael Torija, S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVO: Analizar las concentraciones plasmáticas de metotrexato (MTX) y los factores de riesgo en los pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) que mostraron un retraso en la eliminación del fármaco.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo desde Febrero 2013-Mayo 2015 en pacientes diagnosticados de LNH que recibieron tratamiento con MTX 1g/m² en perfusión intravenosa de 24h según esquema Hyper-CVAD seguido de rescates con ácido folínico (30mg/IV/6h) a partir de las 12h post-perfusión. El protocolo incluye fluidoterapia para la hidratación del paciente y bicarbonato oral.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad/sexo), biométricas (peso/talla), creatinina sérica (mg/dl) (al inicio del tratamiento y 24-48h post-perfusión), número de infusiones recibidas, dosis de MTX (mg), reducciones de dosis en ciclos posteriores y valores de las concentraciones plasmáticas (Cp) de MTX (μ M) a las 24h (Cp24h) y 48h (Cp48h) post-perfusión.

En función del valor de Cp se clasificó a los pacientes en: alto riesgo de toxicidad si Cp24h >1 μ M o Cp48h >0,1 μ M; bajo riesgo de toxicidad en caso contrario. En los pacientes con alto riesgo de toxicidad se analizó la presencia de factores de riesgo para el retraso en la eliminación: tercer espacio (ascitis), interacciones farmacológicas (AINES, salicilatos, penicilinas, gemfibrozilo, análogos platino, probenecid), émesis durante la infusión, nefrotoxicidad y alcalinización (pH orina). La nefrotoxicidad se clasificó según clasificación CTCAE v4.03.

Los datos se obtuvieron de la revisión de la historia clínica y farmacoterapéutica ambas electrónicas.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes, con una edad media de 49,46 años (DE:12,44), el 80% varones, con peso medio 75,28kg (DE:15,31) y talla 172,97cm (DE:9,07). El valor medio de creatinina fue 0,77 (DE:0,28), 0,99(DE:0,58) y 1(DE:0,61) mg/dl al inicio, 24 y 48h post-perfusión respectivamente. Se administraron un total de 31 infusiones de MTX, con una media de 2,06 infusiones/paciente (rango:1-4). Dosis media de MTX 1.770,19mg (DE:286,9); la dosis se redujo en dos pacientes en la segunda infusión (por reducción del peso en un caso y por retraso en la eliminación en la infusión previa en otro). La mediana de la Cp fue 0,19µM (P25:0,09; P50:0,64; min:0,01; máximo:9,71) y 0,05µM (P25:0,03; P50:0,17; min:0,02; máximo:2,02) para Cp24h y Cp48h respectivamente. Un total de 7 pacientes fueron clasificados de alto riesgo. Cinco de ellos a las 24h post-perfusión (rango Cp24h:1,06-9,71 µM) y siete a las 48h post-perfusión (rango Cp48h:0,16-2,02 µM). Respecto a los factores de riesgo para retraso en la eliminación en los pacientes clasificados como alto riesgo, ningún paciente presentaba ascitis o interacciones farmacológicas con la medicación concomitante, dos pacientes presentaron émesis durante la infusión, 4 tuvieron nefrotoxicidad directa por MTX grado I, 1 grado II y 2 grado III. Dos de los pacientes presentaron un pH urinario

CONCLUSIONES: Todos los pacientes de alto riesgo mostraron nefrotoxicidad por MTX, siendo la más frecuente la de grado I. Entre las estrategias de mejora se plantea la revisión del protocolo, control de pH urinario y la predicción de las Cp de MTX para adoptar medidas de soporte y rescate adecuadas antes de la aparición de la toxicidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

242. HER2-655 A>G POLYMORPHISM PREDICTS THE TRASTUZUMAB-INDUCED CARDIOTOXICITY

AUTORES: Dávila Fajardo CL, Gomez Peña C, Martinez Gonzalez LJ, Díaz Villamarín X, Moreno Escobar E, Carmona Saez P.

San Cecilio. Av/Doctor Oloriz s/n. Granada. España

BACKGROUND: The HER2 655 A>G genetic variant has recently been associated with Trastuzumab-induced cardiotoxicity in HER2 breast cancer patients. Considering previous results, the aim of our study was the validation of the role of this polymorphism as a predictor of the cardiac toxicity of trastuzumab in breast cancer patients and to perform a meta-analysis combining these data with those published previously.

METHODS: Our study population was composed of 78 HER2 breast cancer patients receiving trastuzumab. The HER2 655 A>G (rs1136201) genetic variant was genotyped using the TaqMan® allelic discrimination technology. Patients were classified according to the criteria, cardiotoxicity and no cardiotoxicity events, during 1 year after the first infusion. A meta-analysis combining these data with our results was performed.

RESULTS: The HER2 655A>G polymorphism was significantly associated with cardiotoxicity: AG vs AA ($p=0.012$, OR=5.12 CI 95% 1.43-18.36), AG+GG vs AA ($p=0.01$, OR=5.72 CI 95% 1.50-21.76), AG vs AA+GG ($p=0.005$, OR=7.17, CI 95% 1.82-28.29). A meta-analysis combining these data with the results from previous studies confirmed this association.

CONCLUSIONS: Our results support the role of the HER2 655 A>G polymorphism as a genetic marker of trastuzumab-induced cardiotoxicity in HER2 positive breast cancer patients.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

994. INDIVIDUALIZACIÓN DE DOSIS MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE FLUOROURACILO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: Pérez Huertas P, Favieres Puigcerver C, Ruiz Ramos J, Marqués Miñana Mr, Luna Reina R, Poveda Andrés JI. Hospital Uinv. Y Policlinico La Fe. Bulevar Sur, S/N. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar la utilización de la monitorización farmacocinética de 5-fluorouracilo (5FU) en perfusión continua mediante el cálculo de AUC respecto a la dosificación estándar por superficie corporal (BSA) y su relación con la toxicidad del esquema oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en MEDLINE, EMBASE y The Cochrane Library de ensayos clínicos y estudios observacionales en pacientes oncológicos, publicados entre Enero 1966 y Enero 2015 de acuerdo con las guías PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses).

RESULTADOS: Se identificaron 978 registros en la búsqueda y 9 a través de otras fuentes. 399 fueron descartados por duplicidad. 543 registros fueron excluidos en el análisis de abstract. De los 45 estudios que se analizaron con el artículo completo 15 fueron finalmente incluidos.

Las indicaciones de los estudios fueron: 11 estudios de cáncer colorrectal (CCR) tanto metastásico como en adyuvancia, 2 estudios en cáncer de cabeza y cuello (CCyC), 1 estudio en neoadyuvancia de cáncer de recto y 1 en cáncer de páncreas.

La mayoría de autores establecen el límite de la toxicidad aceptable en torno a 30 mg·h·L⁻¹. En dos estudios observacionales se definió el intervalo terapéutico óptimo en CCR de entre 20 – 24 mg·h·L⁻¹. Este intervalo ha sido utilizado en varios estudios en pacientes tanto en adyuvancia como en CCR metastásico. En un ensayo clínico en 2008 se encontró una fuerte correlación entre toxicidad grado 3 y AUC mayor a 24 mg·h·L⁻¹. En otro estudio se observó la misma relación entre AUC mayor de 25 mg·h·L⁻¹ y toxicidad grado 3-4. En un estudio farmacocinético, se identificó el rango de 20-30 mg·h·L⁻¹ como el más aceptable en pacientes con CCR tratados con el esquema FOLFOX6 y propuso un algoritmo de ajuste de dosis. Por otro lado, en un estudio en neoadyuvancia de recto con 5FU en perfusión continua semanal durante cuatro semanas seguidas, se definió el AUC acumulado entre 50 – 100 mg·h·L⁻¹.

En otro tipo de neoplasias se han realizado pocos estudios de búsqueda del intervalo. El primer rango que se estableció en la práctica en 1979 fue en CCyC con un valor máximo de 25 mg·h·L⁻¹. En este sentido, en 1988 se diseñó un ensayo clínico aleatorizado en CCyC con dos intervalos terapéuticos, uno para pacientes con aclaramiento de 5FU bajo (11,5 – 17,3 mg·h·L⁻¹) y otro para pacientes con aclaramiento alto (20,8 – 31,2 mg·h·L⁻¹). Más recientemente en un estudio de adyuvancia de carcinoma nasofaríngeo se utilizó el intervalo 25 - 35 mg·h·L⁻¹ y relacionaron la mucositis grado 3-4 con AUC mayores a 37 mg·h·L⁻¹. Solo hay un estudio en cáncer de páncreas localmente avanzado en el que utilizan el rango 25 - 30 mg·h·L⁻¹.

CONCLUSION: La individualización farmacocinética de 5FU en perfusión continua es una herramienta que debería utilizarse como instrumento de dosificación en todos los pacientes con CCR y CCyC. Por otro lado, aún no se conoce si podría tener alguna aplicación en otros tipos de cáncer en los que se utiliza 5FU como el cáncer gástrico o de páncreas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

227. INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS EN ABCB1, ABCC2, NOS3 Y RRM1 EN LA TOXICIDAD DE DOCETAXEL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

AUTORES: Bosó Ribelles V, Herrero Cervera Mj, Megias Vericat Je, Montalar Salcedo J, Aliño Pellicer Sf, Poveda Andrés JI.

Hospital La Fe. Avenida Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: El docetaxel es un fármaco básico en el tratamiento del cáncer de mama (CM). Sus principales toxicidades incluyen la mielosupresión, la neurotoxicidad, reacciones infusionales y gastrointestinales. Los tratamientos de soporte han mejorado los efectos secundarios de docetaxel pero su toxicidad afecta considerablemente a la calidad de vida de las pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar la influencia de polimorfismos genéticos en CYP1B1, CYP3A4 y CYP3A5, ABCB1, ABCC2, ERCC1, ERCC2, RRM1, NOS3, GSTM3 (metabolismo, transporte, reparación ADN, estrés oxidativo) en la toxicidad de docetaxel en pacientes con CM.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes adultas con diagnóstico histológico de CM que iniciaban tratamiento con docetaxel. Las toxicidades se evaluaron cada ciclo y se clasificaron según los CTCAE v4.0 del NCI, agrupándose según el grado de toxicidad alcanzada (grado 0-1: Negativo frente a grado 2-4: Positivo). El genotipado se realizó por espectroscopia de masas (MassARRAY®, SEQUENOM®): ABCB1 (rs1045642, rs1128503, rs2032582); ABCC2 (rs17222723, rs3740066, rs8187710), CYP1B1 (rs1056836), CYP3A4 (rs2740574), CYP3A5 (rs776746), ERCC1 (rs11615, rs3212986), ERCC2 (rs13181, rs1799793), GSTM3 (rs1799735), NOS3 (rs1799983, rs1800779, rs2070744), RRM1 (rs1042858, rs9937). La asociación entre variables se determinó mediante regresión logística ajustando por edad, performance status previo, esquema de quimioterapia y enfermedad metastásica (IBM® SPSS® Statistics v.19).

RESULTADOS: Se incluyeron 103 pacientes [edad media 50,8 (IC95%: 50,8-53,1), el 90,3% con carcinoma ductal infiltrante, el 9,7 % lobulillar infiltrante. Her2 fue positivo en el 12,6%, los receptores de estrógenos en el 68,0% y de progesterona en el 59,2%. El docetaxel se administró a 100mg/m² c/21días en monoterapia (35,0% de los casos), 100mg/m² c/21días acompañado de trastuzumab/bevacizumab (14,5%) o junto con doxorubicina 50mg/m² y ciclofosfamida 500mg/m² c/21días (50,5%). Se encontraron asociaciones (p< 0,01) entre: A) Diarrea grado≥2 y ABCB1 rs1045642 [OR (IC95%) = 0,17 (0,04-0,64); p=0,007]; B) Emesis grado≥2 y RRM1 rs1042858 [OR (IC95%) = 11,5 (1,6-67,2); p=0,006]; C) Neutropenia febril y NOS3 rs1799983 [OR (IC95%) = 0,08 (0,01-0,76); p=0,009]; D) Neutropenia (100% pacientes profilaxis con G-CSF) y NOS3 rs1799983 [OR (IC95%) = 0,12 (0,02-0,62); p=0,005] y NOS3 rs1800779 [OR (IC95%) = 0,14 (0,03-0,75); p=0,011]; E) Reacciones infusionales y ABCC2 rs17222723 y rs8187710 [OR (IC95%) = 9,5 (2,3-39,6); p=0,002].

CONCLUSIONES: Algunas de las más importantes toxicidades de docetaxel están asociadas con genes implicados en el transporte del fármaco (ABCB1, ABCC2), pero también con genes implicados en el estrés oxidativo/reparación de

DNA (NOS3, RRM1). Estos hallazgos pueden permitir una mejor individualización de la farmacoterapia, aunque se necesitan estudios confirmatorios.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

367. INFLUENCIA DEL PARÁMETRO AREA BAJO LA CURVA/CONCENTRACION MÍNIMA INHIBITORIA SOBRE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON VANCOMICINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

AUTORES: Ruiz Ramos J, Garcia Robles A, Martin Cerezuela M, Marrero Alvarez P, Marques Miñana Mr, Poveda Andres JI.

Hospital Universitario La Fe. Av. Fernando Abril Martorell N°106, 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: Staphylococcus aureus constituye el principal agente responsable de bacteremia comunitaria y nosocomial, estando asociado a una elevada morbi-mortalidad.

Estudios recientes en población adulta han alertado sobre la alta tasa de fracaso terapéutico en aquellas cepas de S aureus con una Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) elevada a vancomicina. Tradicionalmente, la eficacia de vancomicina se ha correlacionado con el parámetro área bajo la curva de las concentraciones plasmáticas (AUC), habiéndose consensuado como objetivo un valor del cociente AUC/CMI >400 mg*h/L. No obstante, la información disponible en la población pediátrica es limitada.

El objetivo del presente estudio es determinar la probabilidad de alcanzar el objetivo de AUC/CMI con la dosis inicial prescrita de Vancomicina en pacientes pediátricos con bacteremia por S aureus, así como determinar su influencia sobre la respuesta clínica del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes pediátricos con bacteremia por S aureus tratados con vancomicina durante el periodo Enero de 2010 a Enero de 2015 en un hospital terciario. El objetivo primario fue evaluar la consecución del parámetro AUC/CMI >400 mg*h/L en la primera monitorización del fármaco, así como a lo largo del tratamiento. Como objetivos secundarios se evaluaron la respuesta precoz al tratamiento (descenso de leucocitos, PCR y ausencia de fiebre), estancia hospitalaria y mortalidad a los 30 días desde el inicio de tratamiento en función de la consecución o no del parámetro objetivo.

La determinación de niveles plasmáticos de vancomicina (Cmin) se realizó mediante el equipo Axsym®. El cálculo de los parámetros farmacocinéticos se realizó por ajuste bayesiano, utilizando el software PKS® (Abbot Pharmacokinetics system). El AUC se calculó mediante la fórmula Dosis (mg)/Aclaramiento total del fármaco (L/h). El cálculo de los parámetros farmacocinético se realizó asumiendo un modelo monocompartmental. La determinación de la CMI a Vancomicina se realizó por E-Test.

Los datos se analizaron con el software STATA v.16.0. La comparación de variables cuantitativas se realizó con test de Mann Withney, usando el test Ji-cuadrado para el estudio de variables cualitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 27 pacientes con bacteremias por S aureus [(Mediana edad: 2 semanas/5 días (Rango:3 días-5 años); 51,8%Varones]. Diez (37,0%) presentaron bacteremia por S aureus con CMI $>1,0$; siendo en cuatro (14,8%) $>1,5$. Cinco pacientes presentaron aislamientos de S aureus meticilin-resistente (SAMR)

La dosis media inicial recibida por los pacientes fue de 32,9 (IC95%:29,1-36,7) mg/kg/día. Con dicha dosis, 12 (44,4%) pacientes no alcanzaron en la primera determinación un valor estimado de AUC/CMI >400 mg*h/L. Ocho (29,6%) pacientes no alcanzaron un valor AUC/CMI >400 durante el tratamiento. No se observaron diferencias significativas entre pacientes con y sin la consecución del parámetro objetivo en la respuesta precoz al tratamiento (28,5% vs 22,2%; $p=0,739$), estancia hospitalaria (Mediana (RIQ): 54,5 (32-62) vs 114,5 (57,5-267,5) días; $p=0,06$) ni mortalidad a 30 días (5,2% vs 0,0%).

CONCLUSIONES: Un porcentaje importante de pacientes pediátricos no alcanzan valores objetivos de AUC/CMI para vancomicina a las dosis inicialmente prescrita. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para evaluar el impacto de dicho parámetro sobre la respuesta clínica de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

650. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON METOTREXATO EN LA CONCENTRACIÓN DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS

AUTORES: Elberdín Pazos L, Martínez López LM, Outeda Macías M, Paradela de la Morena S, Fernández Torres R, Martín Herranz I.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: En los últimos años se han publicado estudios que demuestran que el tratamiento concomitante con metotrexato puede reducir la inmunogenicidad de infliximab y disminuir la eliminación de medicamento en enfermedades reumatológicas. Sin embargo, la evidencia disponible en dermatología es limitada. Nuestro objetivo es valorar la influencia del tratamiento concomitante con metotrexato en los niveles plasmáticos de infliximab y anticuerpos anti-infliximab (ATIs) en pacientes con patologías dermatológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del 100% de pacientes con enfermedades dermatológicas a tratamiento con infliximab y metotrexato concomitante monitorizados en el Servicio de Farmacia (mayo 2012-enero 2014). Se inició tratamiento con metotrexato (7,5 mg/semanal) en pacientes en los que se detectó ATIs o disminución de concentración de infliximab. Todos los pacientes recibieron dosis inicial de infliximab 5 mg/kg semanas 0, 2 y 6, continuando con 5 mg/kg/8semanas. Las determinaciones de niveles plasmáticos de infliximab (Conc) y ATIs se realizaron al inicio del tratamiento y posteriormente siguiendo el régimen posológico prescrito, siempre inmediatamente antes de la infusión del medicamento (C_{min}). Se analizaron las concentraciones antes del inicio de metotrexato (Conc1, ATIs1) y a la segunda (Conc2, ATIs2) y cuarta (Conc4, ATIs4) dosis de infliximab tras tratamiento combinado. Se establecieron 2 grupos según ATIs previos a tratamiento con metotrexato: A) pacientes sin ATIs; B) pacientes con ATIs. La determinación y cuantificación de las concentraciones de infliximab y ATIs se realizó mediante dos inmunoensayos ELISA tipo sándwich. Se consideró muestra negativa para ATIs si C

Variables recogidas: Sexo, edad, diagnóstico, biológicos previos, dosis infliximab, concentración infliximab y ATIs.

Estadística: Análisis descriptivo de variables (programa SPSS versión 19.0): variables cualitativas (%), variables cuantitativas (mediana y rango).

RESULTADOS: 9 pacientes (77,80% varones), 40,22±12,58 años. Diagnósticos: 6-psoriasis (50,00% biológicos previos: 2-etanercept y adalimumab; 1-etanercept, adalimumab y efalizumab), 2-hidrosadenitis, 1-pioderma gangrenoso. Tiempo de tratamiento y dosis de infliximab antes de metotrexato: 13,09 (6,15-42,05) meses; 8 (4-18) dosis.

Evolución de concentraciones de infliximab y ATIs:

A) Pacientes sin ATIs: 44,4% (4/9) pacientes. Tiempo de tratamiento: 21,82 (9,49-30,55) meses; 7,5 (6-18) dosis de infliximab. Conc1=0,11 (0,08-2,75) mcg/mL; Conc2=2,20 (1,20-2,94) mcg/mL; Conc4=2,60 (1,80-4,40) mcg/mL. 100% determinaciones ATIs

B) Pacientes con ATIs: 55,6% (5/9) pacientes. Tiempo de tratamiento: 21,62 (6,15-42,05) meses; 13 (4-16) dosis de infliximab. ATIs1(100% pacientes)=106,00 (59,60-1388,00) UA/ml; ATIs2(80% pacientes)=167,00 (47,00-630,00) UA/ml (1 paciente ATIs)

No diferencias estadísticamente significativas entre las concentraciones de infliximab y ATIs antes y después del tratamiento combinado.

CONCLUSIONES: Debido al bajo número de pacientes no se ha encontrado una relación significativa entre la variación de los parámetros y el tratamiento concomitante con metotrexato. Sin embargo, tras el inicio de éste se observa una tendencia al aumento de concentración de infliximab en el primer grupo, y una disminución de concentración de ATIs en el segundo, consiguiéndose negativizar ATIs en dos pacientes. Por ello el inicio de tratamiento combinado de infliximab y metotrexato de forma temprana parece reducir la inmunogenicidad y, por tanto, ayudar al mantenimiento del tratamiento durante más tiempo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1050. INTEGRACIÓN DE LA SOLICITUD DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES: Goenaga Ansola A, Pena Villanueva P, León Barbosa A, Pampín Sánchez R, Rodríguez Nebreda S, Durán Román C.

Hospital De Cabueñes. Los Prados, 395. Asturias. España

OBJETIVO: Redefinir el circuito de solicitud de monitorización de fármacos dentro de la historia clínica electrónica Selene®.

Comparar el grado de cumplimentación de la solicitud tras su integración, respecto a la solicitud en papel utilizada previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Antes de la implantación de la historia clínica electrónica, la solicitud de monitorización al Servicio de Farmacia se realizaba cumplimentando un impreso en papel, encargándose el Servicio de Análisis Clínicos de la determinación analítica. Los campos a rellenar eran: datos del paciente (nombre y apellidos, edad, peso y talla), médico y servicio solicitante, fármaco a monitorizar, motivo de solicitud, historia de dosificación (dosis, pauta,

fecha y hora de inicio de tratamiento) y fecha, hora y persona responsable de la extracción. Dentro de un proceso de monitorización, debía cumplimentarse un impreso para cada control analítico.

Para la integración en la historia clínica electrónica, se diseñó un formulario con los siguientes campos: fármaco a monitorizar, motivo de solicitud y peso y talla del paciente, siendo este último el único no obligatorio. Tras la implantación, el médico debe solicitar la monitorización cubriendo el formulario diseñado, siendo el Servicio de Farmacia el que cursa los controles analíticos al laboratorio.

Una vez implantado el nuevo circuito, se revisaron las solicitudes de monitorización cursadas entre febrero y mayo de 2015, obteniéndose de la solicitud: fármaco, motivo, peso y altura y de la hoja de prescripción: dosis, pauta y fecha y hora de inicio de tratamiento. Estos datos se compararon con la misma cantidad de solicitudes en formato papel recibidas en los meses inmediatamente anteriores a la integración, utilizando la primera solicitud de cada paciente monitorizado. Para comparar los datos de extracción se analizaron las solicitudes realizadas por el Servicio de Farmacia de forma electrónica y las solicitudes en papel cursadas por los clínicos.

RESULTADOS: En el periodo estudiado se recibieron 34 solicitudes electrónicas, 17 de vancomicina, 9 de amikacina, 6 de gentamicina y 2 de valproato. De las 34 solicitudes en papel, 24 correspondieron a vancomicina, 7 a amikacina y 3 a gentamicina. El motivo se cumplimentó en 32 de las solicitudes electrónicas frente a 30 de las solicitudes en papel, el peso en 34 frente a 13 y la altura en 29 frente a 8. En relación a la historia de dosificación, el sistema informático proporcionó la dosis, pauta y fecha de inicio en todas las solicitudes, mientras que en papel se recogieron en 31, 29 y 12 solicitudes respectivamente. Para las solicitudes electrónicas se tramitaron 68 controles analíticos, con el 100% de los datos de la extracción. De los 125 controles en papel, el 71,2% contenían la fecha de extracción, el 70,4% la hora y el 51,2%, la persona responsable.

CONCLUSIONES: La integración de la solicitud de monitorización de fármacos dentro de la historia clínica electrónica ha simplificado el proceso y ha permitido mejorar el grado de cumplimentación de la petición respecto al formato en papel, proporcionando de manera más directa y fiable los datos necesarios para poder realizar una adecuada recomendación farmacocinética.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

368. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORES: MENDOZA AGUILERA M, BELLÉS MEDALL MD, ÁLVAREZ MARTÍN T, FERRANDO PIQUERES R, GARCÍA MARTINEZ T, GALLEGU IGLESIAS B.

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. Avda. Benicasim, s/n. Castellón de la Plana. España

OBJETIVOS: Definir la concentración plasmática mínima eficaz (cutt-off) para adalimumab, en artritis reumatoide y espondilitis anquilosante; conocer la influencia de los inmunomoduladores sobre las concentraciones plasmáticas de anti-TNF; identificar pacientes con fracaso terapéutico secundario por inmunogenicidad y calcular el impacto económico de la incorporación de esta práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseña un estudio prospectivo de 1 año de duración donde se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA), tratados con adalimumab (ADA) en nuestro Departamento de Salud.

Para cada paciente se recogen los parámetros antropométricos, los factores relacionados con su enfermedad (diagnóstico, respuesta clínica y datos analíticos) y con su tratamiento (fecha de inicio, última dosis, cambios de dosis o intervalo y tratamientos concomitantes). Se cuantifica la concentración plasmática valle para ADA y de anticuerpos anti-ADA (AAA) con el analizador Euroimmun I-2p® y los reactivos de Lisa tracker® mediante técnica ELISA de captura y ELISA puente, respectivamente. Se determina el AAA en aquellas muestras con concentraciones de ADA

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 64 pacientes (40 con AR (62.5%) y 24 con EA (37.5%)), lo que supone un 84,2% del total de los pacientes en nuestro Departamento de Salud. El cutt-off para AR fue de 3.2 mcg/ml (sensibilidad 66%, especificidad 80%) y para EA de 1.8 mcg/ml (sensibilidad 82%, especificidad 72%). En AR, los pacientes en monoterapia obtuvieron una mediana de concentraciones plasmáticas de ADA de 4.74 mcg/ml (1,06-8,28), menor respecto a los que llevaban asociado metotrexato 5.48 mcg/ml (3,98-8,92) ($p=0.174$). Fueron detectados AAA en 5 pacientes con AR (12.5%) y en 4 de EA (17%). En el 60% de estos pacientes se decidió cambiar a otro anti-TNF. En el grupo de AR, 2 de los pacientes con anticuerpos presentaron erupción cutánea (40%). En el 26% de los pacientes monitorizados de AR y el 21% de EA se optó por ampliar el intervalo terapéutico (40mg c/21 días). En AR se obtuvo un ahorro anual de 1.267 euros/paciente monitorizado, siendo en EA de 1.262 euros/paciente monitorizado.

CONCLUSIONES: Concentraciones plasmáticas superiores a 3.2 mcg/ml en AR y a 1.8 mcg/ml en EA se han relacionado con una baja actividad de la enfermedad. La monitorización de adalimumab para la optimización del tratamiento ha resultado ser, tanto para AR como para EA, una actividad eficiente.

626. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA Y TOXICIDAD CON TACROLIMUS DE LIBERACIÓN RÁPIDA VS PROLONGADA EN TRASPLANTE RENAL

AUTORES: Sáez Belló M, López - Montenegro Soria Má, Frias Ruiz P, Gómez Álvarez S, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Estudio comparativo de la monitorización farmacocinética y toxicidad de tacrolimus liberación rápida vs prolongada en pacientes trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de cohortes realizado durante el periodo 2009-2014. Se incluyeron pacientes trasplantados renales en tratamiento con tacrolimus, micofenolato y corticoides desde el postrasplante inmediato. El grupo de tacrolimus de liberación rápida (LR) fue tratado durante todo el periodo con Prograf® (periodo: 2009/2012) y el grupo de tacrolimus liberación prolongada (LP) con Advagraf® (periodo: 2013/2014).

Variables: edad, sexo, peso (kg), dosis tacrolimus, micofenolato y prednisona (mg/kg/día).

Se calculó para el periodo de postrasplante inmediato (PI), semana 0 – 6, y de mantenimiento (PM), semana 6 – mes 6: número determinaciones totales por paciente (DetTOTAL), % determinaciones fuera del intervalo terapéutico (IT) (%DetFUERA IT = DetFUERA IT / DetTOTAL*100; %), % modificaciones dosis (%Mod = Mod / (DetTOTAL– 1) *100; %) e incidencia de toxicidad asociada a tacrolimus (clasificación CTAE v4.03).

Las variables se recogieron a partir de la revisión de las historias clínicas y farmacocinéticas en los aplicativos informáticos Orion Clinic® y pKWeb®.

RESULTADOS: Se incluyeron 46 pacientes, 20 en el grupo de LR (12 hombres/8 mujeres) y 26 en el grupo de LP (14 hombres/12 mujeres); 60,8 (55,7-65,9) vs 59,9 (56,2-63,6) años (p=0,774) y 74,1 (67,9-80,2) vs. 74,7 (68,6-80,8) kg de peso (p=0,879) respectivamente.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dosis media de tacrolimus, micofenolato y corticoides que recibieron los pacientes en ambos grupos (LP y LR).

En el PI, los pacientes tratados con tacrolimus LR requirieron un mayor número de determinaciones (DetTOTAL 11,0 (10,5-11,5) vs 9,1 (8,6-9,6) p<0,001) con un menor % de Cmin fuera del IT (%DetFUERA IT 36,0 (27,6-44,4) vs 53,3 (46,8-59,9) p=0,003) y menor % de modificaciones de dosis (%Mod 52,7 (46,1-59,2) vs 60,7 (53,9-67,5) p=0,099).

Respecto a la toxicidad, un menor % de pacientes tratados con tacrolimus LR presentaron uno o más efectos adversos (45% vs 53,8% p=0,147), siendo los más prevalentes la neurotoxicidad (45% vs 53,9% p=0,767) y la nefrotoxicidad (30% vs 23,1% p=0,738).

En el PM, los pacientes tratados con tacrolimus LR requirieron un menor número de determinaciones (DetTOTAL 9,3 (8,6-10,0) vs 11,3 (10,1-12,5) p=0,05) con un menor % de Cmin fuera del IT (%DetFUERA IT 71,9 (62,4-81,5) vs 75,0 (69,1-80,9) p=0,593) y menor % de modificaciones de dosis (%Mod 41,7 (33,4-50,1) vs 56,8 (51,2-62,5) p=0,04).

Respecto a la toxicidad, un mayor % de pacientes tratados con tacrolimus LR presentaron uno o más efectos adversos (73,3% vs 47,6% p=0,283), siendo los más prevalentes la neurotoxicidad (73,3% vs 47,6% p=0,176) y la nefrotoxicidad (46,7% vs 38,1% p=0,736).

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con la formulación de liberación rápida presentan un menor porcentaje de Cmin fuera del intervalo terapéutico y requieren menos modificaciones de dosis en ambos periodos, además la formulación de liberación rápida provoca un menor porcentaje de efectos adversos en el postrasplante inmediato por ello se considera de elección en este periodo.

1051. NIVELES SÉRICOS ÓPTIMOS DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SEGÚN EL CRITERIO DE RESPUESTA ELEGIDO

AUTORES: Bosó Ribelles V, Marqués Miñana Mr, Aguas Peris M, Nos Mateu P, Poveda Andrés JI.

Hospital La Fe. Avenida Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Los niveles séricos de adalimumab (ADA) se han relacionado con la respuesta al tratamiento en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin embargo aún no existe consenso acerca de cuál es el nivel óptimo de adalimumab para conseguir remisión de la enfermedad. El objetivo de este estudio es determinar el punto de corte óptimo de adalimumab en nuestra cohorte de pacientes con EII y explorar las diferencias en el mismo en función de la variable elegida para remisión: remisión clínica, PCR o calprotectina.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con EI que se sometieron a monitorización farmacocinética de adalimumab entre mayo de 2014 y marzo de 2015. La remisión clínica según índices de actividad se definió como Harvey ≤ 4 para la enfermedad de Crohn (EC) y Mayo ≤ 2 para colitis ulcerosa (CU). Se consideró normal una PCR

RESULTADOS: Se incluyeron 97 pacientes (47,4% hombres) a los que se realizaron un total de 140 determinaciones. La edad media fue de 45,4 años (IC95%: 42,6-48,2). La EI fue colitis ulcerosa en el 17,5% de los casos y enfermedad de Crohn en el 82,5%. El 53,6%(n=52) había llevado previamente infliximab, el 92,8%(n=90) estaba tratado concomitantemente con inmunosupresores y el 94,8%(n=91) con corticoides. Según el valor de índice de actividad, los niveles fueron superiores en remisión (mediana de 10,1 vs. 5,9 mcg/ml; p=0,004) con un AUC(IC95%) según la curva ROC de 0,69 (0,57 - 0,81) y un punto de corte óptimo de 7,2mcg/ml (Sensibilidad(Se)=66,0%; Especificidad(Ep)=62,5%). Los niveles fueron superiores en los pacientes con PCR

CONCLUSIONES: El punto de corte óptimo de adalimumab varía en función de la variable utilizada para definir la respuesta al tratamiento, y es mayor para remisión según índices de actividad que el necesario para normalizar PCR y calprotectina, que es similar.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

631. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PIPERACILINA-TAZOBACTAM Y MEROPENEM EN INFUSIÓN CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: Ahmad Diaz F, Miralbes Torner M, Aragonés Eroles A, Cano Marrón Sm, Palomar Martínez M, Schoenenberger Arnaiz Ja.

Hospital Universitario Arnau De Vilanova. Av/ Rovira Roure. Lleida. España

OBJETIVO: Determinar la dosis adecuada de meropenem (MER) y piperacilina-tazobactam (PZT) en el paciente crítico para obtener una concentración plasmática de fármaco libre en el estado estacionario (C_{ssf}) 4-10 veces superior a la CMI el 100% del tiempo de perfusión continua (PC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de intervención en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel durante el periodo octubre 2014 – abril 2015. La intervención consistió en administrar MER o PZT en PC y ajustar la dosis en función de la determinación de la C_{ss}.

Variables recogidas: datos antropométricos, bacteriemia, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), filtrado glomerular (FG), insuficiencia hepática (IH), ventilación mecánica (VM), hemodiafiltración continua (HDFCVV), fármacos vasoactivos (NA). Se iniciaron perfusiones continuas de 24 h con 16 g de PTZ, 24 g de PTZ o 6 g de MER, después de una dosis de carga con 4g de PZT o 2g MER. En tratamiento empírico, se tomaron como referencia las CMI del patógeno menos sensible según la microbiología de nuestro centro del año 2013. Se recogieron muestras a los 30 minutos de finalizada la dosis de carga, a las 24-48h de iniciada la perfusión y al 3er-5º día. La C_{ss} se determinó por cromatografía líquida de alta resolución.

RESULTADOS: Se analizó la C_{ssf} entre las 24-48h en 67 pacientes (63% hombres) y en el 80% (n= 54) se inició como tratamiento empírico. El 21% (n=14) presentaba bacteriemia. El 61% se encontraba en shock séptico o sepsis grave (SS/SG, n= 41,) y el 39% en sepsis o no respuesta (S/NR, n=26).El 21% (n=14) de los pacientes recibió una dosis diaria de 16g de PZT, el 49% (n=33) 24g de PZT y el 30% (n=20) 6g de MER.

En el 54% (n=36) se alcanzó una C_{ssf} entre 4-10 CMI: representando el 79% de los pacientes que recibieron la dosis de 16g de PZT (n=11), el 44% de los que recibieron 24g PZT (n=15) y el 50% en los pacientes tratados con dosis de 6g MER (n=10). Clínicamente, el 44% (n=16) de los pacientes en los que se alcanzó 4-10 CMI presentaban un FG

En el 46% (n= 31) de los pacientes no se alcanzó el objetivo de C_{ssf} 4-10 CMI, presentando el 27% (n=18) una C_{ssf} medida < 4 CMI y el 19% (n=13) de los pacientes una C_{ssf} medida > 10 CMI.

CONCLUSIONES: La monitorización de PZT y MER en PC en el paciente crítico, nos ha llevado a la utilización de dosis elevadas de fármaco para llegar al objetivo terapéutico. A pesar de ello, el 27% de los pacientes tratados, se encontraban por debajo de nuestro objetivo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

901. RELACIÓN ENTRE INTOXICACIÓN DE DIGOXINA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

AUTORES: Martí Llorca A, García Iranzo E, Andújar Mateos A, García Monsalve A, Rodríguez Lucena FJ, Navarro Ruiz A. Hospital General Universitario de Elche. C/Camí de l'Almassera, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: La distribución de los fármacos en pacientes obesos está fuertemente condicionada por su mayor o menor liposolubilidad. Estas diferencias en la capacidad de distribución de fármacos cuestiona la utilización del peso real en la predicción del volumen aparente de distribución. En obesos, fármacos con elevado volumen aparente de distribución apenas se incrementa su volumen de distribución y la predicción del volumen se realiza en base al peso corporal ideal.

La digoxina es un fármaco relativamente lipófilo, pero su volumen de distribución y su aclaramiento renal apenas varían entre pacientes con índice de masa corporal (IMC) elevado e índice de masa corporal normal. Por ello, la forma de dosificar la digoxina es por peso ideal.

El objetivo de este estudio es determinar si existe una relación entre el IMC y las concentraciones plasmáticas de digoxina por encima de su intervalo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en un hospital terciario de 413 camas, de determinaciones de digoxina entre Enero de 2012 a Febrero de 2015, todas ellas solicitadas por el servicio de urgencias, siendo un primer control farmacocinético.

Los datos recogidos, se agrupan según el IMC (18.5-25 o peso normal, 25-30 o sobrepeso y >30 u obesidad) y si la concentración plasmática de digoxina está por encima o por debajo de 2ng/mL, excluyendo: muestras de pacientes con insuficiencia renal ($Cr > 1.2$ mg/dL) y concentraciones plasmáticas por debajo de 0,5ng/mL, que pueden deberse a una falta de adherencia al tratamiento. Además calculamos el porcentaje de hombres y mujeres en cada grupo, para ver las posibles diferencias en el factor sexo.

Por último, analizamos la relación entre estas dos variables cualitativas (IMC e intoxicaciones por digoxina), mediante la prueba de chi cuadrado, a través de tablas de contingencia.

RESULTADOS: Se han revisado 129 determinaciones de concentraciones plasmáticas de digoxina de pacientes diferentes; 60 pacientes tenían peso normal, 43 sobrepeso y 26 obesidad. La media de edad de cada grupo fue de 82.55 ± 7.67 , 79.23 ± 9.42 y 81.27 ± 6.94 años, respectivamente.

En cuanto a la distribución de sexo, en el grupo de peso normal el 33.3% son hombres y el 66.7% mujeres, en el grupo de sobrepeso el 39.5% son hombres y el 60.5% mujeres y en el grupo de obesidad el 19.2% son hombres y el 80.8% mujeres.

De los pacientes con peso normal, 10 (16.7%) estaban intoxicados y 50 (83.3%) no estaban intoxicados. En los pacientes con sobrepeso, 5 (11.6%) estaban intoxicados y 38 (88.4%) no estaban intoxicados. De los pacientes con obesidad, 1 (3.8%) estaba intoxicado y 25 (96.2%) estaban en rango terapéutico.

Finalmente, con el estudio estadístico obtenemos un valor p de Chi cuadrado de 2.78, siendo inferior a 5.9915, que es el valor que indica una relación estadísticamente significativa (IC95%) para 2 grados de libertad.

CONCLUSIONES: No hay una relación estadísticamente significativa entre IMC e intoxicaciones por digoxina en nuestro estudio, posiblemente por la limitación del reducido tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

836. RESULTADOS DE ESTUDIOS FARMACOCINÉTICOS EN LA PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON HEMOFILIA A SEVERA

AUTORES: Tamayo Bermejo R, Mingot Castellano Me, González Díaz L, Hurst . K, Muñoz Castillo Im. Hospital Regional Universitario De Málaga. Av. Carlos Haya, S/N. Málaga. España

OBJETIVOS: Evaluar la farmacocinética como una herramienta para ajustar el tratamiento hemostático y optimizar resultados en pacientes adultos con hemofilia A severa en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en pacientes adultos con hemofilia A severa (Se analizó el consumo de FVIII, la tasa de sangrados y el cambio en la calidad de vida (CV) tras el ajuste del tratamiento a partir de farmacocinética (PK).

Se recogieron variables demográficas, clínicas (número, localización y tratamiento de episodios hemorrágicos) y variables relacionadas con el medicamento (unidades de FVIII dispensadas). Fuentes de información: historia clínica, diarios de pacientes y registros de Farmacia.

La CV se analizó utilizando el cuestionario A36Hemophilia-QoL, que se completó antes del cambio y después de un año bajo recomendaciones PK.

Los parámetros farmacocinéticos se evaluaron a través del programa PK.

Los resultados fueron comparados con los del año anterior al cambio y ajuste PK.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, y medidas de centralización y dispersión para variables continuas. Para estudiar la relación entre variables cualitativas se utilizó

Chi-cuadrado, t de Student y el análisis de la varianza para variables continuas. Los resultados del tratamiento a demanda y profilaxis se compararon mediante una prueba t pareada. La correlación mediante Spearman. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 16 pacientes, pero solo 14 completaron el seguimiento.

10 (71,6%) pacientes cambiaron de factor plasmático (pdFVIII) a recobinante y 4 a otro pdFVIII. 7 cambiaron su esquema de tratamiento, 1 pasó de profilaxis a demanda y 6 (42,9%) cambiaron de demanda a profilaxis, todos en la profilaxis terciaria. 7 continuaron con su régimen durante el seguimiento, 4 (28,6%) a demanda y 3 (21,4%) en profilaxis.

La media de edad fue 31,7(\pm 9,4) años, la media del volumen de distribución 56,2(\pm 19)ml/kg, la semivida 12,9(\pm 5,9) h y el aclaramiento 3,4(\pm 1,4)ml/kg.

El aclaramiento fue menor en los pacientes tratados con pdFVIII, 2,1 \pm 0,9ml/kg frente a 4,0 \pm 1,2 ml/kg(p=0,015), los pacientes de edad avanzada (p=0,033) y en aquellos con mayores niveles de VWF:RCo(p=0,026).

No se encontró correlación entre el aclaramiento y el peso o los niveles de VWF: Ag.

Los ajustes de dosis mediante PK para la profilaxis produjeron una reducción del 20,3% en el consumo de FVIII(p = 0,005), sin modificar la tasa de sangrado. En la demanda no se modificó ni el consumo ni las hemorragias.

Para el conjunto de pacientes no se encontraron cambios en la CV, pero si se encontró mejoría en la CV(p<0,0001) en los sujetos que pasaron de un régimen de demanda a profilaxis tras cambio de FVIII, que parece estar relacionado con la disminución en la tasa de sangrados anual (78,5%), no con PK.

CONCLUSIONES: El ajuste PK permite personalizar la terapia, ajustando la dosis y frecuencia de la profilaxis de forma individualizada, además de reducir el consumo de factor, reducción del número de sangrados y aumento de la CV.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

655. SECUENCIACIÓN DE DPYD EN PACIENTES CON TOXICIDAD SEVERA A FLUOROPIRIMIDINAS

AUTORES: García González X, García García MI, Pellicer Corbi M, García Alfonso P, Sanjurjo Sáez M, López Fernández LA.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Las reacciones adversas a fluoropirimidinas son un grave problema en el manejo del tratamiento de varios tumores sólidos, como mama o colon. Las variantes genéticas rs3918290 (DPYD*2A), rs55886062 (DPYD*13) y rs67376798 en DPYD, gen que metaboliza el 80-90% de la dosis administrada de fluoropirimidinas, se han relacionado claramente con la toxicidad a estos fármacos. No obstante, la baja frecuencia de estos alelos de riesgo comparada con la alta frecuencia de aparición de reacciones adversas, sugiere que debe haber otras variantes implicadas. Con el objetivo de obtener una visión global de las variantes genéticas en DPYD y poder identificar otros polimorfismos que pudieran condicionar la actividad esta enzima, se analizó la secuencia codificante de DPYD de tres pacientes oncológicos no portadores de las variantes anteriormente mencionadas y que al recibir tratamiento con regímenes quimioterápicos basados en fluoropirimidinas, experimentaron toxicidades severas

MATERIAL Y MÉTODOS: El ADN se aisló a partir de muestras de sangre periférica mediante el HighPure PCR Template preparation kit (Roche Applied Science). Las secuencias correspondientes a 23 de los 24 exones del gen DPYD se amplificaron mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los oligonucleótidos cebadores se diseñaron mediante el software Geneious v3.5. La secuenciación se realizó mediante tecnología Sanger en un ABI-Prism 3100 GeneticAnalyzer (LifeTechnologies).

Se analizó la historia clínica de los pacientes y se recogieron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento. La severidad de los efectos adversos asociados a la quimioterapia se clasificó según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v.4.0.

RESULTADOS: Los tres pacientes sufrieron toxicidades severas (grado \geq 3): neutropenia y síndrome mano-pie grado 3 (paciente 1), neutropenia y diarrea grado 4 (paciente 2), mucositis y síndrome mano-pie grado 4 (paciente 3). Todos los pacientes poseían mutaciones en la secuencia codificante de DPYD. Se detectaron siete variantes génicas que condicionan un cambio de aminoácido: Pro786Thr y rs2297595 c.496A>G (paciente 1), p.Met166Val, rs1801158 c1601G>A, p.Ser534Asn, rs1801159 c.1627A>G p.Ile543Val, rs1801160 c.2194G>A p.Val732Ile. (paciente 2), rs1801265 c85T>C, p.Cys29Arg (DPYD*9), rs1801159 c.1627 A>G, p.Ile543Val (DPYD*5). Es la primera vez que se describe la mutación Pro786Thr. Las otras seis variantes génicas encontradas se han asociado previamente con un mayor riesgo de toxicidad a flouropirimidinas, aunque la evidencia es débil y a veces contradictoria.

CONCLUSIONES: La secuenciación de genes completos podría ser una excelente herramienta para ayudar a explicar toxicidades severas en pacientes que no presentan las mutaciones más comúnmente estudiadas y para identificar nuevos predictores.

Este método ha permitido describir por primera vez la variación Pro786Thr en la secuencia codificante de DPYD. La incorporación de estas y otras variantes de mayor frecuencia alélica que podrían presentar efecto aditivo podría mejorar la capacidad de predicción de los modelos existentes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

768. THE VALUE OF GENETIC POLYMORPHISMS TO PREDICT TOXICITY IN PLATINUM-BASED CHEMORADIOTRAPY FOR HEAD AND NECK SQUAMOUS CELL CARCINOMA.

AUTORES: Durán Piñeiro G, Aguin Losada S, Cruz Guerrero R, Barros Angueira F, Bernardez Ferran B, Lamas Díaz MJ. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Choupana s/n. A Coruña. España

BACKGROUND: We are trying to identify factors that predict which patients are likely to high risk of toxicity by analyzing candidate genes in the platinum pathways in order to identify useful tools to improve SCCHN patient management.

METHODS: Genomic DNA was genotyped for 35 genes from all 111 patients, cisplatin was administered tri-weekly (100 mg/m²) and weekly (33 mg/m²) and clinical data were obtained by prospective chart review. All toxicities were graded according to the National Cancer Institute Common Toxicity Criteria CTC v3.0. For each patient, we recorded the maximum observed toxicity grade. The primary end-point is to find out if the pharmacogenetic test in the clinical practice may predict .

RESULTS: The male-to-female ratio was 8:1 and the median age 69 years (range 42–84), 57.6% smoking and 63.9% drinking. Histopathological diagnosis was confirmed in all patients by morphological analysis. Total doses ranged from 50 to 70 Gy in daily fractions of 2 Gy, five times a week.

Of 45 genome-wide SNPs examined, we found that two SNPs, rs1045642 (p=0.012; OR=4.5 [1.39-14.54]) and rs4880 (p=0.020; OR=0.50, [0.3-0.9]), were significantly associated with severe mucositis, neutopenia and radiodermatitis to cisplatin-based radio-chemotherapy. Interestingly, these two SNPs are strongly associated with the organic cation/anion transporters known to affect platinum uptake and clearance.

There was indication of excess toxicity risk according to genotype when the recessive or additive genetic models were assume.

CONCLUSIONS: Our results suggest that ABCB1 and SOD2 genes may be at greater risk for severe toxicity.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

330. TOXICIDAD A CAPECITABINA ASOCIADA AL POLIMORFISMOS DEL GEN ERCC2

AUTORES: Ortega Valin L, Vilorio Marqués L, Ruano De La Torre R, Matilla Fernández B, Dávila Batista V, Moreno Sánchez V.

Centro Asistencial Universitario De León. Avda Alto De Las Navas S/N. León. España

INTRODUCCIÓN: La quimioterapia adyuvante en el cáncer colorrectal (CCR) ha demostrado ser eficaz pero su uso a menudo se ve comprometido por la aparición de efectos adversos.

Algunos genes del metabolismo presentan polimorfismos que podrían ayudar a predecir qué pacientes son susceptibles de padecer toxicidad y así personalizar la pauta de quimioterapia.

En concreto, la toxicidad asociada a Capecitabina determina la dosis y duración del tratamiento, siendo la toxicidad cutánea uno de los principales responsables de reducciones y cesaciones del mismo.

OBJETIVOS: Se pretende analizar el impacto del polimorfismo genético ERCC2_rs13181 en el grado de toxicidad asociado a Capecitabina en el tratamiento adyuvante del CCR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron los pacientes tratados con Capecitabina en un estudio multicéntrico (N=85). Se analizaron en ADN extraído a partir de sangre periférica polimorfismos en genes reparadores del ADN del grupo "Excision repair cross-complementation group": ERCC1 (rs11615, rs3212948, rs3212986) y ERCC2 (rs13181, rs1799793). La toxicidad se evaluó en cuatro grados crecientes en función de su gravedad según los criterios de la OMS. Se analizó la toxicidad mediante modelos de regresión logística, dividiéndose los pacientes en dos grupos: sin toxicidad/toxicidad mínima (N0, G1) y con toxicidad grado 2 o superior (G2, G3, G4). Se consideraron fenómenos de fotosensibilización, descamación, hiperpigmentación y dermatitis palmo-plantar o síndrome mano-pie a nivel cutáneo; Cefalea, letargia, vértigo, parestesia, disgeusia a nivel neurológico.

Resultados. Se ha observado una asociación significativa entre polimorfismos rs13181 y rs1799793 de ERCC2 y la toxicidad cutánea y neurológica. La presencia del alelo menor de estos SNPs se asocia con menor toxicidad. Los polimorfismos de ERCC1 no se asociaron a toxicidad.

CONCLUSIONES: Los polimorfismos rs13181 y rs1799793 de ERCC2 determinan mutaciones del tipo missense variation. Estas variantes genéticas podrían conferir una protección frente a la toxicidad neurológica y cutánea asociada al tratamiento con Capecitabina, tal como ha sido sugerido en otros estudios.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

182. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE GUIADO POR EL GENOTIPO CYP2C19 Y ABCB1 EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ICP

AUTORES: Díaz Villamarín X, Dávila Fajardo CL, Martínez González LJ, Sánchez Ramos JG, Martínez Huertas S, Burillo Gómez F.

San Cecilio. AV/Dr. Olóriz s/n 18012. Granada. España

INTRODUCCIÓN: Las guías de práctica clínica recomiendan la doble terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico y clopidogrel durante 12 meses como tratamiento estándar para la prevención de complicaciones trombóticas en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Clopidogrel se metaboliza a través del isoenzima CYP2C19, a metabolito activo responsable de la inhibición de la agregación plaquetaria. Además es necesaria para la absorción del fármaco la glicoproteína P que es codificada por el gen ABCB1. Según el genotipo CYP2C19 y ABCB1 la efectividad antiagregante del clopidogrel puede ser diferente estableciéndose metabolizadores normales, intermedios y lentos; y buenos o malos transportadores. Los metabolizadores intermedios y lentos y los malos transportadores son los responsables de la mala respuesta antiagregante del fármaco (CYP2C19*2 (*1/*2 y *2/*2) ni en ABCB1 TT).

OBJETIVOS: Comparar la evolución de los pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) tras SCA entre el primer ingreso sin orientar el tratamiento por test genético y el segundo ingreso orientando el tratamiento antiagregante por test genético CYP2C19 y ABCB1.

Evaluar las diferencias genéticas de nuestro grupo de pacientes con respecto a la población de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes primer ingreso: se reclutaron los pacientes que habían sido diagnosticados de SCA-ICP en nuestro centro entre enero de 2010 y abril de 2012. Pacientes segundo ingreso: pacientes diagnosticados de SCA-ICP desde Abril de 2012 en nuestro hospital. Los pacientes incluidos en el estudio son los 11 incluidos en ambos grupos. En el segundo ingreso, los pacientes portadores del alelo CYP2C19*2 y/o ABCB1 TT recibieron prasugrel y los pacientes sin estos polimorfismos recibieron tratamiento con clopidogrel. En el primer ingreso todos recibieron clopidogrel. Para la determinación genética empleamos sondas Taqman® (CYP2C19*2 (rs4244285) y ABCB1 (rs1045642)) y la técnica de discriminación alélica. Se comparó la evolución del paciente durante 1 año tras los 2 diagnósticos de SCA valorando si el paciente se había mantenido estable, si había sufrido un nuevo evento cardíaco (IAM, ICTUS) o muerte cardiovascular. Se compararon las características genéticas de los 11 pacientes con las de 1300 pacientes con SCA de Granada.

RESULTADOS: De los 11 pacientes reclutados (diagnosticados de SCA con reingreso): 3 (28%) son malos metabolizadores (CYP2C19*2 (*1/*2 y *2/*2), 5 (46%) son malos transportadores (ABCB1 TT) y 7 (63.7) son malos transportadores y/o metabolizadores (CYP2C19*2 (*1/*2 y *2/*2) y/o ABCB1 TT); sólo 4 pacientes son buenos metabolizadores y transportadores. Las prevalencias de malos metabolizadores y transportadores en la población control son 27.5% y 20.8% respectivamente.

De los 11 pacientes, 7 tuvieron un evento cardíaco en menos de 12 meses tras el alta del primer SCA; tras el alta del segundo SCA (orientado por test genético) solo 4 de los mismos 11 pacientes tuvieron un evento cardíaco en menos de 12 meses.

CONCLUSIONES: -Observamos una mayor proporción de malos metabolizadores y/o malos transportadores del clopidogrel en los pacientes que padecen un nuevo SCA comparados con población de referencia

-Orientar el tratamiento en función del genotipado CYP2C19 y ABCB1 ha reducido en número de reeventos cardíacos en la población estudiada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

179. VARIACIONES GENÉTICAS ASOCIADAS A LA RESPUESTA DE CLOPIDOGREL (EVENTOS ISQUÉMICOS, ÍNDICE TOBILLO BRAZO Y DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN) EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR PERFIFERICA SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA.

AUTORES: Díaz Villamarín X, Dávila Fajardo CL, Martínez González LJ, Fernandez Quesada F, Papay Ramírez L, Sánchez Ramos JG.

San Cecilio. AV/ Dr. Olóriz s/n 18012. Granada. España

INTRODUCCIÓN: Clopidogrel es un profármaco que se metaboliza a través del isoenzima CYP2C19 a metabolito activo responsable de la inhibición de la agregación plaquetaria. La glicoproteína P, codificada por el gen ABCB1, es clave en la absorción del fármaco. Los efectos antiagregantes del clopidogrel difieren conforme al genotipo ABCB1 y al CYP2C19, estableciéndose así metabolizadores normales, intermedios y lentos; y buenos o malos transportadores. Los metabolizadores intermedios y lentos (CYP2C19*1/*2 y *2/*2) y los malos transportadores (ABCB1 TT) son los responsables de la mala respuesta antiagregante del fármaco ni en). Esta evidencia aún no ha sido demostrada en pacientes con patología vascular periférica de miembros inferiores sometidos a angioplastia transluminal percutánea (ATP).

OBJETIVOS: Determinar la aparición de eventos vasculares isquémicos que obligan a la reintervención del miembro afecto o la amputación de éste en pacientes sometidos a ATP en nuestro centro de 2010 a 2013 (+/- stent), durante un año de seguimiento, y estudiar la asociación con la presencia de los polimorfismos genéticos CYP2C19 y ABCB1 (por separado y ambos combinados). Determinar la asociación entre los polimorfismos genéticos y el grado de Fontaine (clasificación de isquemia), índice-tobillo-brazo y distancia de claudicación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se seleccionaron 72 pacientes con patología vascular periférica de miembros inferiores sometidos a ATP (+/- stent) y en tratamiento con clopidogrel a los que se genotipo los polimorfismos CYP2C19*2 (rs4244285), CYP2C19*3 (rs4986893) y ABCB1 (rs1045642) empleando sondas Taqman® y la técnica de discriminación alélica.

RESULTADOS: De los 72 pacientes incluidos en el estudio, 18 llevaban alelo CYP2C19*2, ningún paciente presentó alelo CYP2C19*3 y 14 pacientes llevaban ABCB1 TT. De los 72 pacientes, 25 (34.7%) presentaron algún evento durante el seguimiento (1 año).

Los pacientes con al menos algún alelo con pérdida de función (CYP2C19*2 *1/*2, *2/*2 y/o ABCB1 TT) presentaron una mayor tasa de eventos frente a los pacientes con alelos sin pérdida de función (OR=5.0, IC 95% 1.75-14.27, p=0.003), además, los pacientes con algún alelo con pérdida de función se asociaron a una peor evolución según el grado de Fontaine (OR= 13.96, IC 95% 4.44-43.82, p<0.0001).

Los pacientes malos metabolizadores (CYP2C19*2 *1/*2 y *2/*2) presentaron también una mayor tasa de eventos que los pacientes buenos metabolizadores (OR=4.49, IC 95% 1.25-13.84, p=0.009) y una peor evolución del grado de Fontaine (OR=8.31, IC 95% 2.36-29.16; p=0.001).

En cambio, los pacientes malos transportadores (ABCB1 TT) no presentaron una mayor tasa de eventos estadísticamente significativa respecto los buenos transportadores aunque si una peor evolución del grado de Fontaine (OR=4.75, IC 95% 1.32-17.07, p=0.017).

CONCLUSIONES: -Los pacientes con mal metabolismo del clopidogrel presentan mayor riesgo de eventos isquémicos importantes y una peor evolución según el grado de Fontaine.

-Nuestros resultados apoyan el papel de los polimorfismos CYP2C19 and ABCB1 como marcadores genéticos de eventos cardiovasculares en pacientes con patología vascular periférica de miembros inferiores sometidos a angioplastia transluminal percutánea (ATP) y en tratamiento con clopidogrel.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1042. ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN Y DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL FRACCIONAMIENTO DE ANTIANGIOTÉNICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD Y EL EDEMA MACULAR DIABÉTICO

AUTORES: Rodríguez Cajaraville L, Sáez Fernández Em, Villacañas Palomares Mv, García García Mp, Fernández Domínguez E, Calvo Hernández Mv.

Complejo Asistencial Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Análisis de la dispensación y del impacto económico del fraccionamiento de viales de bevacizumab, ranibizumab y aflibercept en el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y edema macular diabético (EMD) en un complejo asistencial de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de dos años de duración (2013-2014) de la dispensación tanto de viales completos como de unidades fraccionadas de bevacizumab (Avastin®), ranibizumab (Lucentis®) y aflibercept (Eylea®) solicitados por el Servicio de Oftalmología. El fraccionamiento de los viales se hizo según el procedimiento normalizado de trabajo elaborado por el Servicio de Farmacia. La preparación individualizada comenzó a realizarse en el centro antes de 2013 en el caso de bevacizumab, Mayo 2013 para el ranibizumab y Noviembre 2014 el aflibercept. El número de dispensaciones se extrajeron a través del programa Farmatools® y los datos económicos se calcularon utilizando el PVL+IVA teniendo en cuenta los cambios de precios del periodo de estudio.

RESULTADOS: En 2013 se realizaron 1033 dispensaciones para un total de 507 pacientes; 315 de bevacizumab, 718 de ranibizumab y ninguna dispensación de aflibercept, mientras que en 2014 se realizaron 1269 dispensaciones para 539 pacientes: 114 de bevacizumab, 1089 de ranibizumab y 66 dispensaciones de aflibercept.

Esto supone un incremento global de las dispensaciones en un 23%, basado en un aumento del consumo de ranibizumab y aflibercept frente a una disminución de bevacizumab.

El precio de las unidades fraccionadas de bevacizumab es de 15,6 €, de ranibizumab de 307,4 € hasta Septiembre de 2014 y 240,3 € a partir de dicha fecha y aflibercept de 174,2 €.

El gasto de antiangiogénicos para las patologías oftalmológicas fue de 306.836,11 € en 2013 y 332.691,49 € en 2014. En caso de no haberse realizado el fraccionamiento, el coste estimado sería de 738.597,50 € y 988.229,10 € respectivamente. La elaboración de dosis individualizadas en el Servicio de Farmacia ha proporcionado una reducción de costes de 431.761,39 € en 2013 y de 655.537,61 € en 2014.

CONCLUSIONES: Los nuevos antiangiogénicos ranibizumab y aflibercept, han supuesto un incremento en el gasto farmacéutico de la DMAE y EMD por su elevado precio y por haber desplazado a bevacizumab, como alternativa terapéutica de menor coste en el tratamiento de dichas patologías.

Sin embargo el fraccionamiento de los viales ha conseguido aumentar el número de pacientes tratados y un uso más eficiente de los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

363. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO INICIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTIPSICÓTICOS PARENTERALES DE LARGA DURACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Rodriguez Sanchez JI, Martinez Casal X, Riveiro Pazos S, Prado Robles V.

Hospital Virgen De La Xunqueira. Paseo Do Alcalde Pepe Sanchez, 7. A Coruña. España

OBJETIVOS: Análisis del resultado económico obtenido en los primeros cuatro meses tras la implantación de un programa de dispensación de Antipsicóticos Parenterales de Larga Duración (APLD) desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) perteneciente a un hospital comarcal que atiende a una población de 44.154 habitantes en un área de influencia de 708 km².

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 4 meses de duración (enero 2015-abril 2015), realizado tras la implantación de un programa de dispensación de APLD, en el que se analizaron las unidades de APLD (risperidona, paliperidona, zuclopentixol y flufenazina) dispensadas desde el SFH a la Unidad de Salud Mental del hospital y a 11 centros de salud del área. Para el cálculo del coste real se recogieron los precios de compra (PVL) del SFH correspondientes al mes de mayo 2015 teniendo en cuenta el descuento correspondiente al Real Decreto Ley 8/2010 modificado por el Real Decreto Ley 9/2011, y el IVA del 4%. Asimismo se calculó el coste de los APLD si hubiesen sido dispensados en oficina de farmacia comunitaria, utilizando los Precios de Venta al Público (PVP) vigentes en mayo 2015. La estimación de la aportación potencial de los pacientes en la dispensación a través de receta médica se realizó al alza, suponiendo 4,24 euros de aportación por dosis de risperidona y paliperidona dispensada (aportación reducida oficial mayo 2015), considerando un número de pacientes pensionistas igual a cero. No se contabilizó la aportación potencial de los pacientes a tratamiento con zuclopentixol y flufenazina debido a su escasa relevancia. Tampoco se tuvieron en cuenta las dispensaciones de APLD realizadas a Centros Sociosanitarios, asumidas previamente desde el SFH a través de un convenio que regula la atención farmacoterapéutica desde el mismo. No se han valorado en este estudio resultados en la adherencia de los tratamientos.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se dispensaron desde el SFH un total de 836 APLD (56,10% risperidona, 19,26% paliperidona, 12,32% zuclopentixol y 12,32% flufenazina), de los cuales el 53,47% fueron administrados en la Unidad de Salud Mental del propio hospital y el 46,53% en los 11 centros de salud. El coste real para el SFH en este apartado durante los cuatro meses de estudio fue de 110.371,78 euros mientras que el coste hipotético si la dispensación se hubiese realizado desde oficina de farmacia comunitaria habría sido de 155.932,40 euros. La aportación potencial estimada por parte de los pacientes en la dispensación a través de receta médica fue de 2.671,20 euros. El ahorro mínimo estimado para el Servicio de Salud durante el primer cuatrimestre del año 2015 fue de 42.889,42 euros, lo que equivale a un ahorro mínimo estimado de 128.000 euros/año. Risperidona fue el APLD que aglutinó un mayor ahorro (69,68%) seguida de paliperidona (28,71%).

CONCLUSIONES: La implantación del programa de dispensación de APLD desde el SFH de un hospital comarcal resulta eficiente en términos económicos, proporcionando un ahorro significativo al Servicio de Salud de manera integral pese al incremento de gasto que supone en Atención Especializada.

1062. CUATRO AÑOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

AUTORES: Gimeno Gracia M, Salvador Gomez T, Delgado Beltran C, Cumbraos Sánchez Mj, Guarc Prades E, Compaired Turlan V.

Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa. C/San Juan Bosco. Zaragoza. España

Objetivos. Evaluar el impacto económico que ha supuesto durante cuatro años la aplicación de un protocolo de selección de terapias biológicas en enfermedades reumáticas, elaborado por un grupo multidisciplinar. Seguimiento del número de pacientes con cada terapia biológica (TB) y ajuste a posología indicada en ficha técnica.

Material y métodos. En mayo 2011 se realizó un protocolo de selección de terapias biológicas en enfermedades reumáticas en nuestra comunidad autónoma, elaborado por farmacéuticos, reumatólogos y representantes de servicios centrales. En enero 2014 se actualizó dicho protocolo con las nuevas evidencias disponibles. La evaluación del impacto económico de la aplicación de los protocolos se midió a través del coste acumulado de TB por paciente dispensado medio en el segundo semestre, en el año previo a su implantación (2010) y los cuatro años posteriores (2011-2014). El cálculo se realizó en base a las dispensaciones realizadas desde el Servicio de Farmacia, por lo que este indicador refleja tanto la optimización/intensificación del tratamiento como la posible falta de adherencia de los pacientes. El coste del fármaco se valoró a precio medio del año en curso, donde se refleja la negociación de precios realizada a nivel de comunidad cada año. Así mismo, se calculó el porcentaje medio por paciente/año/TB de posología según ficha técnica y el porcentaje de pacientes con cada TB/año.

RESULTADOS: El coste acumulado de TB por paciente dispensado medio en el segundo semestre antes de la implantación del protocolo fue de 6.331€, y en los cuatro años posteriores de 6.111 €, 5.742€, 5.604€ y 5.237€ respectivamente, esto es, un descenso global a los cuatro años de aplicación del protocolo de 1.094 € de media por paciente al semestre, un 17,3%. Se ha pasado de tratar en 2010 a 351 pacientes a 416 pacientes en 2014, aumento del 18,5%. El porcentaje de pacientes con cada fármaco ha ido disminuyendo para adalimumab, infliximab, rituximab y aumentando para etanercept, golimumab, abatacept, tocilizumab y certolizumab. El porcentaje respecto a la posología indicada en ficha técnica medio por paciente, se midió desde el 2010 para etanercept y adalimumab, pasando de 100% a 87,4% para etanercept y de 95,3% a 87,8% para adalimumab, en el caso de golimumab se midió desde el 2012 al 2014, pasando de 101,2% a 94,8%.

CONCLUSIONES: - La realización del cálculo de coste acumulado de TB por paciente dispensado medio, en base a las dispensaciones del centro, refleja el impacto económico real de la aplicación de estrategias terapéuticas, así como la negociación centralizada de adquisición de fármacos.

- El cálculo de porcentaje medio respecto a la posología indicada en ficha técnica, nos permite conocer la optimización o falta de adherencia de estos tratamientos, pero sin diferenciarlas.

- La aplicación de un protocolo de selección de TB en reumatología a nivel de comunidad, ha permitido realizar un uso más eficiente de los medicamentos.

1066. ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES Y ANALISIS DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES.

AUTORES: Suárez Carrascosa F, Buló Concellon R, Dominguez Lopez M, Blanco Sanchez G, Garcia Martin F, Manzano Martin V.

Hospital Univ. Puerta Del Mar. Avda. Ana De Viya, 21. Cádiz. España

OBJETIVO: Estudiar, desde el punto de vista del uso adecuado del medicamento, el grado de utilización de anticoagulantes en el paciente ambulatorio entre 2002 y 2014 y analizar el impacto económico de los nuevos anticoagulantes orales comercializados desde 2010 en un distrito de salud.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo en el que los datos de prescripción y consumo se obtuvieron a través de la aplicación corporativa de gestión Microstrategy®. Se elaboró una tabla excel donde se compararon los envases de anticoagulantes prescritos en el distrito de salud y el importe que supuso en función del año. La variable principal del estudio fue el análisis de la evolución de la prescripción de los diferentes anticoagulantes en el periodo comprendido entre 2002 y 2014. Como variable secundaria se estudió el impacto económico de los nuevos anticoagulantes orales en el grupo.

RESULTADOS: Se revisaron los datos de prescripción entre los años 2002 y 2014. En este periodo de tiempo se observó un aumento del 141 % en la prescripción de fármacos anticoagulantes. Entre 2009 y 2012 se produjo una estabilización en el número de recetas emitidas, 88.168 recetas de media en este periodo (86.485-89.717). Pero en los dos últimos años analizados, 2013 y 2014, se volvió a producir un repunte en la prescripción, 93.391 y 102.654 recetas respectivamente. Los anticoagulantes más usados son el acenocumarol y la enoxaparina. Entre los dos abarcan el 81% de las prescripciones en el periodo de estudio, aunque desde 2009 hasta la actualidad su consumo se ha estabilizado. En cuanto al impacto económico de estos fármacos, la enoxaparina soporta el mayor peso siempre con porcentajes crecientes y con un máximo en 2011 del 78% del gasto del grupo. La incorporación de los nuevos anticoagulantes orales Dabigatran, Rivaroxaban y Apixaban al arsenal terapéutico en 2010 (Apixaban 2012), ha tenido un impacto notable en este grupo de fármacos debido básicamente a su costo y al crecimiento exponencial de su prescripción, siendo los responsables del repunte en la prescripción de anticoagulantes en los años 2013 y 2014 (9.668 y 16.565 recetas respectivamente) en el distrito de salud, alcanzando un 30% del gasto del grupo en 2014.

CONCLUSIONES: Acenocumarol y Enoxaparina siguen siendo las alternativas más eficientes en el manejo de la anticoagulación. Los nuevos anticoagulantes orales comercializados desde 2010 hasta la actualidad tienen cada vez mayor peso dentro del gasto farmacéutico del grupo. Esta circunstancia hace que sea conveniente la instauración de protocolos de uso para estos nuevos fármacos que favorezcan su uso adecuado y la contención del gasto farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1165. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE LAS FORMULACIONES INTRAVENOSA Y SUBCUTÁNEA DE TRASTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA

AUTORES: Andrés Rosado A, Bravo Lázaro C, Letéllez Fernandez J, Garcia Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. Camino Del Molino N°2. Madrid. España

OBJETIVO: Realizar un estudio de minimización de costes para comparar el uso de recursos en la utilización de las formulaciones intravenosa y subcutánea de trastuzumab en el tratamiento neoadyuvante/adyuvante de pacientes con cáncer de mama inflamatorio o localmente avanzado, operable y HER2 positivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se siguió la metodología estandarizada para la realización de evaluaciones sanitarias en España (López Bastida et al. 2009):

- Selección de alternativas a comparar: Las formulaciones subcutánea e intravenosa de trastuzumab se consideran equivalentes de acuerdo al estudio HannahH.
- La perspectiva del estudio fue la del Sistema Nacional de Salud considerando únicamente los costes directos sanitarios.

- Horizonte temporal: Se estableció en un año, coincidiendo con el periodo de tiempo en el que las pacientes reciben tratamiento con trastuzumab como terapia neoadyuvante/adyuvante.

- Tasa de descuento: No se aplicó por evaluar los resultados en un periodo no superior a un año.

- Costes directos incluidos (euros):

- Costes farmacológicos: Se consideró PVL+IVA (4%) (Bot plus web; mayo 2015) aplicando deducción correspondiente al RD 8/2010. Los costes de la formulación intravenosa fueron calculados en mg desde la premisa del máximo aprovechamiento de viales:

- Posología: trisemanal (18 administraciones/año):

- Intravenosa: Dosis carga: 8mg/kg; Mantenimiento: 6mg/kg.

- Subcutánea: 600mg dosis fija.

- Costes de elaboración: Se obtuvieron a partir de las retribuciones anuales a jornada completa fijadas en la Comunidad de Madrid por categoría profesional:

- Retribución anual enfermera 24.291€; 0,208€/minuto.

- Retribución anual técnico grado medio: 24.077€: 0,206€/minuto.

Tiempos elaboración (datos propios):

- Intravenosa: 8,9 minutos.

- Subcutánea: 1,6 minutos.

Tiempos administración (ficha técnica):

- Intravenosa: 90 minutos primera administración; Resto 30minutos.

- Subcutánea: 5 minutos.

Caso base: Paciente mujer con un peso promedio de 66 kg, (peso medio de las pacientes incluidas en el ensayo clínico pivotal). La paciente recibe un total de 18 administraciones durante un año con pauta trisemanal elaboradas y administradas según las condiciones descritas.

Análisis de sensibilidad univariante. El parámetro modificado fue el peso pues afecta en gran medida la variabilidad de los costes farmacológicos. Se estima un rango de pesos igual al encontrado en el estudio pivotal: 45-140kg.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos para nuestro caso base de 66 kg con un año de tratamiento fueron:

- Costes farmacológicos:
 - Formulación intravenosa: 25.522€
 - Formulación subcutánea: 27.226€
- Costes de elaboración (técnico de farmacia):
 - Formulación intravenosa: 33€
 - Formulación subcutánea: 5,9€
- Costes de administración (enfermería):
 - Formulación intravenosa: 124,8€
 - Formulación subcutánea: 18,7€

Para el caso base, con un peso de 66 kg, se obtuvo un coste anual total de 25.680€ para la formulación intravenosa y 27.250 € para la formulación subcutánea.

CONCLUSIONES: La formulación intravenosa es la opción más eficiente para nuestro caso base con un peso de 66 Kg.

La alternativa más eficiente de tratamiento en las pacientes con pesos superiores a 71Kg es la formulación subcutánea.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

888. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS NO CADUCADOS EFECTUADAS POR LOS PACIENTES PARA SU ELIMINACION EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES: Campos Fernandez De Sevilla Ma, Rodríguez Labrador J, Vico García V, González Avilés C, Esquinas Padin A, Castro Fiuza Mj.

Hospital Universitario Del Henares. Avda. Marie Curie S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: En ocasiones los pacientes devuelven al Servicio de Farmacia (SF) medicamentos adquiridos en oficina de farmacia y con cargo al Sistema Nacional de Salud para su adecuada eliminación en el hospital. Aunque algunos de estos medicamentos no están caducados, su reutilización por los SF para su empleo en los pacientes hospitalizados no es posible, debido a que se ha perdido la trazabilidad que avala su seguridad y calidad, para ser administrados con garantías en los pacientes. A pesar de las medidas implantadas por la Administración para garantizar la sostenibilidad de Sistema Sanitario Público (SSP), la devolución de medicamentos no caducados sin usar a los SF para su destrucción es constante. El objetivo del presente estudio es describir las principales características de los medicamentos entregados para su eliminación al SF y cuantificar el impacto económico derivado de la eliminación de medicamentos no caducados, que de haberse garantizado su trazabilidad podrían emplearse con seguridad en pacientes ingresados en el hospital.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo de 28 meses efectuado por técnicos de farmacia (TEF) en el que se realizó un registro de los medicamentos de uso no hospitalario (UNH) devueltos por los pacientes al SF. Se consideraron para el estudio solo los medicamentos devueltos que cumplieran las siguientes características: 1) Medicamentos no termolábiles o sin condiciones especiales de conservación. 2) Medicamentos no caducados. 3) Medicamentos con envases y formas farmacéuticas (FF) no deterioradas. 3) Lotes de medicamentos no afectados por algún tipo de alertas farmacéuticas sobre calidad o seguridad de la AEMyPS. Se diseñó una base de datos Excell para registrar los medicamentos seleccionados en la que de cada medicamento se recogía: código nacional, descripción completa, lote, caducidad, número de FF devueltas de cada lote. Finalmente, para calcular el impacto económico de la medicación entregada y desechada se tomó como referencia la oferta preferente de cada medicamento registrada en el programa de gestión económica Farmatools® del SF (PVL - Descuentos del hospital+ IVA).

RESULTADOS: Siguiendo la sistemática expuesta, entre enero de 2013 y abril de 2015, 293 medicamentos diferentes, que cumplieran los criterios de selección, fueron procesados por los TEF del SF para su eliminación. Los medicamentos más frecuentemente devueltos y eliminados fueron entre otros: analgésicos y antiinflamatorios (32,2%), antibióticos (21,6%), antihipertensivos (11,7%), hipolipemiantes y antidiabéticos (7,6%), protectores digestivos (9,1%), antieméticos (3,6%), complejos minerales y vitaminas (6,1%), antitrombóticos y anticoagulantes (4,6%). El total de

FF eliminadas ascendió a 20.677: 63,3% se correspondían con FF de administración oral, 13,63% eran FF de administración vaginal/rectal; 13,64% eran FF de administración parenteral (subcutánea, intramuscular o intravenosa); el 4,60% eran FF de administración tópica, el resto se correspondían con FF de administración inhalatoria. El coste estimado de los medicamentos eliminados en el SF en el periodo evaluado ascendió a 8.762,57€.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta los resultados, la racionalización de la adquisición de medicamentos por parte de los pacientes, y prescripción y dispensación por parte de los profesionales sanitarios parece necesaria, para contribuir a la sostenibilidad del SSP.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

728. ESTUDIO ECONÓMICO DEL FRACASO DE LA MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN PACIENTES VIH

AUTORES: Martínez-Múgica Barbosa C, Martínez Torron A, Lazaro Lopez E, Alvarez Manceñido Fj, Cossio Carbajo F, Rosado Maria Mc.

Hospital Unvi. Central De Asturias. Celestino Villamil, S/N. Asturias. España

A pesar de la falta de evidencia respecto a la no inferioridad de la terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa (IP) a largo plazo frente a la triple terapia, es una práctica habitual en la clínica como medida de prevención de los potenciales efectos adversos causados por los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos (ITIAN) y como medida de ahorro. De acuerdo con las recomendaciones, la monoterapia con darunavir/ritonavir o con lopinavir/ritonavir puede emplearse si el paciente tiene una carga viral inferior a 50 copias/mL durante al menos 6 meses y no presenta mutaciones en el gen de la proteasa, infección por hepatitis B ni fracaso virológico previo a IP/r. Se plantea un estudio para analizar el impacto económico de la simplificación de la terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa en pacientes en los que se ha debido restaurar la triple terapia por cualquier motivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de VIH en un hospital de tercer nivel, para los cuales se instauró una terapia con inhibidores de la proteasa que debió ser remplazada posteriormente con una triple terapia antirretroviral. Se calculó el coste de cada terapia con el PVL de 2015, estimando el ahorro de la monoterapia frente a la terapia previa y frente a la triple terapia posterior multiplicando la diferencia entre ambas por el tiempo de duración de la misma.

RESULTADOS: Desde el año 2008, 56 pacientes recibieron monoterapia con inhibidores de la proteasa, 14 de ellos (25%) con lopinavir/ritonavir y 42 (75%) con darunavir/ritonavir. Hasta mayo de 2015, tan sólo 18 pacientes (32,1%) tuvieron que reiniciar una triple terapia. La razón más frecuente por la que se realizó dicho cambio fue el fracaso virológico. La duración total de la monoterapia fue de 291 meses, lo cual supuso una duración media de simplificación de terapia de 11,6 meses por paciente. El ahorro absoluto de la monoterapia frente a la terapia previa durante dicho periodo fue de 78.597 € (4.623 €/paciente). Sin embargo, al reinstaurar la triple terapia, a la mitad de los pacientes (n=9) se les pautó una de coste mensual superior a la que tenían pre-monoterapia, lo que supuso de media un incremento de 51€ por paciente y mes (un incremento total del gasto de 919 €/mes frente a la triple terapia anterior). Sólo en 5 pacientes (27,8%) se reinstauró la terapia previa (darunavir+ritonavir+tenofovir en 2 casos; darunavir+ritonavir+emtricitabina/tenofovir en otros 2; y lopinavir/ritonavir+ emtricitabina/tenofovir en el restante).

CONCLUSIONES: Pese al empleo de la simplificación de terapia antirretroviral como una estrategia de ahorro, el generado inicialmente parece inferior al gasto posterior derivado de la reinstauración de la triple terapia. Sería necesario un análisis más exhaustivo sobre las implicaciones de esta medida para poder extraer conclusiones al respecto.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

107. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON TRASTUZUMAB

AUTORES: González Rosa V, Moreno Carvajal Mt, Gazquez Perez R, Sierra Sanchez Jf, Jimenez Pichardo L, Gavira Moreno R.

Hospital Sas Jerez De La Frontera. Ctra. Circunvalación S/N. Cádiz. España

INTRODUCCIÓN: Las terapias con anticuerpos monoclonales constituyen en la actualidad uno de los grupos terapéuticos de mayor crecimiento económico en el gasto farmacéutico hospitalario. La reciente comercialización de trastuzumab subcutáneo plantea una nueva opción para pacientes que ya recibían este fármaco vía intravenosa. No obstante, debido a que trastuzumab intravenoso se dosifica por peso y trastuzumab subcutáneo en dosis fija, conviene estudiar el coste que implica el cambio en determinados pacientes.

OBJETIVO: Determinar el impacto económico que supone el cambio de vía de administración en pacientes con cáncer mama HER2+ tratados con trastuzumab.

Estimar el ahorro posible con la nueva pauta en los pacientes de nuestra área.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio transversal en un hospital de segundo nivel en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con trastuzumab dispensado desde la Unidad de Farmacia a Hospital de día. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, peso, dosis por kg, dosis total y coste anual del tratamiento intravenoso y subcutáneo utilizando las pautas descritas en ficha técnica (6 mg/kg cada 21 días para el tratamiento intravenoso de mantenimiento y 600 mg/cada 21 días en dosis fija para el tratamiento subcutáneo). Las bases de datos utilizadas fueron el programa Oncofarm® e historia clínica electrónica a través de Diraya®. Se calculó el ahorro anual que supondría el cambio de vía de administración para cada paciente. El ahorro y el impacto económico se estimaron teniendo en cuenta el PVL (-7.5%+4%) de trastuzumab vía intravenosa y subcutánea. Con los datos obtenidos se calcularon el coste por paciente y el coste global, así como el ahorro anual teórico por paciente y global con la pauta optimizada.

RESULTADOS: Se incluyeron 48 pacientes tratados con trastuzumab intravenoso en nuestro hospital en el momento del estudio. La dosis media recibida cada 21 días fue 425,4 mg (280,8 - 642). La dosis a partir de la cual disminuye el coste del tratamiento con trastuzumab subcutáneo es de 378 mg. El coste anual total de tratamiento con trastuzumab intravenoso en todos los pacientes fue de 1.247.493,19 € comparado con 1.068.901,46 € si hubieran sido tratados con trastuzumab subcutáneo sólo los pacientes que requieren dosis superiores a 378 mg de trastuzumab intravenoso. La disminución del coste anual por paciente osciló desde 46,41 € a 16.175,24 €. El ahorro teórico asociado a trastuzumab en nuestra muestra de población sería de 178.591,7 € anual (14.3 %).

CONCLUSIÓN: El cambio de vía de administración de trastuzumab como medida estratégica de ahorro supone un impacto significativo sobre el gasto hospitalario por lo que en pacientes con dosis igual o superiores a 378 mg sería recomendable la administración de trastuzumab subcutáneo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

335. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA NUEVA TARIFA DE PAGO EN CATALUÑA PARA USTEKINUMAB

AUTORES: Pi Sala N, Ramió Montero E, De Temple Pla M, Jaume Gayà M, Montoliu Alcón P, Pons Busom M. Hospital Universitari Sagrat Cor. Viladomat 288, Soterranio 2. Barcelona. España

OBJETIVO: Para optimizar el gasto en medicamentos de dispensación a pacientes externos y ambulatorios, el 1 de julio de 2014 el Servicio Catalán de la Salud (SCS) estableció un nuevo sistema de pago por tarifa/mes para la hormona de crecimiento, los inmunosupresores selectivos y los fármacos antiretrovirales. Ustekinumab se encuentra en el grupo de fármacos inmunosupresores selectivos que deben ser registrados en la base de datos autonómica para su posterior reembolso. La tarifa de pago que se ha fijado para este grupo de fármacos utilizados en dermatología es de 866 euros/mes.

El objetivo de nuestro estudio es comparar el coste real de adquisición de ustekinumab con la retribución por tarifa en nuestro hospital durante 24 meses.

MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo del coste de adquisición de ustekinumab durante dos años en un hospital universitario (marzo 2013-febrero2015). Se incluyeron todos los pacientes afectados de psoriasis en tratamiento actual con el fármaco.

Las unidades dispensadas por paciente se obtuvieron del registro de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia y el coste de adquisición de ustekinumab según (PVL-7,5%RD) + IVA (BotPlus).

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas con el programa estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 pacientes (51,9% hombres) con una media de edad de 46,3 años (DE 12,5). La mayoría de los pacientes utilizaban la dosis de 45mg (96,2% de los casos), solamente 2 pacientes se trataban con 90mg/dosis. La media de duración del tratamiento fue de 36,3 meses (DE 20,4) y en 22 casos (42,3%), los pacientes habían recibido tratamiento previo con otro antiTNF.

44 pacientes (84,6%) recogieron la medicación cada tres meses y en 8 casos los dermatólogos prescribieron una optimización de dosis: 6 pacientes con pauta cada cuatro meses y 2 pacientes cada cinco meses. Durante este periodo, 21 pacientes iniciaron tratamiento con pauta de inducción según ficha técnica y 5 pacientes interrumpieron temporalmente el tratamiento retrasando su administración una media de 3,4 meses por paciente.

El coste medio por paciente durante los dos años fue de 17.382,8 € (DE 6.460,1 €) y la remuneración media del SCS habría sido de 16.853,7 € (DE 5.939,4 €). Con estos datos, el hospital habría pagado 529,1 €/paciente (DE 4.847,7 €) en dos años, lo que significaría un total de 27.514 € de más.

CONCLUSIONES: La nueva tarifa/paciente/mes fijado por el SCS para los fármacos inmunosupresores selectivos en dermatología es inferior a los costes de adquisición de ustekinumab utilizando el registro de dispensaciones reales de 2 años.

A pesar de las medidas de optimización prescritas en algunos pacientes, éstas no son suficientes para acercarnos a la tarifa establecida, a pesar que sólo la mitad de los pacientes iniciaron tratamiento durante estos 2 años y algunos pacientes han hecho descansos.

El farmacéutico debe continuar trabajando en equipo con los médicos para implicarles en esta nueva situación y realizar protocolos para optimizar al máximo los tratamientos y así disminuir el impacto económico de la nueva forma de pago.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

249. EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA DE LA MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ENTORNO ASISTENCIAL

AUTORES: Ferriols Lisart R, Pérez Pitarch A, Calpe Armero P, Fernández García P, Mínguez Pérez M, Almiñana Manuel A.

Hospital Clínico Universitario Valencia. Avda. Blasco Ibáñez. Valencia. España

OBJETIVO: Efectuar una evaluación farmacoeconómica de la monitorización de infliximab y adalimumab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el entorno asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio farmacoeconómico coste-efectividad y coste-beneficio de una cohorte retrospectiva de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal cuyas concentraciones séricas y niveles de anticuerpo de infliximab/adalimumab fueron monitorizados en técnicas de enzimoimmunoanálisis. Sólo se determinaron los anticuerpos cuando la concentración de fármaco fue

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 158 pacientes. El número total de determinaciones fue de 216 concentraciones séricas de adalimumab/infliximab y 23 de anticuerpos. El 60% de las solicitudes fue por sospecha de fracaso terapéutico. El coste total de las determinaciones fue de 13.762€. El rendimiento de la técnica analítica fue del 82% para el fármaco y del 26% para el anticuerpo. Intensificaron el tratamiento 42 pacientes, 9 desescalaron, 21 suspendieron el tratamiento con infliximab/adalimumab y 13 cambiaron a otro fármaco. El ratio coste-efectividad fue de 162 €/éxito. El beneficio se estimó en 97984€, asumiendo que se hubiese adoptado la misma decisión basándose en la evaluación clínica del paciente con un decalaje de tres meses. El ratio coste beneficio fue de 0,14. Este valor aumenta a 0,41 si la decisión clínica se toma del mismo modo con un retraso de 1 mes, a 0,15 utilizando el biosimilar de infliximab. Cuando el coste de la determinación se reduce un 20% el ratio coste-beneficio es de 0,11 y disminuye a 0,09 para un rendimiento de la técnica analítica del 100%

CONCLUSIÓN: La monitorización de las concentraciones séricas de infliximab y adalimumab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es una tecnología eficiente con un ratio coste-beneficio y coste-efectividad favorable.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1089. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ANTICOAGULANTES E IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: Trujillano Ruiz A, Urbieto Sanz E, Onteniente Candela M, García-Molina Sáez C, Caballero Requejo C, Gil Candel M.

Hospital Gral. Univ. Reina Sofía. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Analizar la frecuencia de prescripción de los nuevos anticoagulantes orales(NACOs) en relación con los antagonistas de la vitamina K, la evolución del perfil de prescripción de los NACOS y el impacto económico asociado.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó en un Área de Salud que atiende a una población aproximada de 202.000 habitantes y que dispone de un único Hospital de Referencia de Área. Se analizaron todos los pacientes del área en tratamiento anticoagulante mediante el análisis del consumo por recetas proporcionado por la aplicación que gestiona esa información en el área de salud donde se realizó el estudio (ADN®) durante los últimos semestres de 2012, 2013, 2014. Se consideraron tanto las recetas de antagonistas de la vitamina K (acenocumarol, warfarina) como las de NACOs: dabigatrán, ribaroxabán y apixabán. Posteriormente se analizó el indicador de prescripción de

ACOs/Total ACOs (estándar>80%) en cada uno de los tres semestres de estudio, su evolución y el tipo de NACO prescrito. Para medir el impacto económico, se estimó el número de pacientes en cada semestre con cada fármaco, el coste tratamiento/día a PVP+IVA y el coste global del tratamiento semestral. En el caso de los ACOS se consideró una dosis media de 2mg diarios de acenocumarol y 5 mg de warfarina y se le añadió el coste semestral estimado de la monitorización establecida ya por otros autores (Solá-Morales 2003), teniendo en cuenta la técnica utilizada en el Área de Salud.

RESULTADOS: El total de pacientes anticoagulados en el área aumentó durante los tres semestres de estudio (2936 en 2012, 3009 en 2013 y 3468 en 2014). El número de pacientes en tratamiento con NACOs pasó de 194 en el último semestre de 2012 a 441 (2013) y 497 (2014). Como consecuencia, el indicador ACOs/TotalACOs sufrió un descenso de 2012 (84%) a los dos años posteriores (71,4% y 65,8% respectivamente). La distribución correlativa a 2012, 2013 y 2104 de tratamiento con NACOs fue: dabigatrán 59,2%, 46,5%, 41,4%, rivaroxabán 40,3%, 50,6%, 44,9% y apixabán 0,5%, 2,9%, 13,7%. El coste de la anticoagulación global fue de 315.233€ en 2012 (34,3%NACOS), 459.195€ en 2013 (53,5% NACOS) y 503.760€ en 2014 (55% NACOS). El coste incremental global y por paciente del tratamiento anticoagulante en los semestres de estudio con respecto a la terapia de referencia (acenocumarol) fue de 93.507€ (481€/paciente) en 2012, 231.956€ (525,9€/paciente) en 2013 y 241.857€ (486€/paciente) en 2014.

CONCLUSIONES: La irrupción de los nuevos anticoagulantes el mercado farmacéutico ha modificado el perfil del tratamiento utilizado, disminuyendo el indicador ACOS/total ACOS hasta situarse en la actualidad por debajo del estándar establecido por los gestores del Servicio de Salud donde se realizó el estudio.

Esta modificación en los hábitos de prescripción ha tenido un impacto económico importante, con un incremento del coste de la anticoagulación en el Área de casi un 50% más con respecto a la terapia de referencia, lo que pone en evidencia la importancia de estudios coste/efectividad que avalen los nuevos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

352. IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REENVASADO MEDIANTE UNA EMBLISTADORA SEMIAUTOMÁTICA

AUTORES: Martínez Turrión J, Toscano Guzmán Md, Fernández Ruiz Mg, Pérez Blanco JI, García-Avello Fernández-Cueto A, Guisado Gil Ab.

Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar y cuantificar el impacto económico que ha supuesto la implantación de un nuevo sistema de reenvasado de medicamentos en blister mediante una emblistadora de medicamentos de tipo "Easy Pack Mini®".

MATERIAL Y MÉTODOS: Tradicionalmente nuestro Servicio de Farmacia realizaba el reenvasado mediante una reenvasadora tipo "Strocar®". En el mes de Junio de 2013 se adquirió una emblistadora semiautomática tipo "Easy Pack Mini", que se ha utilizado desde entonces para emblistar medicamentos de alto coste económico y/o biopeligrosos. Se realizó una evaluación económica comparando el impacto de la implantación del sistema de emblistado con el ahorro que generó su utilización para el reenvasado (el cual se realizaba previamente con una reenvasadora tipo "Strocar®")

Para cuantificar la inversión inicial que requirió el sistema de emblistado se tuvo en cuenta tanto el coste de adquisición de la emblistadora como el de los moldes y los blister necesarios para cada reenvasado. Durante el periodo de estudio no fue necesario la compra de blister adicionales.

Para calcular el ahorro, se cuantificó la reducción de los costes de la alternativa de reenvasado mediante la comparación de las compras realizadas antes y después de la adquisición.

Los costes previos se cuantificaron mediante las compras de material para el reenvasado en un periodo de seis meses, y para los costes posteriores se realizó la media semestral de las compras generadas en un año. Estos dos datos se compararon, obteniendo así el ahorro semestral derivado del sistema de reenvasado. Por último, con este dato se estimó el tiempo de la amortización de la compra de la emblistadora.

RESULTADOS: El coste inicial de la inversión fue de 4.084€ (incluyendo IVA del 21%), que incluía el coste de la adquisición emblistadora semiautomática "Easy Pack Mini", 4 tipos de moldes y el abastecimiento inicial de blisters (7.250 blisters).

El coste derivado de este sistema de reenvasado en los seis meses previos a la compra de la nueva envasadora fue de 15.382€. Los costes del año posterior fue 12.834€ (6.417 semestrales)

Por tanto el ahorro fue de 8.965€ semestrales. (1.494€ mensual), lo que se traduce en un tiempo hasta la amortización de la inversión inicial menor de 3 meses (82 días)

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema semiautomático de emblistado de medicamentos ha supuesto un importante ahorro para nuestra unidad con un periodo de amortización reducido.

Nuestros datos indican que el sistema de reenvasado mediante emblistado es más eficiente que el sistema de reenvasado tradicional.

El ahorro generado por esta medida podría ser superior al descrito, ya que no se ha considerado el ahorro en los costes indirectos, como por ejemplo el derivado de ajustar las unidades dispensadas a los días de tratamiento evitando dispensar envases enteros.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1172. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS AUTOINMUNES

AUTORES: Moreno Nieto N, Marcos De La Torre A, Gasanz Garicochea M, Lázaro López A.

Hospital Universitario De Guadalajara. Donantes De Sangre, S/N. Guadalajara. España

OBJETIVO: La optimización de los tratamientos biológicos promueve la búsqueda de la dosis mínima efectiva para cada paciente.

El objetivo del estudio es analizar el impacto económico de la optimización de tratamientos biológicos subcutáneos (sc) utilizados en patologías reumáticas autoinmunes.

MATERIALES Y MÉTODOS: El documento de consenso SER-SEFH 2014 recoge que la optimización debe realizarse cuando el paciente lleva al menos 6 meses de objetivo terapéutico y la reducción de dosis debe hacerse entre un 20-50% de la dosis habitual. Las dosis habituales de estos fármacos son: etanercept 50 mg/7 días, adalimumab 40 mg/14 días, golimumab 50 mg/28 días y certolizumab 200 mg/14 días.

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con optimización de tratamientos biológicos sc en patologías autoinmunes reumatológicas y el impacto económico que ha supuesto esta estrategia. El periodo de estudio fue del 1 de enero de 2012 hasta el 31 de Mayo de 2015. La información se extrajo del módulo de pacientes externos y gestión del programa Farmatools®.

Las variables recogidas fueron: número de pacientes optimizados, dosis de optimización, coste de los tratamientos optimizados durante el periodo de estudio, coste de esos mismo tratamientos si se hubieran utilizados a las dosis recogidas en ficha técnica y el ahorro conseguido con esta estrategia.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se optimizó el tratamiento con etanercept, adalimumab, certolizumab o golimumab en 94 pacientes. De ellos 82 (87,2 %) mantienen dicha optimización a fecha fin del estudio.

Las pautas más empleadas en la optimización para etanercept fueron 25 mg/semanal (41,2%) y 50 mg/10 días (39,2%). La más empleadas para adalimumab fue 40 mg/21 días (91,2%). La dosis de optimización para certolizumab fue 200 mg/21 días y la de golimumab 50 mg/6 semanas.

El impacto económico que ha supuesto esta estrategia ha sido un ahorro de 700.244 € en este periodo.

Analizado por fármacos, etanercept ha sido el responsable del 72,22% del ahorro, con un coste de 545.701 € al utilizar dosis optimizadas, frente a 1.051.448 € que habrían costado estos tratamientos a dosis plenas. Con adalimumab el coste en este periodo de tiempo ha sido de 355.664 € vs 532.644 € que habría supuesto utilizarlo a dosis plenas (25,27% del ahorro). Con certolizumab y golimumab el ahorro ha sido menor (20.703 € vs 37.794 € y 853,56 € vs 1.280 €) completando el 2,44% y 0,06% del ahorro total, respectivamente.

CONCLUSIONES: La optimización de dosis en tratamientos con fármacos biológicos supone un ahorro económico importante.

Etanercept es el fármaco con mayor relevancia en el impacto económico, seguido de adalimumab. Con certolizumab y golimumab se necesitaría más experiencia en optimización de dosis para obtener resultados significativos, ya que en el estudio el número de pacientes incluidos era muy pequeño.

Sería interesante analizar en futuros trabajos el impacto en la calidad de vida de los pacientes y la disminución de efectos adversos debidos a las menores dosis administradas de estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

403. IMPACTO SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO DEBIDO A LA INTRODUCCIÓN DE LA MOLÉCULA BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB.

AUTORES: Morales Barrios JA, Viña Romero MM, Merino Alonso J, Fernández López E, Ramos Linares S.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Carretera del Rosario 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar el impacto económico que ha supuesto la incorporación total del biosimilar de Infiximab en todas sus indicaciones y para todos los pacientes tratados en nuestro centro.

Material

Las dosis administradas así como el número de pacientes y patologías de los mismos fueron obtenidos a partir del aplicativo informático Farmatools® en su módulo de dispensación ambulatoria.

Métodos.

Tras aprobar la Comisión de Farmacia y Terapéutica la incorporación del Infiximab biosimilar como opción más coste-efectiva y aplicar las medidas de sostenibilidad establecidas en el RD-Ley 16/2012, la Dirección Médica indica a los Servicios prescriptores que Infiximab biosimilar (Inflectra®) será el único disponible en nuestro centro.

Se obtiene una relación de los miligramos de infiximab biosimilar dispensados en el servicio de farmacia por paciente y diagnóstico en un periodo de 45 días de implantación del biosimilar. Con el coste en euros del miligramo de infiximab, estimamos el gasto en el periodo de implantación y lo extrapolamos al relativo a un año. Se obtienen los mismos valores para infiximab marca. Finalmente se comparan ambas cifras de gasto anual para infiximab de manera global y para las diferentes patologías.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio (45 días: 31 de marzo-15 de mayo de 2015) el infiximab biosimilar (Inflectra®) fue administrado a 111 pacientes. El 72.9% pertenecieron a los servicios de digestivo, 23.4% a reumatología, 3.6% dermatología.

Durante este periodo se dispensaron un total de 41.260 mg de infiximab biosimilar (Inflectra®) lo que ha supuesto un ahorro de 36.309 euros, respecto a la mejor oferta del Infiximab-Remicade®. Esta reducción de consumo permite estimar un potencial ahorro de 290.501 euros/año. Estratificado por patologías: 203.217 € en enfermedad de Crohn; 39.966 € en artritis psoriática, 10.799 € espondilitis anquilosante, 16.319 artritis reumatoide € y 20.200 € en otras patologías.

No se han comunicado reacciones adversas ni datos de falta de eficacia asociadas al uso del biosimilar. No se ha solicitado Infiximab marca por contraindicación clínica justificada para ningún paciente que tuviese que continuar con infiximab biosimilar.

CONCLUSIONES: La introducción del biosimilar de infiximab ha permitido reducir el gasto farmacéutico del centro, con un ahorro próximo a los 300.000 euros anuales.

A la luz de las cifras económicas es sencillo concluir que la introducción del biosimilar de infiximab ha reducido considerablemente el gasto farmacéutico del centro. Con casi 300.000 euros de diferencia con respecto al infiximab marca, la introducción del biosimilar ha supuesto, en lo referente a al gasto farmacéutico, una importante liberación de fondos del presupuesto que, en su caso, podrían ser reinvertidos en la introducción de nuevas biomoléculas.

Las actividades de farmacovigilancia permanente y colaboración entre farmacéuticos, médicos y enfermeras nos ayudará detectar cambios en las aparición de efectos adversos inesperados y si existen diferencias respecto a Infiximab marca, tanto en pacientes ya en tratamiento activo con Infiximab marca a los que se les continua tratamiento con Infiximab biosimilar y nuevos pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

389. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS INTRAVÍTREOS TRAS EL POSICIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA E IMPACTO ECONÓMICO

AUTORES: González Vaquero D, Morales Molina Ja, Urda Romacho J, Martos Rosa A, Fernández Martín Jm, Castro Vida Ma.

Hospital De Poniente. Carretera De Almerimar S/N. Almería. España

OBJETIVO: Evaluar el perfil de prescripción de fármacos intravítreos tras el posicionamiento de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), así como el impacto económico.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo en un hospital comarcal durante 1 año que abarcó dos periodos, 6 meses pre- y 6 meses post-posicionamiento de la CFT respecto a la utilización de fármacos intravítreos. El 01/10/14, tras la aprobación de Aflibercept y Dexametasona implante intravítreo por la CFT, esta se posicionó terapéuticamente respecto a la utilización de los 4 fármacos intravítreos en el hospital. Ranibizumab 0,5mg/0,05 mL (Lucentis®): degeneración macular asociada a la edad (DMAE), edema macular diabético (EMD), edema macular posttrombosis y neovascularización miópica. Bevacizumab 0,5 mg/0,05mL (Avastin®): retinopatía proliferativa. Aflibercept 2 mg/0,05mL (Eylea®): DMAE, EMD, edema macular posttrombosis y Dexametasona 700 mcg implante intravítreo (Ozurdex®): edema macular uveítico. Aflibercept se posicionó como 2ª opción en indicaciones compartidas con Ranibizumab. Datos recogidos: nº pacientes, administraciones intravítreas, intravítreas/paciente, coste total por fár-

maco, coste total de todos los tratamientos intravítreos y diferencias de coste. Se utilizó el módulo de gestión económica - Farmatools® y la historia clínica digital (Ariadna®). Para el análisis económico: un vial/administración. Precio de adquisición de la medicación: P.V.L + 4%, Ranibizumab: 771,7 euros, Bevacizumab: 355,4 euros, Aflibercept: 771,7 euros, Dexametasona implante intravítreo: 1.046,2 euros.

RESULTADOS: N° pacientes durante el estudio: 482; n° administraciones intravítreas: 1389; n° intravítreas/paciente: 2,88. Periodo 1 (P1), n° pacientes: 221, n° administraciones intravítreas: 667, Ranibizumab: 557 (83,5%), Bevacizumab: 110 (16,5%). Coste Ranibizumab: 429.836,9 euros. Coste Bevacizumab: 39.094,0 euros. Coste total: 468.930,9 euros. Periodo 2 (P2), n° pacientes: 261, administraciones intravítreas: 766, Ranibizumab: 518 (67,6%), Bevacizumab: 55 (7,2%), Aflibercept: 149 (19,5%), Dexametasona implante intravítreo: 44 (5,7%). Coste Ranibizumab: 399.740,6 euros. Coste Bevacizumab: 19.547,0 euros. Coste Aflibercept: 114.983,3 euros. Coste Dexametasona implante intravítreo: 46.032,8 euros. Coste total de toda la medicación intravítrea: 580.303,7 euros. Diferencia P2-P1, pacientes: +40 (+18,1%), administraciones intravítreas: +99 (+14,8%), Ranibizumab: -39 (-7,0%), Bevacizumab: -55 (-50%), Aflibercept: +149, Dexametasona implante intravítreo: +44. Diferencia de costes P2-P1, Ranibizumab: -30.096,3 euros, Bevacizumab: -19.547,0 euros, Aflibercept: +114.983,3 euros, Dexametasona implante intravítreo: +46.032,8 euros. Diferencia total de costes entre P2-P1: +111.372,8 euros.

CONCLUSIONES: Tras el posicionamiento de la CFT, hemos observado una mayor utilización de Aflibercept y Dexametasona implante intravítreo, en detrimento de Bevacizumab y Ranibizumab, debido principalmente a las resistencias de este último en DMAE y EMD, y a la indicación de Dexametasona en edema macular uveítico y EM postrombosis. Este incremento de coste pudo deberse a varios factores: mayor captación activa de pacientes desde Atención Primaria, principalmente pacientes diagnosticados de DMAE y EMD, por la > disponibilidad de retinógrafos en Atención Primaria, así como la inclusión de nuevas alternativas terapéuticas, el incremento de comorbilidades asociadas (Diabetes Mellitus) y el envejecimiento paulatino de la población.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

391. ADAPTACIÓN DE LA UNIDAD DE ELABORACIÓN A LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Fuster Sanjurjo L, López Cortiña A, Rodríguez Legazpi I, González Rodríguez A, Rodríguez Penín I. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ctra. Catabois s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir la adaptación de la unidad de elaboración a la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos (GBPPM) en Servicios de Farmacia (SF) Hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO: En la GBPPM se establecen los principios y directrices para garantizar la calidad en la preparación de medicamentos en los hospitales. El proyecto se ha desarrollado en el SF de un hospital de segundo nivel que no elabora para otros hospitales. En marzo del 2001 alcanzó la certificación del sistema de aseguramiento de la calidad según normas UNE-EN-ISO-9002 manteniendo hasta el momento actual la certificación según Norma ISO 9001:2008. Periodo del estudio: 24/6/14-2/6/15. Tras la revisión de la GBPPM, el equipo de trabajo formado por 5 farmacéuticos analizó la situación de partida y estableció las líneas de actuación mediante la técnica de grupos focales. Para cada línea de actuación se realizó una categorización en función del impacto de la medida (alto, medio o bajo), facilidad de implantación (alta, media o baja) y periodo de implantación [corto plazo (primeros 3 meses), medio plazo (3-12 meses) y largo plazo (>12 meses)], con el fin de realizar su priorización.

RESULTADOS: Se realizaron 13 sesiones (duración aproximada 1 hora). Se implantaron 16 líneas de actuación: a) impacto: 4 alto, 6 medio y 6 bajo, b) facilidad de implantación: 10 alto y 6 medio y c) periodo de implantación: 14 corto y 2 medio plazo. Acciones implantadas: Personal: suplentes responsables, actualización de las normas de indumentaria; Instalaciones y equipos: restricción y condiciones de acceso al área de preparación de medicamentos no estériles, registro diario de humedad relativa en el área elaboración y de presión en cabinas de flujo laminar, identificación de materiales de partida fotosensibles, adquisición de frigorífico para almacenamiento exclusivo de materiales de partida y restos de citotóxicos y de campana extractora para la elaboración de preparados con riesgos por inhalación, compilación de instrucciones de funcionamiento de equipos; Documentación: completar registros de materias primas y material de acondicionamiento, instrucciones de preparación, registros de preparación y etiquetas para que figuren los datos mínimos especificados, documentación y registro de limpieza de equipos. Se modificaron 9 documentos de calidad; Preparación: esterilización de material usado para la preparación de estériles a partir de materia prima no estéril.

Se establecieron 22 líneas de actuación futuras: a) impacto: 15 alto y 7 medio, b) facilidad de implantación: 12 medio y 10 bajo y c) periodo de implantación: 13 medio plazo y 9 largo plazo. Las líneas de actuación se refieren al cumplimiento de las recomendaciones de los capítulos: anexo 2 "preparados estériles" (n=9), documentación (n=5), anexo

5 "formación del personal" (n=2), personal (n=1), preparación (n=1), actividades subcontratadas (n=2), retirada de productos (n=1) y aplicación de las normas del anexo 6 "recomendaciones de preparación en planta".

CONCLUSION: La implantación de la GBPPM es un proceso complejo sobre el que influyen los recursos humanos y materiales disponibles, el apoyo de los equipos directivos y la cultura organizativa local.

La GBPPM constituye un instrumento indispensable para la mejora de la calidad en los SF.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

1096. ADAPTACIÓN DE LOS PERIODOS DE VALIDEZ DE FÓRMULAS ORALES LÍQUIDAS A LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE FARMACOTECNIA

AUTORES: Revuelta Herrero JI, Pernía López S, Marzal Alfaro B, Ortega Navarro C, Tovar Pozo M, Sanjurjo Saéz M. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, Nº 46. Madrid. España

OBJETIVOS: El grupo de Farmacotecnia de la SEFH publicó, en su boletín de enero de 2015, un consenso para establecer el periodo de validez de las fórmulas orales líquidas (FOL) en función de la disponibilidad de estudios de estabilidad fisicoquímica, su contenido en conservantes y las condiciones de elaboración y de conservación que condicionan su estabilidad microbiológica.

OBJETIVO: adaptar los periodos de estabilidad de las FOL a las recomendaciones publicadas por el grupo de Farmacotecnia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron las FOL de las que se dispone de stock en el Servicio de Farmacia. Todas se elaboran en ambiente controlado. Se revisó: si disponían de estudios de estabilidad fisicoquímica, las condiciones de conservación, el periodo de validez del envase cerrado, el tipo de acondicionamiento (multidosis o jeringa unidosis) y el contenido en conservantes. Se consideró que la fórmula tenía conservantes si incorporaba alguno de los siguientes componentes: sacarosa $\geq 60\%$, nipagin y nipasol $\geq 0,1\%$, benzoato sódico $\geq 0,1\%$ o propilenglicol $\geq 12\%$.

Se clasificaron las FOL en 4 grupos: grupo A (estabilidad ≥ 30 días, conservación en nevera y sin conservantes), grupo B (estabilidad ≥ 30 días, conservación en nevera y con conservantes), grupo C (estabilidad ≥ 30 días, conservación a temperatura ambiente) y grupo D (sin estudios de estabilidad).

A los cuatro grupos se les asignaron también los periodos de validez del envase cerrado y el abierto (a excepción de las acondicionadas en jeringa unidosis), según el consenso del Grupo de Farmacotecnia. Se compararon en una hoja de cálculo Excel todas las caducidades.

RESULTADOS: Se analizaron 19 FOL: 7 (36,8%) grupo A, 7 (36,8%) grupo B, 4 (21,1%) grupo C y 1 (5,3%) grupo D. Cinco (26,3%) se acondicionan en jeringas orales unidosis y 14 (73,7%) en envases multidosis.

Los periodos de estabilidad del envase cerrado de las FOL incluidas en los grupos A y B se ajustaban a las recomendaciones, excepto la solución de captoprilo 1 mg/mL cuya caducidad se redujo a 30 días. En 4 (57,1%) FOL del grupo A y 3 (42,9%) del grupo B se acortaron los periodos de validez de los envases abiertos a 14 y 30 días respectivamente. En 3 (42,9%) del grupo A y 4 (57,1%) del grupo B no fue necesario acortar la estabilidad del envase abierto, bien porque la estabilidad microbiológica correspondía con la fisicoquímica o se acondicionaban en unidosis. Las estabildades de los envases cerrados de las FOL del grupo C se mantuvieron pero la validez de los envases abiertos se limitó a 8 días. La caducidad de la FOL del grupo D se redujo a 14 días (envase cerrado) y 8 días (envase abierto).

CONCLUSIONES: La estabilidad microbiológica de las FOL acorta considerablemente el periodo de conservación los envases abiertos, aunque la estabilidad fisicoquímica y la caducidad del envase cerrado no se vea influenciada. Los cambios realizados en los periodos de validez suponen un aumento en la actividad de la Unidad de Farmacotecnia pero mejoran la calidad del producto elaborado y la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

586. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LAS PRUEBAS DE TOLERANCIA A FÁRMACOS ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN UN PERÍODO DE 1 AÑO

AUTORES: de Miguel Bouzas JC, Armesto Quintas G, Fortes González MS, Villamayor Blanco L, Freire Vázquez C, Ezpeleta Sáenz de Urturi E.

Povisa. Calle Salamanca, 5. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Analizar los resultados obtenidos tras la administración de dosis crecientes de fármacos para la realización de pruebas de tolerancia elaboradas en el Servicio de Farmacia y prescritas en colaboración con el Servicio de Alergología de un Hospital de 500 camas en el último año.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo del total de pacientes (46 mujeres, edad media 51,45 ± 15,32 años) que acudieron a la consulta de Alergología por sospecha de alergia medicamentosa entre el 30 de mayo de 2014 y el 30 de mayo de 2015 y para los que el Servicio de Farmacia preparó pruebas de tolerancia a los fármacos. Estas pruebas consisten en dosis crecientes del fármaco al que el paciente sospecha ser alérgico o bien de un fármaco que puede ser una alternativa terapéutica a un medicamento al que el paciente tiene una alergia contrastada. Pueden ser formulaciones sólidas o líquidas para administración oral, o bien para administración subcutánea. Todas ellas son dispensadas en dosis unitarias convenientemente etiquetadas con nombre del fármaco, dosis, caducidad y lote. Los pacientes que se someten a estas pruebas son seleccionados por una comisión formada por el Servicio de Alergología y el de Farmacia y, en función de la clínica referida por los pacientes y de los resultados in vitro obtenidos tras la realización del Test de Activación de Basófilos y el RAST en el que se buscan IgE específicas, deciden su prescripción.

RESULTADOS: Un total de 74 pacientes que acudieron a la consulta de Alergología por sospecha de reacción alérgica medicamentosa tuvo resultados negativos en las pruebas in vitro realizadas, por lo que fueron sometidos a pruebas de tolerancia. En dichas pruebas se encontró que 64 pacientes (86,41%) toleraron correctamente las dosis administradas, 8 (10,81%) no las toleraron y hubo que suspender la prueba tras la primera administración y solo 2 (2,78%) toleraron únicamente la dosis más baja.

CONCLUSIONES: - Un porcentaje muy elevado de los pacientes que dicen ser alérgicos a fármacos no lo son en realidad

- La realización de pruebas de tolerancia a fármacos son pruebas imprescindibles para la confirmación de una alergia medicamentosa tras un resultado in vitro negativo.

- Los farmacéuticos responsables de las áreas de Farmacotecnia deben formar parte de cualquier equipo multidisciplinar en el que se busquen alternativas a tratamientos motivadas por alergias.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

6. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS TRATADOS CON TACROLIMUS 0,02% POMADA OFTÁLMICA

AUTORES: Gómez Rodríguez L, Albornoz López R, Giménez Gómez R, López-Santamaría Donoso J.

Hospital Universitario Reina Sofía. Avda. Menéndez Pidal s/n. Córdoba. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad y seguridad en una serie de casos tratados con tacrolimus 0,02% pomada oftálmica para el tratamiento de enfermedades inflamatorias de la superficie ocular.

MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes diagnosticados con enfermedad inflamatoria ocular en las consultas externas de Oftalmología de un hospital de tercer nivel, que comenzaron tratamiento con tacrolimus oftálmico desde enero de 2010 a julio de 2012. La pomada de tacrolimus 0.02% se preparó como fórmula magistral. En el programa de dispensación a pacientes ambulatorios se registraron los datos personales y dispensación del tratamiento para su contabilización y seguimiento. La efectividad y seguridad se evaluó mediante encuesta telefónica a cada paciente tras 3 meses de tratamiento, completándose con la historia clínica y una valoración clínica retrospectiva del oftalmólogo para cada paciente al final del estudio. En ambos casos, el resultado se expresó según una escala de valoración subjetiva numerada del 1 al 5 (1= muy mal, 2= mal, 3= regular, 4= bien y 5= muy bien). Las variables analizadas fueron diagnóstico, sintomatología asociada, posología, duración del tratamiento, tolerabilidad y efectos adversos, entre otras. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y frecuencia.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 15 pacientes (11 adultos y 4 pediátricos). La edad media de la población adulta fue de 73,4 años (54-97) y de la población pediátrica 9,75 años (7-14). Trece pacientes (86,7%) expresaron el alivio de la sintomatología como "bien" (n=5; 33,3%) o "muy bien" (n=8; 53,3%), mientras que ninguno lo declaró "mal" o "muy mal" tras 3 meses de tratamiento. Según la valoración clínica realizada por el oftalmólogo al final del estudio, a 10 pacientes (66,6%) les fue "bien" (n=5; 33,3%) o "muy bien" (n=5; 33,3%) la pomada de tacrolimus para el tratamiento de su patología ocular, mientras que a 5 pacientes (33,3%) les fue "regular" (n=3; 20%) o "mal" (n=2; 13,3%). De las patologías analizadas, los mejores resultados se obtuvieron en pacientes pediátricos que presentaban queratoconjuntivitis atópicas o vernaes con mejoría de síntomas como la queratitis, fotofobia y blefaroespasmio; y en adultos con penfigoide/ pseudopenfigoide cicatricial ocular donde pareció enlentecer la progresión de la enfermedad. La pauta habitual de prescripción fue de 2 aplicaciones diarias ampliándose este intervalo según evolución clínica. El cumplimiento terapéutico fue alto en 11 pacientes. El 73.3% consideró bajo el ardor o picor palpebral durante su aplicación con tolerabilidad alta en el 86.7% de los pacientes. Únicamente 1 paciente abandonó el tratamiento por malestar en la administración. No se observaron otros efectos adversos. La duración media del tratamiento fue de 16.1 meses mientras que el 73.3 % continuaba aún con tacrolimus oftálmico tras el periodo de estudio.

CONCLUSIONES: Este estudio muestra la efectividad de tacrolimus 0,02% pomada en diversas enfermedades inflamatorias oculares, especialmente en patologías alérgicas en pacientes pediátricos, así como en penfigoide y pseudopenfigoide cicatricial ocular en pacientes de edad avanzada, siendo por lo general, una formulación bien tolerada y sin provocar efectos adversos diferentes a los relacionados con su administración.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

970. APLICACION DEL PRICK TEST Y LA PRUEBA INTRADERMICA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD AL RITUXIMAB.

AUTORES: Serra Lopez-Matencio JM, Alañon Plaza E, Ibañez Zurriaga A, Ruiz Gomez MA, Sanchez Melero H, Morell Baladron A.

Hospital Universitario De La Princesa. Calle Diego de León N 62. Madrid. España

Introducción: El Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico cuya diana es la molécula CD 20, que se expresa casi exclusivamente en las células de extirpe B. Sin embargo su inmunogenicidad puede comprometer la seguridad del tratamiento, por lo que es indispensable diferenciar las reacciones de hipersensibilidad de las meramente infusionales. Las pruebas cutáneas (Prick test e intradermoreacción) son el pilar diagnóstico de las reacciones mediadas por IgE, permitiendo (junto con la historia clínica) descartar al medicamento biológico como agente causal de reacciones de hipersensibilidad.

OBJETIVO: Describir la elaboración de las pruebas diagnosticas Prick test e intradérmicas y valorar su importancia a la hora de verificar la seguridad del Rituximab en un paciente con sospecha de reacciones autoinmunes.

MATERIAL Y MÉTODO: Ante la aparición de reacciones adversas en un paciente durante la infusión de rituximab, el Servicio de Alergia solicitó al Servicio de Farmacia la elaboración del prick test y pruebas intradérmicas. Para la realización del prick test se diluyo el rituximab a una concentración igual a 10 mg/ml. En las pruebas intradérmicas se prepararon diluciones 1/10 y 1/100. Se necesitó un vial de Mabthera® 100 mg, suero fisiológico 0,9%, jeringas y tapones. Todas las preparaciones se llevaron a cabo según el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) realizado por el Servicio de Farmacia. Se revisó la historia clínica del paciente, en las cuales se tuvo en cuenta la edad, sensibilización previa a alérgenos, terapias concomitantes y los valores obtenidos en las analíticas realizadas.

RESULTADOS: En octubre de 2013 una mujer de 38 años diagnosticada de enfermedad de Crohn acudió al hospital para la administración de la primera infusión del 6º ciclo de rituximab 1g (previa premedicación con metilprednisolona, dexclorfeniramina y paracetamol). La paciente presentó reacciones eritematosas, náuseas, vómitos y malestar general. En las analíticas realizadas posteriormente a la infusión la paciente presentaba todos los valores normales. Además, la paciente presentaba hipersensibilidad a Ciclofosfamida. Al cabo de 15 días el Servicio de Alergia realizó las pruebas cutáneas elaboradas por el Servicio de Farmacia. Ambas pruebas resultaron ser negativas. Teniendo en cuenta el resultado de estas pruebas y apoyándose en los datos obtenidos de la historia clínica del paciente, se consideró que las reacciones adversas eran infusionales. Por tanto el 12 de noviembre se continuó el tratamiento con Rituximab pero reduciendo la dosis a la mitad y la velocidad de perfusión. Después de llevar a cabo un seguimiento, se pudo comprobar que respondió adecuadamente sin sufrir ningún tipo de reacción adversa por lo que pudo continuar su tratamiento según la pauta convencional.

CONCLUSIONES: Las pruebas cutáneas son importantes para evitar el abandono de terapias biológicas por sospecha de reacciones autoinmunes. Al no disponer de una presentación comercial adecuada de Rituximab para la realización de las pruebas cutáneas, la participación del farmacéutico fue fundamental en el proceso diagnóstico. Por ello los servicios de farmacia deben disponer de los medios adecuados para, según los procedimientos adecuados, elaborar estas pruebas con la suficiente calidad y optimización.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

302. CONTROL MICROBIOLÓGICO DE PREPARACIONES ANALGÉSICAS PARENTERALES ELABORADAS EN LOTES: PROTOCOLO DE MUESTREO.

AUTORES: Garcia Mayo Me, Dávila Pousa Mc, Vazquez Blanco S, Crespo Diz C.

Complejo Hospitalario De Pontevedra. Mourente. Pontevedra. España

OBJETIVO: Diseño e implantación de un protocolo de muestreo para el control microbiológico de las preparaciones parenterales elaboradas en lotes para el control del dolor postoperatorio y obstétrico (PPCD).

MATERIAL Y MÉTODOS: Según establece la Guía de Buenas Prácticas de Preparación (GBPP) de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria (SFH), el periodo de validez de las preparaciones estériles de riesgo medio de con-

taminación microbiológica, entre las que se clasifican este tipo de preparaciones, es de 30 horas a temperatura ambiente, 9 días entre 2-8°C y 45 días a -20°C, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos de preparación y que la estabilidad fisicoquímica esté asegurada.

Se elaboran lotes de mezclas analgésicas en stock de: Fentanilo 2µg/mL+Levobupivacaína 1,2mg/mL bolsas de 250 mL y cassettes de 100mL, Fentanilo 2µg/mL+Ropivacaína 2mg/mL bolsas de 250 mL, Fentanilo 2µg/mL+Ropivacaína 1,2mg/mL cassettes 100 mL y Morfina 1mg/mL cassettes y bolsas de 100mL.

Antes de la publicación de la GBPP, para este tipo de preparaciones se establecía un período de validez de 28 días entre 2-8°C. Para poder evaluar y validar este período, se revisaron las directrices de la Real Farmacopea Española (RFE) (ensayo de esterilidad) y las recomendaciones de las PICs (<http://www.picscheme.org/>), con el objetivo de establecer el número de unidades por lote a ensayar, volumen por unidad a inocular y el medio de cultivo.

Se enviaron las muestras al Servicio de Microbiología (SM), para su análisis y valoración.

RESULTADOS: Puesto que los lotes de PPCD que se elaboran tienen menos de 10 unidades, se debe muestrear al menos 1 unidad.

El volumen de muestra retirado de cada envase, según indica el ensayo de esterilidad, fue de 20 mL para envases de 100 mL y 30 mL en el caso de los envases de 250 mL.

Como medio de cultivo líquido se seleccionó Tryptone-Soya-Broth (TSB) viales de 100 mL, acordes a los volúmenes de inóculo.

Para las mezclas de 250 mL se retiraron 30 mL y se inocularon en 3 viales de TSB (10 mL por vial). Para cada lote elaborado de 9 unidades se analizaron 3 unidades, en los días 0, 14 y 28.

Para las mezclas de 100 mL se retiraron 20 mL y se inocularon en dos viales de TSB (10 mL por vial). Para cada lote elaborado de 9 unidades se analizaron 3 unidades, en los días 0, 14 y 28.

Los resultados obtenidos de todos los controles realizados, evidenciaron ausencia de crecimiento tanto fúngico como bacteriano.

Posteriormente a la validación del período de caducidad se estableció la realización de controles periódicos con el mismo protocolo de muestreo (nº unidades /lote, volumen de inoculación y medio de cultivo).

Desde su implantación hasta la actualidad (6 meses), todos los cultivos han sido negativos.

CONCLUSIONES: El método implantado ha permitido validar un periodo de caducidad de al menos 28 días entre 2-8°C, superior al recomendado por la GBPP, además de protocolizar un control microbiológico periódico para las preparaciones parenterales para el control del dolor elaboradas en stock.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

516. DENSIDADES DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS INTRAVENOSOS PARA EL CONTROL GRAVIMETRICO DE MEZCLAS INTRAVENOSAS.

AUTORES: Abellon Ruiz J, Ruiz Ramirez Jc, Alonso Herreros Jm, Soler Soler Mdm.

Hospital Los Arcos Mar Menor. Paraje Torre Octavio, 54,. Murcia. España

OBJETIVOS: Calcular las densidades de los medicamentos citostáticos intravenosos que se preparan más frecuentemente en un hospital general para introducir el control gravimétrico durante el proceso de la preparación.

MATERIAL Y METODOS: Se utilizó un densímetro DA-100M METTLER TOLEDO que se basa en la medida de la oscilación inducida electromagnéticamente en un tubo en U termostatzado a 25°C. El rango de medidas del dispositivo es de 0 a 3 gr/cm³ y una sensibilidad de 0.001 g/cm³. De cada muestra se realizaron tres medidas obteniendo la media de las mismas. Todo el proceso de medida se llevó a cabo bajo condiciones controladas de trabajo propias del manejo de medicamentos citostáticos.

RESULTADOS: Se han calculado las densidades de 13 presentaciones comerciales (densidades en gr/cm³):Fluorouracilo Ferrer Farma; 1,031. Metotrexato Pfizer; 1,015.Citarabina Accord; 1,010.Mitomycin-C 40mg; 1,007. Dacarbacina; 1,007.Farmiblastina; 1,006.Bleomicina; 1,005.Genoxal; 1,004.Nabelvine; 1,003.Vincristina Pfizer; 0,999. Vinblastina Stada; 0,999.Vidaza; 0,984.Taxotere; 0,948

CONCLUSIONES: La determinación de las densidades de los medicamentos permite, con la adecuada sistemática de trabajo en sala blanca, mejorar el control de la dosificación de los citostáticos y conservar un registro escrito que garantiza la cantidad de citostático usada en cada preparación (ticket de peso impreso de la balanza). Sin embargo, dada la escasa diferencia de densidades encontradas no permite identificar al fármaco empleado y evitar un posible error por confusión del medicamento. Es necesario implantar otro tipo de controles para evitar este tipo de error, como por ejemplo la revisión de viales usados en la validación.

1177. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A IMATINIB

AUTORES: González-Anleo López C, González Barcia M, Rodríguez Vazquez V, Garcia Lopez A, Fernandez Ferreiro A, Lamas Diaz MJ.

Complejo Universitario Hospitalario de Santiago de Compostela. Rúa da Choupana sn. A Coruña. España

OBJETIVOS: Diseño y elaboración de una pauta de desensibilización a imatinib en paciente oncológico que ha presentado una reacción de tipo alérgico demostrada al fármaco, consistente en edema generalizado, lesiones habonosas faciales y prurito, que obligan a discontinuar la terapia. Dado que no parece existir alternativa terapéutica, se procede a la desensibilización mediante reintroducción lenta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa la bibliografía disponible y se diseña el siguiente esquema de desensibilización oral lenta: se iniciará el protocolo con 5 mg diarios de imatinib. Esta dosis se irá incrementando sucesivamente a 10 mg, 15 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 100 mg y 300 mg, con un intervalo entre dosis de tres días.

Elaboramos en el Servicio de Farmacia cápsulas de 5 y 20 mg. Tanto para la dosis de 5 mg como para la de 20 mg, se triturará el comprimido de Glivec® en mortero hasta polvo fino. En una probeta graduada, se mezclará con Avicel® (celulosa microcristalina). Se homogeneizará en Túrbula® durante 30 minutos y encapsulará en una encapsuladora destinada exclusivamente a tal fin, ya que se trata de un fármaco citostático. El producto final deberá ser sometido a un control de pesada. Se reenvasa y dispensa debidamente identificado.

Durante todo el proceso de elaboración se toman medidas de precaución en cuanto a la manipulación de medicamentos citotóxicos. El proceso de encapsulación tiene lugar en cabina de flujo laminar vertical (CFLV).

Se realiza visita de seguimiento en consulta de Alergología tras cada aumento de dosis, con control analítico, a fin de detectar posibles reacciones adversas, tanto intrínsecas al fármaco como de tipo alérgico.

RESULTADOS: Durante las visitas de control se evidencia adecuada tolerancia, presentando leve edema palpebral a partir de la dosis de 60 mg, controlado con medio comprimido de furosemida oral, y leve eritema facial y prurito al alcanzar la dosis de 300 mg, controlados con antihistamínicos orales y corticoide tópico, que no requieren discontinuación. En la actualidad, tres meses después del fin de la desensibilización, continúa recibiendo 300 mg/día de Imatinib sin más incidencias que las expuestas anteriormente.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta la ausencia de alternativas terapéuticas eficaces y mejor toleradas, se considera exitosa la desensibilización al fármaco según el protocolo diseñado y elaborado por los servicios de Alergología y Farmacia. Es por ello que consideramos extrapolable el protocolo a otros pacientes en situación similar, tomándose en cualquier caso las medidas de vigilancia oportunas para evitar una posible reacción de hipersensibilidad durante el proceso.

1188. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A TADALAFILO

AUTORES: González-Anleo López C, Gonzalez Barcia M, Luna Ortiz I, Fernandez Ferreiro A, Blanco Dorado S, Lamas Diaz MJ.

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Rúa da Choupana sn. A Coruña. España

OBJETIVOS: Diseño y elaboración de una pauta de desensibilización a tadalafilo en paciente que ha presentado una reacción de tipo alérgico demostrada al fármaco, consistente en angioedema de predominio palpebral y orofacial, para el que no existe alternativa terapéutica disponible por vía oral. Se pretende conseguir una pauta de mantenimiento de 40 mg diarios de tadalafilo que sea segura para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa la bibliografía disponible y se diseña el siguiente esquema: se iniciará el protocolo con 1 mg diario de tadalafilo. Tras cinco días de tratamiento con esta dosis, se irá incrementando sucesivamente a 2 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg y 40 mg, con un intervalo entre dosis de cinco días.

Para la elaboración de la dosis de 1 mg se partirá de los comprimidos comerciales de Adcirca® 20 mg. Para ello, se triturará el comprimido en mortero hasta polvo fino, se pasará a través de tamiz de 0,5 mm, a fin de desechar restos de recubrimiento pelicular y, en una probeta graduada, se mezclará con Avicel® (celulosa microcristalina). Se homogeneizará en Túrbula® durante 30 minutos y encapsulará. El producto final deberá ser sometido a un control de pesada. A continuación se procederá al reenvasado y la dispensación. Para la dosis de 2 mg se dispensarán 2 cápsulas de 1 mg elaboradas en nuestro Servicio de Farmacia. Las dosis de 5 y 10 mg se corresponderán con los comprimidos comerciales de Cialis® 5 mg, y las de 20 y 40 mg con los comprimidos comerciales de Adcirca® 20 mg.

Se realizará visita de seguimiento en consulta de Alergología tras cada aumento de dosis, a fin de detectar posibles reacciones adversas al fármaco.

RESULTADOS: Durante las visitas de control se evidencia buena tolerancia, sin aparición de angioedema, rash ni ningún otro signo de hipersensibilidad. Se evalúa al paciente una vez finalizado el protocolo, comprobando que tolera la dosis de mantenimiento sin más alteraciones que una leve hinchazón facial, apenas visible, que no interfiere con su calidad de vida.

CONCLUSIONES: A la vista de la buena tolerancia al tratamiento a dosis plenas en la actualidad, concluimos que la pauta de desensibilización diseñada y elaborada por los servicios de Alergología y Farmacia ha resultado eficaz, evitando así el inicio de tratamientos alternativos más costosos en términos económicos y de calidad de vida del paciente, como habrían podido constituir las terapias intravenosa o inhalada. Es por ello que consideramos extrapolable el protocolo a otros pacientes con un problema similar, tomándose en cualquier caso las medidas de vigilancia oportunas para evitar una posible reacción de hipersensibilidad durante el proceso.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

773. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE COLIRIO DE TACROLIMUS EN PATOLOGÍA AUTOINMUNE-INFLAMATORIA OCULAR

AUTORES: Tejedor Prado P, Rubio Álvaro N, Suárez Del Olmo D, Legaria Gaztambide E, García Benayas E, García Díaz B.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Avda Orellana S/N. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: Son varias las patologías oculares que cursan con un componente autoinmune-inflamatorio, como la queratoconjuntivitis atópica, queratoconjuntivitis papilar gigante, pénfigo ocular y Síndrome de Sjögren.

El tratamiento de inicio consiste en la utilización de antihistamínicos, estabilizadores de mastocitos o AINE. En caso de no respuesta, está indicado el uso de corticoides tópicos.

La toxicidad de los corticoides a largo plazo (glaucoma, cataratas e infecciones secundarias) limita su utilización como tratamiento crónico.

El tacrolimus es un inmunomodulador que suprime la activación de células T, la proliferación de células B mediada por T-helper, así como la formación y liberación de citoquinas, especialmente IL-2. Su administración como colirio se plantea como una posible alternativa terapéutica a los corticoides en estos pacientes.

OBJETIVOS: Describir la efectividad y tolerancia del colirio de tacrolimus en el tratamiento de enfermedades oculares con componente autoinmune-inflamatorio que están respondiendo a corticoides tópicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en pacientes en tratamiento con colirio de tacrolimus al 0.03% y 0.005% desde Marzo 2014 hasta Mayo 2015.

La elaboración se realiza en condiciones asépticas en campana de flujo laminar vertical a partir de Prograf® 5 mg/ml ampollas y Liquifilm® colirio.

Los datos demográficos, diagnóstico y tratamientos previos se obtienen de la revisión de la historia clínica. La valoración de la eficacia y la tolerancia se realiza a través de la exploración médica rutinaria y una encuesta subjetiva.

RESULTADOS: Diez pacientes, siete mujeres y tres hombres, con edades comprendidas entre ocho y setenta y tres años, fueron tratados con colirio de tacrolimus durante el periodo de estudio.

La queratoconjuntivitis papilar gigante fue el diagnóstico en la mitad de los casos.

Todos los pacientes iniciaron tratamiento con la concentración de 0.03% salvo un paciente que comenzó con 0.005%. Tres de los pacientes que iniciaron tratamiento con tacrolimus 0.03% pasaron a 0.005% sin apreciarse signos ni síntomas de emperoramiento clínico y uno de ellos suspendió el tratamiento a los 7 meses por resolución del episodio.

Previo al inicio del tratamiento con tacrolimus, cinco pacientes estaban en tratamiento tópico con corticoides, dos con antihistamínicos y tres con ambos tratamientos. La administración de tacrolimus, permitió suspender el tratamiento tópico antihistamínico y corticoideo en todos los casos.

En todos los pacientes se apreció mejoría desde el punto de vista clínico si bien la percepción del paciente según la entrevista subjetiva fue: muy buena (70%), buena (10%), regular (10%) y mala (10%).

En relación a los efectos adversos, en los 10 casos se describió quemazón en el momento de la aplicación y en 2 casos visión borrosa. Un paciente abandonó por intolerancia.

CONCLUSIONES: El colirio de tacrolimus al 0.03 % y 0.005 % ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura en monoterapia para el tratamiento de enfermedades oculares con componente autoinmune-inflamatorio.

979. ELABORACIÓN DE ADALIMUMAB E INFLIXIMAB INTRALESIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ULCERADA REFRACTARIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES: López Cortiña A, González Rodríguez A, Fuster Sanjurjo L, Rodríguez Legazpi I, Rodríguez Penín I. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida de la Residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Desarrollar las instrucciones de preparación de adalimumab 4 mg/ml e infliximab 5 mg/ml intralesional según directrices de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos (GBPPM) en Servicios de Farmacia Hospitalaria y describir su utilización en el tratamiento de estenosis ulcerada refractaria asociada a la enfermedad de Crohn.

MÉTODO: Para establecer las instrucciones de preparación se consultaron diferentes fuentes bibliográficas: ficha técnica de las especialidades Humira® y Remicade® y la GBPPM (asignación del tiempo de validez mediante la aplicación de la matriz de riesgo de preparaciones estériles). Asimismo, para validar la indicación, procedimiento de elaboración y estabilidad de la fórmula se realizó una búsqueda en Pubmed de la evidencia científica de la preparación y utilización de adalimumab e infliximab intralesional en el tratamiento de la estenosis ulcerada refractaria asociada a la enfermedad de Crohn.

Análisis retrospectivo de todos los pacientes que recibieron adalimumab 4 mg/ml e infliximab 5 mg/ml intralesional hasta mayo de 2015. En la historia clínica electrónica IANUS® se consultaron los datos: edad, sexo, diagnóstico, dosis administradas, tratamiento sistémico concomitante, evolución de la enfermedad y reacciones adversas.

RESULTADOS: Se estableció la metodología de elaboración de: a) adalimumab 4 mg/ml intralesional: Retirar 0,8 ml de Humira® 40 mg/0,8 ml vial y llevar a 10 ml con suero fisiológico. Matriz de riesgo: Bajo. Estabilidad: 24 horas. Nevera. Proteger de la luz y b) Infliximab 5 mg/ml intralesional: Reconstituir 1 vial de Remicade® 100 mg con 10 ml agua estéril (dirigir el disolvente hacia las paredes del vial). No agitar. Dejar reposar durante 5 minutos. Retirar 10 ml del vial de Remicade® (10mg/ml) y llevar a 20 ml con suero fisiológico 0,9%. Matriz de riesgo: Alto. Estabilidad: 24 horas. Nevera.

Control de calidad: a) revisión del volumen de la jeringa, b) solución incolora y c) verificación del etiquetado del preparado (nombre del medicamento y del paciente).

Ambos preparados se acondicionaron en jeringas Luer-Lock® con tapón para facilitar la administración durante la endoscopia; adalimumab en bolsa fotoprotectora.

Siete pacientes diagnosticados de estenosis ulcerada refractaria asociada a la enfermedad de Crohn recibieron infliximab y 2 adalimumab; 5 mujeres (55.56%) y edad: 45.78±12.03 años (rango: 28-64). Al tratarse de un uso especial, se solicitó consentimiento informado en todos los casos.

Todos los pacientes habían recibido previamente tratamiento con adalimumab o infliximab sistémico. Todo los pacientes combinaron el tratamiento intralesional con tratamiento sistémico: 3 metotrexato, 3 adalimumab (uno de ellos asociado a metotrexato) y 3 infliximab (2 de ellos asociado a azatioprina).

El número medio de dosis administradas fue 3 (rango: 1-6); todos los pacientes que recibieron 2 o más dosis (n=5) presentaron mejoría en términos endoscópicos. No se detectó ninguna reacción adversa grave al tratamiento.

CONCLUSIONES: La protocolización de las instrucciones de preparación garantiza la calidad de los medicamentos preparados y la seguridad de los pacientes.

La administración intralesional de adalimumab e infliximab ha potenciado el tratamiento sistémico de la estenosis ulcerada refractaria asociada a enfermedad de Crohn y se ha mostrado segura en nuestra serie de pacientes.

959. ELABORACIÓN DE UN COLIRIO DE GANCICLOVIR AL 0,2 % EN EL SÍNDROME DE POSMER-SCHLOSSMAN: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Morón Romero R, González Medina Mdc, Valle Corpas M, Casas Hidalgo I, Valle Ruis De La Guardia A, Gómez Peña C.

Hospital Universitario San Cecilio. Av. Dr. Olóriz, 16. Granada. España

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Posner-Schlossman se define como una uveítis hipertensiva unilateral que provoca episodios limitados y de corta duración. Este síndrome se asocia a casos de infección por citomegalovirus.

OBJETIVO: Describir la elaboración de una fórmula oftálmica de Ganciclovir al 0,2% para el tratamiento de un paciente con el síndrome de Posner-Schlossman que presenta infección por citomegalovirus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso: Paciente varón con el síndrome de Posner-Schlossman con crisis glaucomatocíticas de repetición en su ojo derecho. Ante las continuas crisis se le analiza muestra de humor acuoso mediante PCR para citomegalovirus, dando positivo.

Proceso de elaboración: Se solicita del Servicio de Oftalmología la elaboración de un colirio de Ganciclovir al 0,2%. Se realiza desde el Servicio de Farmacia una búsqueda bibliográfica para la preparación del mismo. Composición: Ganciclovir sódico 500 mg/vial (Cymevene®), Agua para inyectables, cloruro sódico 0,9%.

Técnica de Elaboración: La fórmula magistral se elaborará ajustándose a la normativa de manipulación de medicamentos citostáticos, se realiza en condiciones estériles, con las máximas condiciones de higiene (PN/L/PG/003/00) y según el protocolo de elaboración de preparaciones oftálmicas. Reconstituir el vial de Ganciclovir con 10 ml de Agua para inyectables. Tomar 0,3 ml de vial reconstituido y completar con 9,7 ml de solución fisiológica. Agitar hasta homogenización. Envasar en frasco para colirio de vidrio topacio. Etiquetar. Caducidad: 30 días, 7 días una vez abierto. Conservación: Protegido de la luz. Temperatura ambiente.

RESULTADOS

Evolución favorable. El paciente presenta mejoría sintomática después de 2 meses de tratamiento siguiendo una pauta de administración de una gota cada 4 horas. Actualmente el paciente acude a revisiones periódicas observándose una progresiva mejoría.

CONCLUSIONES: Esta fórmula podría suponer una alternativa en aquellos pacientes con infección de citomegalovirus en uveítis recurrente. Presenta como ventaja frente al Valganciclovir vía oral una menor aparición de reacciones adversas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Yamamoto S, et al. Possible role of herpes simplex virus in the origin of Posner-Schlossman syndrome. Am J ophthalmol 1995;119:796-798
- Teoh SC-B et al. Cytomegalovirus in a etiology of Posner-Schlossman syndrome: evidence from quantitative polymerase chain reaction. Eye (2005) 19, 1336-1338
- Alonso Herreros, J et al. Preparación de medicamentos y formulación magistral en oftalmología, 2003

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

965. ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO DE UNA SOLUCIÓN ORAL DE LEVAMISOL PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICODEPENDIENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Andrés Rosado A, Mayo Lopez C, Esteban Gomez Mj, Bravo Lázaro C, Fernandez Roman Ab, Garcia Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. Camino Del Molino Nº2. Madrid. España

OBJETIVO: •Principal: Elaborar un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) y un tríptico informativo de una formulación de levamisol para el tratamiento off-label del síndrome nefrótico corticodependiente en paciente pediátrico.

•Secundario: Evaluar la efectividad y seguridad de levamisol en síndrome nefrótico corticodependiente.

Material y métodos.

Se realizó una búsqueda bibliográfica (marzo/2015) en Medline y en formularios pediátricos (Children's Hospital of Eastern Ontario, Formulación Pediátrica Manuela Atienza).

Se seleccionó la información relativa al principio activo, compatibilidad con excipientes, propiedades físico-químicas, condiciones de conservación y estabilidad. Se siguió el procedimiento del Formulario Nacional PN/L/FF/008/00 de elaboración de soluciones.

Para el objetivo secundario, se definió como variable de efectividad el número de episodios que requirieron aumentar la dosis de corticoides (recaídas) y la variación en la dosis diaria media de corticoides (mg/día) previa y durante el tratamiento con levamisol.

Se registraron:

-Sexo, edad, fecha de diagnóstico, duración de tratamiento;

-Número de recaídas, efectos adversos y dosis diaria de corticoides. Estos datos se registraron previo al inicio del tratamiento con levamisol y durante el mismo.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®).

RESULTADOS: En base a la bibliografía consultada, se elaboró el PNT para la elaboración de una solución de levamisol 25 mg/mL.

Modus operandi:

- 1) Pesar 1.474 mg de levamisol hidrocloreto polvo en la balanza (equivalente a 1.250mg levamisol base).
- 2) Disolver el polvo en 30 mL de agua purificada en vaso de precipitados. Agitar hasta obtener una solución transparente.
- 3) Trasvasar a una probeta graduada y enrasar hasta 50 mL con agua purificada.
- 4) Añadir una gota de esencia de fresa.

Control: Visual de características organolépticas y control de pesada.

La fórmula es estable durante 30 días en nevera protegida de la luz.

Se elaboró un tríptico informativo que incluía: qué es, para qué y cómo se utiliza, efectos adversos y precauciones.

La paciente es una niña de 7 años diagnosticada de síndrome nefrótico corticodependiente (julio/2014) en tratamiento con levamisol desde abril/2015. Previo al tratamiento con levamisol presentó cuatro recaídas, que coincidieron con el descenso de corticoides. Desde el inicio de levamisol no ha presentado ninguna recaída.

La dosis diaria media de corticoides desde el diagnóstico hasta el inicio de levamisol fue 25 mg/día (mínima:5mg/día-máxima 60mg/día). Al inicio del tratamiento fue 35 mg/día.

La dosis diaria media de corticoides durante el tratamiento con levamisol fue 18 mg/día (mínima:15mg/día-máxima 35mg/día). Actualmente: 15 mg/día (30mg/48horas) y en pauta descendiente.

Los efectos adversos previos asociados a corticoides fueron: hipertensión arterial, ganancia de peso. Los efectos adversos asociados a levamisol fueron dolor abdominal y diarrea, los cuales no han motivado la suspensión del tratamiento.

Limitaciones: Bajo tamaño muestral y escaso periodo de seguimiento.

CONCLUSIONES: •El PNT permite la elaboración de una solución de 25 mg/mL estable, homogénea y adaptada a las necesidades de paciente pediátrico.

- Levamisol puede ser una alternativa efectiva y segura para el tratamiento del síndrome nefrótico corticodependiente, en cuanto a disminución de recaídas y dosis de corticoides.
- Son necesarios ensayos clínicos en pacientes pediátricos que confirmen la eficacia de levamisol en esta indicación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

611. ELABORACIÓN DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE POVIDONA YODADA AL 30%: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Canencia Maldonado F, Pérez Morán MJ, Méndez Fernández MJ, Escobar González A, Sánchez Soto A, Prats Oliván P.

Gómez Ulla. Glorieta del Ejercito nº 1. Madrid. España

OBJETIVO: Elaboración de una pasta de Povidona Yodada al 30% en agua para protección de tejidos adyacentes durante la aspiración laparoscópica de un quiste hidatídico hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 44, natural de Ecuador, donde hasta los doce años vivió en el campo con animales y perros. El Servicio de Digestivo mediante TC abdominal localiza un quiste hepático en S2 no acompañado de dolor abdominal ni de fiebre. Se remite a Cirugía General para valoración quirúrgica de un quiste hepático complicado (posiblemente quiste hidatídico), por la dificultad quirúrgica decide la aspiración laparoscópica. El Servicio de Microbiología confirma el diagnóstico al observar Escólex y ganchos compatibles con Echinococcus granulosus (arena hidatídica) en el aspirado del quiste. Desde el Servicio de Cirugía se solicita al Servicio de Farmacia Hospitalaria la preparación de Pasta de Povidona Yodada al 30%. Tras realizar una revisión bibliográfica se procede a la preparación de la fórmula siguiendo las normas del Formulario Nacional y según los Procedimientos Normalizados de Trabajo. Para la elaboración utilizamos: balanza Precisa® con desviación igual a 0.001 y modelo XC220A, vasos de precipitados, espátula, varilla de vidrio, agua destilada estéril, Povidona Yodada materia prima de Guinama® y baño de ultrasonidos Bransen 5510. Se pesa la materia prima y se mezcla poco a poco con volúmenes pequeños de agua agitando continuamente, con varilla de vidrio, hasta completar el volumen final, formando una pasta, el proceso ha de realizarse de manera muy lenta. Se lleva al baño de ultrasonidos, para favorecer la homogeneidad del preparado, durante media hora, se envasa en frasco protegido de la luz y se etiqueta.

RESULTADOS: La paciente tiene un postoperatorio con reposición electrolítica, profilaxis antibiótica y protección gástrica. No presenta fiebre, buena diuresis, abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, transaminasas y bilirrubina normales. Alta a los quince días de la intervención con controles periódicos.

CONCLUSIONES: La aspiración laparoscópica de los quistes hidatídicos seguida de la instilación de un agente escolecocida (salino hipertónico) es una alternativa eficaz cuando existe dificultad quirúrgica. La viabilidad quirúrgica depende del tamaño, la localización y las manifestaciones de la lesión. Esta intervención puede ser curativa, el problema es prevenir las infecciones metastásicas si se produce una fuga del contenido del quiste (es necesario extraer toda la masa de larvas). Las gasas impregnadas en Povidona Yodada al 30% proporcionan una protección eficaz de los tejidos adyacentes evitando la posible diseminación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

139. ELABORACION DE UNA PRUEBA PARA EL DIAGNOSTICO DE NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD A CANDIDA ALBICANS

AUTORES: Cárdenas Sierra M, Santos Ibañez A, Bustos Martínez M, Ibarrondo Larramendi I, Núñez Ceruelo I, Palacios Zabalza I.

Hospital Galdakao-Usansolo. C/ Labeaga, S/N. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Describir el método de elaboración y los resultados de una prueba de provocación bronquial específica (PBE) con *Candida albicans* en un paciente con sospecha de neumonitis por hipersensibilidad (NH).

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 51 años, exfumador, con exposición previa a sílice y carbón al haber trabajado durante 19 años en la fundición de aluminio. Actualmente trabaja en una empresa forestal dentro de una cabina con aire acondicionado donde inhala hierba y ramas trituradas aunque se encuentra de baja laboral desde hace 5 meses tras una meningitis con episodios epilépticos secundarios. Desde entonces, está en tratamiento con levetiracetam en control por Neurología. Debido al hallazgo casual de un patrón intersticial pulmonar en una prueba de imagen, el paciente es remitido desde el servicio de Neurología al de Neumología con sospecha de NH versus neumonitis secundaria a levetiracetam. Para el diagnóstico diferencial, en Neumología se efectuó una criobiopsia y lavado broncoalveolar sin resultados concluyentes, detección de anticuerpos IgG anti *Aspergillus*, *Candida* y *Microspora faeni*, que fue negativa y se solicitó al Servicio de Farmacia la preparación de una prueba para PBE con *Candida albicans*. Tras revisar la bibliografía disponible, se diseñó la guía de elaboración, control y registro para preparar dos disoluciones de concentración creciente de 0,01 mg/mL y 0,1 mg/mL de proteína de *Candida albicans*. Para realizar la PBE se comienza inhalando la disolución de 0,01 mg/mL y la concentración se va aumentando 10 veces cada 24 horas. Antes de la inhalación de cada concentración, se efectúa un blanco con solución salina. La preparación se realizó en cabina de seguridad biológica el mismo día de la prueba.

RESULTADOS: Se llevó a cabo la provocación bronquial específica siendo positiva el primer día del procedimiento. A las 3 horas de inhalar la disolución de 0,01 mg/mL, el paciente presentó una disminución de la capacidad vital forzada mayor del 15%, fiebre y síntomas respiratorios. A las 4 horas, la capacidad vital forzada había disminuido un 25% y el volumen espirado máximo en el primer segundo un 30%. A las 6 horas persistían los síntomas a pesar de ser tratado con beta 2 agonistas y antipiréticos y se decidió ingresar al paciente para observación. La evolución fue favorable por lo que fue dado de alta dos días después. Se le diagnosticó definitivamente NH a *Candida albicans* y se instauró un tratamiento con prednisona 30 mg al día hasta la siguiente consulta.

CONCLUSIONES: La PBE para el diagnóstico de NH a *Candida* puede ser realizada empleando disoluciones de concentración creciente de proteína de *Candida albicans*, las cuales se pueden elaborar en el servicio de Farmacia. En este caso, la PBE fue positiva y permitió confirmar la sospecha de NH.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

729. EMULSIÓN DE IVERMECTINA AL 1% EN EL TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA

AUTORES: Tomás Luiz A, De La Cruz Murie P, Ruiz Jimenez Mdm, Almanchel Rivadeneyra M, Valderrey Pulido M, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Describir el procedimiento de elaboración y evaluar la eficacia de una emulsión de ivermectina al 1% en el tratamiento de la rosácea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso: Paciente de 44 años diagnosticada de rosácea que consulta al Servicio de Dermatología por lesiones en la mejilla izquierda. Dos años atrás había presentado un brote previo de rosácea.

En la exploración física se observó brote de lesiones papulopustulosas de 1 mes de evolución en la mejilla izquierda. La paciente había estado en tratamiento previo con metronidazol 0,75% gel una aplicación cada 12 horas, doxiciclina 100mg/día durante un mes y posteriormente a días alternos que tuvo que abandonar por epigastria y por último gel a base de clindamicina 10mg/g + tretinoína 0,25mg/g que le produjo sequedad de piel. Tras los sucesivos tratamientos el Servicio de Dermatología realiza consulta para iniciar tratamiento con ivermectina emulsión al 1%. Se estableció una estrategia de búsqueda en bases de datos (Medline, Cochrane Libray y Clinical database) para la obtención de los antecedentes de estabilidad, eficacia y preparación.

RESULTADOS: Se seleccionó un trabajo para responder a la pregunta clínica planteada y se procedió a la elaboración de un protocolo de elaboración de ivermectina 1% en emulsión de fase externa oleosa (W/O).

Procedimiento de elaboración: Pesar 500 mg de ivermectina y solubilizar con una pequeña cantidad de etanol. Posteriormente se añade emulsión W/O (Coldcream®) en c.s.p 50 gramos y se mezcla hasta la obtención de una mezcla homogénea de aspecto cremoso y fácilmente extensible. Posteriormente se envasa en tubos de aluminio. La conservación debe ser a temperatura ambiente (< 25°C) y la caducidad asignada según la bibliografía consultada es de 30 días.

Al mes de iniciar el tratamiento y siguiendo la pauta de administración de dos veces al día, se constata una mejoría en las dos terceras partes de las lesiones faciales y una buena tolerancia al tratamiento por lo que se decide continuar tratamiento hasta próxima revisión.

CONCLUSIONES: A pesar de la limitada literatura sobre la eficacia y seguridad de ivermectina 1% en el tratamiento de la rosácea el uso de ivermectina en formulaciones tópicas puede suponer una alternativa para aquellos pacientes en los que los tratamientos habituales no son bien tolerados o resultan ineficaces.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

113. ESTABILIDAD DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE CROMOGLICATO SÓDICO 20 MG/ML SOLUCIÓN ORAL

AUTORES: Bandín Vilar E, Cano Dominguez S, Fernández Ferreiro A, González Barcia M, Lamas Díaz M.

Xerencia Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Calle a Choupana s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: La solución oral de cromoglicato sódico 20 mg/ml (CS20) se utiliza principalmente en el tratamiento de la mastocitosis infantil. El presente trabajo tiene como objetivo principal estudiar la estabilidad de la formulación oral de CS20 y poder establecer unas condiciones óptimas de conservación tras su elaboración.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio experimental en el que se elabora una solución magistral de CS20 y se establece el periodo de validez y condiciones de conservación. Para ello, inicialmente se elabora el CS20 a partir de cromoglicato sódico (Acofarma) disuelto en agua estéril. A continuación, ésta se envasa en frascos de vidrio y se conserva en tres condiciones: Temperatura ambiente sin luz (TASL), temperatura ambiente con luz (TAL), Nevera (TN). Posteriormente se plantea un diseño analítico y un programa de muestreo periódico durante 50 días para evaluar las muestras almacenadas. El método analítico empleado para la valoración del principio activo ha sido la absorbancia a una longitud de onda de 238 nm, utilizando para ello un espectrofotómetro Shimadzu®. Tras la obtención de la recta de calibrado, se realizan mediciones periódicas (día 1, 10, 20, 30 y 50 post-elaboración) para determinar la concentración de principio activo en las diferentes condiciones de conservación. Los resultados se expresan como la media del porcentaje de pérdida de principio activo que se produce a lo largo del estudio planteado. Todos los ensayos y mediciones han sido realizados por triplicado.

RESULTADOS: Se obtiene una solución de cromoglicato sódico homogénea y que presenta un decaimiento de la concentración de principio activo diferente en cada una de las condiciones de conservación. El día 1 post-elaboración se observa una degradación de principio activo cercana al 0'50% en todos los casos. En el siguiente muestreo, a día 10, el porcentaje de pérdida se incrementa en todas las condiciones de conservación hasta un 2'20%.

A partir de este momento, se observan diferencias entre las muestras que han estado expuestas a la luz (TAL) frente a las que no (TN, TASL.). A día 20, la pérdida de principio activo es del 5'15% en condiciones TAL frente al 2'55% en TN y 2'90% en TASL. Finalmente, a día 50, las pérdidas son del 7'6% en la muestra TAL frente al 5'85% y 5'7% de las muestras TN y TASL, respectivamente.

CONCLUSIONES: A día 50, la pérdida de principio activo no supera el 10% en ninguno de los casos, aunque la muestra con conservación TAL sufre mayor degradación que las protegidas de la luz (TASL, TN), un 37'7% y 34'1% más, respectivamente. Por ello, recomendamos que la conservación del CS20 se realice en frascos de vidrio topacios que la protejan de la luz, pudiéndose conservar tanto en nevera como a temperatura ambiente durante un periodo de hasta 50 días.

916. ESTABILIDAD DEL VORICONAZOL 0,1% INTRAVÍTREO CONGELADO Y REFRIGERADO.

AUTORES: Pascual Carrasco A, Díaz González M, Gandía Martínez R, Ojea Cárdenas L, Pastor Cerdán C, Selva Otao-laurruchi J.

Hospital General Universitario De Alicante. Avda. Pintor Baeza, 12. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de voriconazol al 0,1% en dilución con solución salina fisiológica, precargado en jeringas de 1 mL en ambiente estéril y conformado en 2 grupos de conservación, congelado y refrigerado por un periodo máximo de 3 meses y 1 mes respectivamente

MATERIAL Y MÉTODOS: Describimos la preparación de Voriconazol 0,1% (1 mg/mL) en jeringas de tuberculina de 1 ml cono luer.

Materiales utilizados:

1. Materia Prima: Voriconazol vial (Vfend® 200 mg) lote : Z325002; SF 0,9% estéril.

2. Utillaje: cabina de flujo laminar (CFL), matraz aforado 25 mL, HPLC Agilent

Infinity FLD®, pHmetro Crison®; visor de partículas ALLEN®, tapón silicona estéril

BAXA®; jeringa tuberculina 1mL Luer BD®.

Modus operandi:

En condiciones estériles, reconstituimos un vial de Voriconazol 200 mg con 19 ml API concentración final 10 mg/mL., se extraen 2,5 mL y aforamos a 25 mL con SF 0,9% (concentración final 1 mg/mL, 0,1% , se alícuota en jeringas de 1 mL volúmenes de 0,2 mL en un total de 100 jeringas, cerradas con tapón de silicona estéril. Se mantienen 50 jeringas bajo congelación (-21 °C) y 50 jeringas en refrigeración (2 a 8°C).

Control de calidad.

Se determina pH, coloración, partículas, desprendimiento de gases, riqueza y control microbiológico (cultivo agar sangre), a diferentes tiempos hasta un máximo de 90 días para la congelación y 30 días para la refrigeración.

RESULTADOS: Se mantienen constantes respecto del inicio, coloración, pH (0h: 6.52; 24h: 6.53; 72 h:

6.52; 7 días: 6.48; 15 días: 6.52; 30 días: 6.53, 60 días: 6.50 ,90 días: 6.55). No hay desprendimiento de gases ni partículas. En cuanto a riqueza está dentro de los márgenes de calidad exigidos por la USP-NF vigente (98 - 102%) tanto para el grupo refrigerado como el congelado.

Refrigerado (0h: 0.996 mg/mL; 24h : 0.995 mg/mL; 7días 0.999 mg/mL; 30 días:

0.994 mg/mL) Congelado (0h: 0.996 mg/mL ; 24h : 0.995 mg/mL ; 15 días: 0.999

mg/mL ; 30 días: 1.016 mg/mL; 60 días : 0.998 mg/mL; 90 días: 1.011 mg/mL)

El espectro de absorción de las muestras permanece estable.

Respecto a la esterilidad, no se aprecia crecimiento alguno.

CONCLUSIONES: El Voriconazol al 0,1% en las condiciones del estudio, refrigerado 30 días y congelado 90 días, permanece fisicoquímicamente estable, manteniendo la esterilidad.

La estabilidad obtenida del Voriconazol en las condiciones del estudio permite una optimización del uso de los viales.

177. ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD DE MEZCLAS TERNARIAS Y CUATERNARIAS DE MORFINA, MIDAZOLAM, HALOPERIDOL Y ESCOPOLAMINA EN GLUCOSA 5% EN INFUSOR ELASTOMÉRICO

AUTORES: Martínez Gómez Ma, Moya Gil A, Porta Oltra B, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Estudiar la estabilidad química y la compatibilidad física de mezclas ternarias y cuaternarias de morfina y N-Butil Bromuro de escopolamina con haloperidol y/o midazolam en glucosa 5% a diferentes dosis de morfina, para su administración parenteral en medicina paliativa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Fármacos: haloperidol (Haloperidol® 5mg/1ml ampolla), morfina (Morfina 2% vial 20ml y 4% ampolla 10ml), midazolam (Midazolam Braun®, 50mg/10ml ampolla y 15mg/3ml ampolla) y N-Butil Bromuro de escopolamina (Buscapina® 20mg/1ml ampolla).

Dosis: Se prepararon 3 mezclas ternarias de morfina-haloperidol (5mg)-escopolamina (60mg) (mezclas 1-3) con morfina a dosis de 60, 120 y 180mg, respectivamente, en 60 ml de glucosa 5%; 3 mezclas ternarias de morfina-midazolam (30mg)-escopolamina (60mg) (mezclas 4-6) con morfina a dosis de 60, 120 y 180mg, respectivamente y 1

mezcla cuaternaria de morfina (180mg)-haloperidol (5mg)-midazolam (30mg)-escopolamina (60mg) (mezcla 7), en 48 ml de glucosa 5%.

Sistemas de administración: Infusor elastomérico de poli-isopreno sintético (Baxter®). Mezclas 1-3, infusor de 0,5ml/h (60ml/5 días); mezclas 4-7, infusor de 2ml/h (48ml/24 h).

Condiciones de conservación ajustadas a la práctica asistencial: mezclas 1-3: 7 días a temperatura ambiente (TA) con fotoprotección (PL); mezclas 4-7: 3 días a TA sin fotoprotección (L).

Estabilidad química: se evaluó la variación de la concentración de cada fármaco con el tiempo en cada mezcla mediante cromatografía líquida de alta resolución. Se extrajo una alícuota de cada mezcla previa homogeneización y se analizó por duplicado. Para cada fármaco se determinó el parámetro T90.

Compatibilidad física: se evaluó a) cambio de color, turbidez y precipitación, mediante inspección visual (incompatibilidad: aparición de algún parámetro); b) pérdida de volumen, mediante gravimetría (incompatibilidad: pérdida de volumen $\geq 5\%$); c) pH, medido con pH-metro y electrodo de vidrio (incompatibilidad: variación de $\text{pH} \pm 5\%$).

RESULTADOS: No se observaron cambios de color, turbidez, precipitación ni pérdida de volumen en ninguna de las mezclas estudiadas. El pH inicial de las mezclas fue: $3,17 \pm 0,11$ (mezclas 1-3), $3,18 \pm 0,03$ (mezclas 4-6) y 3,3 (mezcla 7). En las mezclas ternarias con haloperidol (mezclas 1-3) se observó una variación del pH a los 7 días de 6, 7 y 2%, respectivamente. Sin embargo, en las mezclas ternarias con midazolam (mezclas 4-6) y la mezcla cuaternaria (mezcla 7), la variación del pH a los 3 días fue $\leq 3,5\%$. En todas las mezclas estudiadas, la variación de la concentración de fármaco al final del estudio fue $\leq 5\%$.

CONCLUSIONES: Mezclas ternarias de haloperidol (5mg), escopolamina (60mg) y morfina a diferentes dosis (60, 120 o 180mg) en glucosa 5% en infusor elastomérico mantienen la estabilidad química y compatibilidad física durante 6, 6 y 7 días, respectivamente, a TA y PL. Mezclas ternarias de midazolam (30mg), escopolamina (60mg) y morfina a diferentes dosis (60, 120 o 180mg) así como mezcla cuaternaria de morfina (180mg), haloperidol (5mg), midazolam (30mg) y escopolamina (60mg) en glucosa 5% en infusor elastomérico mantienen la estabilidad química y compatibilidad física durante 3 días a TA y L. Este estudio proporciona datos para garantizar la calidad y seguridad de estas combinaciones de fármacos utilizados en medicina paliativa y facilita la eficiencia en la preparación centralizada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

201. ESTUDIO COMPARATIVO DE CITOTOXICIDAD IN VITRO DE DOS COLIRIOS ANTI-ACANTHAMOEBCOS SOBRE QUERATOCITOS ESTROMALES HUMANOS

AUTORES: Fernández Ferreiro A, González Barcia M, Gil Martínez M, Llovo Taboada J, Otero Espinar FJ, Lamas Díaz MJ. Xerencia Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Calle A Choupana s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: El estroma constituye el 80% del espesor corneal, siendo las principales células que lo componen los queratocitos. En las queratitis acanthamoebicas, se producen frecuentes descamaciones epiteliales, quedando el estroma completamente expuesto a los colirios utilizados para su tratamiento. El objetivo del presente trabajo, es obtener un cultivo primario de queratocitos humanos y poderlo utilizar para determinar el perfil cinético-toxico de los colirios de clorhexidina y propamidina.

MÉTODOS: Estudio experimental in vitro, en el que se determina la citotoxicidad celular sobre queratocitos estromales de dos colirios anti-acanthamoebicos: Colirio de Clorhexidina 0.22 mM (formulación magistral elaborada a partir de Clorhexidina Bohmclorh 0.5% y dilución posterior con agua estéril inyectable, -CLOR-) y Colirio de Propamidina isotionato 0.17 mM (Brolene®, medicamento de tramitación extranjera, -BRO-). Inicialmente, se realiza un cultivo primario de queratocitos humanos, obtenidos estos, mediante una extracción controlada a partir del estroma corneal humano cedido de los remanentes de los trasplantes corneales. Posteriormente, se caracteriza la pureza del cultivo mediante la realización de inmunotinciones con anticuerpos anti-vimentina y anti-citoqueratina. Para la determinación de la citotoxicidad celular de los colirios se ha utilizado el xCELLigence® (RTCA), una novedosa técnica que proporciona información en tiempo real de la viabilidad celular. El RTCA se fundamenta en la medición continua de los cambios de bioimpedancia que se produce en micropocillos biosensores (E-plate®) cuando las células se adhieren al fondo (viables-crecimiento normal) o se despegan (no viables-cuando contactan con tóxicos). La medición de bioimpedancia está relacionada con el número de células viables (Índice celular -IC-). Inicialmente, se depositan 3000 queratocitos en cada E-plate®; cuando estos proliferan y alcanzan el 60% de confluencia, se les pone en contacto durante 20 horas con diferentes concentraciones de cada uno de los colirios estudiados, que son diluidos previamente con medio de cultivo DMEM-F12 (1:1, 1:2, 1:3, 1:4, 1:5; 1:10, 1:25) y con un control un control negativo (medio de cultivo sin colirio). Los resultados de citotoxicidad se expresan en gráficas de cinética toxicológica donde se representan los cambios de la bioimpedancia (IC) frente al tiempo.

RESULTADOS: Las células presentan inmunorreactividad positiva para vimentina, demostrándose por tanto la pureza del cultivo de queratocitos. Ambos colirios muestran un perfil tóxico dependiente del tiempo y de las concentraciones ensayadas, siendo los tiempos de contacto elevados y las altas concentraciones, las más perjudiciales para la viabilidad celular. La CLOR, presenta menor citotoxicidad que el BRO, por presentar este último un perfil cinético tóxico más precoz y pronunciado. Los gráficos de cinética toxicológica de cada compuesto, se mostrarán con todo tipo de detalle, así como las imágenes de los cultivos celulares obtenidos.

CONCLUSIONES: Es posible obtener un cultivo puro de queratocitos humanos partiendo de estroma corneal y utilizar el mismo para la realización de estudios de citotoxicidad oftálmica. En acanthamoebas sensibles a ambos compuestos, se debería priorizar la utilización de la clorhexidina por ser menos agresiva a nivel celular que el Brolene®.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

758. ESTUDIO DE ANÁLISIS DE ACTIVIDAD DE UN DEPARTAMENTO DE FARMACOTÉCNIA: ¿ES LA FORMULACIÓN MAGISTRAL UN ÁREA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN DECLIVE?

AUTORES: Gómez Valent M, Pino García J, García Rodríguez A, Soriano Gutierrez L, Gorgas Torner Mq.
Parc Taulí De Sabadell. Hospital Universitari. Parc Taulí, 1. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN: La Formulación Magistral (FM) ha adquirido una mayor relevancia en los últimos años, como consecuencia de la necesidad de adaptación de medicamentos no disponibles, y solicitud de nuevos preparados por parte de servicios médicos solicitantes. El impulso de la FM ha obligado a apostar por una renovación de circuitos que optimicen los recursos y den cobertura a las actuales necesidades, y una inversión de tiempo y personal para dar respuesta al aumento de actividad de elaboración y/o la actividad asistencial.

OBJETIVOS: 1-Evaluar la actividad del Área de Farmacotécnia del 2014

2-Comparar la actividad respecto al año anterior para detectar áreas en crecimiento o retroceso

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de análisis de actividad del Área de Farmacotécnia del 2014 y un estudio comparativo respecto al año 2013 en un Servicio de Farmacia de un hospital de segundo nivel de 750 camas, para detectar ámbitos con incremento significativo de actividad.

RESULTADOS: En el año 2014 ha aumentado el número de formulaciones magistrales elaboradas en el Servicio de Farmacia en un 11,3% (1437 lotes (2013) vs 1600 lotes (2014)) respecto el año anterior. El mayor incremento en la elaboración corresponde a la preparación de fórmulas estériles donde el incremento de producción alcanza el 36,1 % (524 lotes (2013) vs 713 lotes (2014)).

Ha habido un aumento de la elaboración de preparados oftalmológicos: colirios para diferentes patologías (enfermedad de Sjogren, neoplasia corneal, infecciones fúngicas i bacterianas) de un 33,3% (114 (2013) vs 152 (2014)) y preparados intraoculares del 13,8% (72 (2013) vs 62 (2014)). Durante este último año se ha ampliado el arsenal terapéutico disponible para el Servicio de Oftalmología, incorporando cinco nuevos colirios y el acondicionamiento de un preparado intraocular para optimizar el gasto.

La preparación de productos estériles no oftalmológicos también se ha aumentado respecto al año anterior (41,7% (338(2013) vs 479 (2014)).

No ha habido diferencias importantes en la elaboración de preparados no estériles respecto el pasado año (1027 lotes (2013) vs 1029 lotes (2014)). La mayor parte de los recursos de la preparación de FM no estériles van dirigidas a los Servicios de Dermatología y Pediatría con la adaptación de preparados no disponibles en el mercado y el ajuste de las concentraciones solicitadas.

CONCLUSIONES: 1-El área de FM estéril es un punto importante dentro de los Servicios de Farmacia de nuestros hospitales y es necesario invertir recursos para dar respuesta al incremento de actividad.

2- En nuestro hospital este aumento se relaciona con un incremento de la demanda del Servicio de Oftalmología, y la mejora de los circuitos de petición y dispensación ambulatoria de fórmulas magistrales para sus pacientes.

3-El incremento de actividad y soporte a los Servicios Clínicos mejora la relación interdisciplinar y permite un trabajo en equipo del que se benefician, en última instancia, nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

43. ESTUDIO DE ESTABILIDAD DE DAPTOMICINA EN VIALES RECONSTITUIDOS Y BOLSAS PARA PERFUSIÓN INTRAVENOSA

AUTORES: Sanchez-Rubio Ferrandez J, Vázquez Sánchez R, Cordoba Diaz D, Cordoba Diaz M, Lozano Estevan Mc, Molina García T.

Hospital Univ. De Getafe. Ctra. De Toledo, Km. 12,5. Madrid. España

OBJETIVOS: La daptomicina es un antibiótico lipopéptido con actividad frente a microorganismos gram positivos multirresistentes.

El objetivo es determinar la estabilidad de daptomicina en viales reconstituidos y en bolsas para infusión en diferentes condiciones de temperatura y concentración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizaron viales de daptomicina polvo de 350mg (Cubicin®) reconstituidos con suero fisiológico (50mg/ml) y bolsas de infusión de poliolefinas (5,6 mg/ml y 14 mg/ml). Las muestras se conservaron a 2-8°C y temperatura ambiente controlada.

Se determinó la estabilidad mediante HPLC (Agilent 1200) los días 0,2,4 y 7. Se consideraron estables las muestras si retuvieron >95% de la concentración inicial. Todas las muestras se analizaron por triplicado. La fase móvil consistió en una mezcla (30:70) de acetonitrilo y tampón fosfato pH=5,5. El flujo de trabajo fue constante a 1,2 ml/min. Se llevó a cabo una cromatografía en fase inversa utilizando una columna Zorbax-Eclipse C18, 150*4,6 mm 5 µm a temperatura de 30°. La detección se efectuó con un detector de diodos a longitud de onda de 223 nm.

Para la validación del método se calcularon los siguientes parámetros según las recomendaciones ICH: precisión (se calculó el coeficiente de variación para 6 medidas seriadas a 350 µg/ml y 250 µg/ml), precisión intermedia (se prepararon dos muestras (bolsa 280 µg/ml y vial 500 µg/ml) por dos operadores diferentes), linealidad (0, 62.5, 125, 250, 500 y 1000 µg/ml), límites de detección (LOD) y cuantificación (LOQ) y la robustez (se analizó la influencia de la variación de la velocidad de flujo y composición de la fase móvil así como de la temperatura)

Se determinó la capacidad del método para determinar la estabilidad mediante degradación forzada de las muestras en condiciones ácida (HCL), básica(NaOH), oxidativa (H2O2), luz y temperatura.

La estabilidad físicoquímica se estableció como la ausencia de precipitados y/o cambio de color por inspección visual. Se determinó el pH de las muestras y la variación de peso de las bolsas.

RESULTADOS: La validez del método resultó adecuada: precisión (CV=4,6% y 0,3% para 350 µg/ml y 250 µg/ml respectivamente), precisión intermedia (CV=2,6% y 1,7% para bolsa y vial respectivamente) y linealidad ($r^2=0,9997$). El LOD fue 13,3 µg/ml y el LOQ 40,4 µg/ml. El método mantuvo la robustez ante cambios en las condiciones de trabajo. El estudio de degradación forzada confirmó la capacidad del método de resolver adecuadamente el pico de daptomicina respecto a los de productos de degradación.

No se observaron precipitados ni variaciones del color en ninguna muestra. No se observaron cambios significativos de pH (variación máxima +1,87%) ni del peso de las bolsas (

CONCLUSIONES: Los viales reconstituidos de daptomicina (50mg/ml) así como las bolsas para infusión a 5,6 mg/ml y 14/mg/ml son estables durante 7 días cuando se conservan a 2-8°.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

247. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FÍSICO-QUÍMICA DE VINFLUNINA

AUTORES: Moya Gil A, Martínez Gómez Ma, Porta Oltra B, Climente Martí M.

Hospital Universitario Dr. Peset. Gaspar Aguilar N°90. Valencia. España

OBJETIVO: Vinflunina es un antineoplásico irritante que para su administración requiere de su dilución en 100 ml de suero fisiológico (SF) o glucosado 5% (SG) y la administración en Y con los primeros 250 ml de 500 ml de SF o SG. **OBJETIVO:** Estudiar la estabilidad físico-química de vinflunina en 500 ml de SF y SG en diferentes condiciones de conservación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Fármaco: vinflunina (Javlor® 25 mg/ml 10 ml vial, solución concentrada).

Vehículos: 500 ml de SF o SG en envase de poliolefinas (Viaflo® y Fleboflex®).

Concentraciones: 0,75 mg/ml y 1,54 mg/ml. Se calcularon según la posología en ficha técnica: 250-320 mg/m², incluyendo ajuste posológico por población geriátrica, insuficiencia renal y hepática con intervalo de SC mínima-máxima=1,5-2,4 m², obtenidas de un estudio descriptivo previo que incluyó todos los pacientes tratados con vinflunina (2010-2014: 21 pacientes hombres, SC media 1,8 m² (DE=0,2)).

Mezclas y condiciones de conservación: Se prepararon un total de 24 mezclas. Mezclas de vinflunina a 0,75 mg/ml y 1,54 mg/ml en SF y SG conservadas a temperatura ambiente (TA=25,4°C; IC 95%=24,9-25,9°C) con y sin protección de la luz (PL y L), cada mezcla se preparó por triplicado.

Estabilidad química: se evaluó la variación de concentración de vinflunina mediante cromatografía líquida de alta resolución y detección por fluorescencia. Se determinó el parámetro T95 en cada mezcla. Condiciones experimentales: columna Kromasil® C18 250x4,6mm (5µm); fase móvil: 50% acetonitrilo-50% ácido fosfórico 0,1%; flujo: 0,9ml/

min; longitud de excitación, 280nm y emisión, 360nm; temperatura:20°C. Se extrajo una alícuota (150µl) de cada mezcla previa homogeneización, analizándose por duplicado. Tiempo de retención: 2,6 minutos.

Compatibilidad física: se evaluó a) cambio de color, turbidez y precipitación, mediante inspección visual (incompatibilidad: aparición de algún parámetro); b) pérdida de volumen, mediante gravimetría (incompatibilidad: pérdida de volumen $\geq 5\%$); c) pH, medido con pH-metro y electrodo de vidrio (incompatibilidad: variación de $\text{pH} \pm 5\%$).

Tiempo de estudio: 3 días. Tiempos de análisis: 0, 0,5, 3, 6, 12, 24, 48 y 72 horas.

RESULTADOS: El método cromatográfico resultó adecuado en términos de linealidad ($r^2 > 0.997$), precisión ($\leq 4\%$), exactitud ($\leq 3\%$), selectividad (ausencia de interferencias al tiempo de retención), límite de detección (0,08 mg/ml) y cuantificación (0,27 mg/ml). No se observaron cambios de color, turbidez, precipitación, ni pérdida de volumen durante 72 horas en ninguna de las mezclas analizadas. La variación del pH en las mezclas fue $\leq 3\%$. Las mezclas de vinflunina a 0,75 mg/ml presentaron disminución de la concentración a 72 horas $> 5\%$ (SF=12%(PL), 16%(L); SG=9%(PL), 12%(L)), siendo $\leq 5\%$ a 48 horas. Las mezclas a 1,54 mg/ml presentaron una variación de la concentración de 5% a 72 horas.

CONCLUSIONES: Vinflunina es estable en 500 ml de suero fisiológico 0,9% o glucosado 5% a temperatura ambiente, con y sin protección de luz, durante 48 horas en concentraciones 0,75 y 1,54 mg/ml.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

1063. ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DE UNA SOLUCIÓN DE CITRATOS Y FÓSFORO

AUTORES: Comes Escoda A, Arrojo Suárez J, Bossacoma Busquets F, Batllori Tragant M, Camacho Diaz Ja, Villaronga Flaqué M.

Hospital Sant Joan De Déu. P. Sant Joan De Déu, N° 2. Barcelona. España

OBJETIVOS: En los pacientes pediátricos con enfermedad tubular renal se produce una alteración en la capacidad de los túbulos en la reabsorción, excreción y acidificación urinaria (fósforo, bicarbonato, excreción de hidrogeniones, potasio, sodio, etc) y presentan, entre otros síntomas, acidosis metabólica e hipofosfatemia. Estos pacientes requieren la reposición, sobre todo, de álcalis y fósforo mediante la elaboración de fórmulas magistrales líquidas, al no disponer de medicamentos registrados apropiados. Para facilitar la administración, el Servicio de Nefrología plantea la elaboración de una fórmula combinada de citratos y fósforo.

El objetivo es definir la fórmula magistral y estudiar su estabilidad fisicoquímica y microbiológica durante un mes a temperatura ambiente y nevera.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1.Composición de la fórmula magistral: Sodio hidrogeno fosfato 12-H₂O (14 g); potasio citrato tribásico (11 g); sodio citrato cristal (10 g); ácido cítrico monohidrato (6.7 g); ácido fosfórico 85% (1.4 mL); agua purificada (32 mL) y jarabe simple c.s.p. 100 mL.

Cada mililitro de la fórmula contiene teóricamente: 1,8 mEq Na⁺, 1 mEq K⁺, 0.6 mmol HPO₄²⁻ y 1 mmol de citrato (2 mEq álcali).

2.Se preparan muestras por triplicado en frasco de vidrio topacio para evaluar las dos condiciones de conservación: temperatura ambiente (25°C) y nevera (2-8°C).

3.Determinaciones semanales fisicoquímicas: Na⁺, K⁺, HPO₄²⁻ (multianalizador Architect® C8000), citratos (Cromatografía de gases Agilent® 7890A acoplada a espectrometría de masas) pH y osmolaridad.

4.Cultivo microbiológico semanal a 35°C, durante 5 días, en medio sólido agar-sangre.

5.Características organolépticas de la solución.

RESULTADOS: -El contenido de los parámetros evaluados por mililitro de solución en NEVERA ha sido:

SODIO (día 1): 1,88±0,13; (día 7): 1,77±0,01; (día 14): 1,7±0,07; (día 21): 1,67±0,09; (día 28): 1,70±0,02. POTASIO (día 1): 0,99±0,05; (día 7): 0,96±0,02; (día 14): 0,94±0,03; (día 21): 0,99±0,08; (día 28): 1,00±0,13. FÓSFORO (día 1): 0,58±0,03; (día 7): 0,57±0,01; (día 14): 0,56±0,02; (día 21): 0,57±0,04; (día 28): 0,58±0,08. CITRATOS (día 1): 1,01±0,05; (día 7): 0,98±0,07; (día 14): 0,94±0,08; (día 21): 1,06±0,10; (día 28): 1,06±0,09. El pH y la OSMOLARIDAD se mantienen estables: 4,97±0,08 y 4341±501 respectivamente. No se aprecia alteración de aspectos organolépticos.

-Respecto a las muestras conservadas a TEMPERATURA AMBIENTE:

SODIO (día 1): 1.84±0.12; (día 7): 1.66±0.04; (día 14):1.60±0.05; (día 21): 1.74±0.03; (día 28): 1.70±0.06. POTASIO (día 1): 1.16±0.10; (día 7): 0.93±0.08; (día 14) 0.92±0.14; (día 21): 0.89±0.19; (día 28): 1.07±0.14. FÓSFORO (día 1): 0.68±0.05; (día 7): 0.56±0.05; (día 14): 0.55±0.09; (día 21): 0.57±0.07; (día 28): 0.61±0.08. CITRATOS (día 1): 0,99±0,17; (día 7): 0,94±0,07; (día 14): 0,93±0,17; (día 21): 0,85±0,06; (día 28): 1,02±0,07. El pH y la OS-

MOLARIDAD se mantienen estables: 4.87 ± 0.04 y 4466 ± 65 respectivamente. No se aprecia alteración de aspectos organolépticos.

-Los CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS han resultado negativos.

CONCLUSIONES: 1. Se diseñó y elabora una fórmula magistral de citratos con fósforo que ha mejorado la administración y/o adherencia en el paciente pediátrico.

2. La solución de citratos con fósforo presentada ha resultado estable durante el periodo de estudio tanto en nevera como a temperatura ambiente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

544. EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD DE UNA SOLUCIÓN DE CLORURO CÁLCICO DIHIDRATADO EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

AUTORES: Aguilera Jiménez V, Juanes Borrego E, Juanes Borrego Am, Cubero Hernández E, Saavedra Mitjans M, Mangues Bafalluy M.

Hospital De La Santa Creu I Sant Pau. Sant Antoni Maria Claret, 167. Barcelona. España

OBJETIVO: Evaluar, en una unidad centralizada de mezclas intravenosas de un hospital universitario, la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de una solución de cloruro cálcico, utilizada para mantener la calcemia en pacientes sometidos a terapia continua de reemplazo renal (TRRC) donde se utiliza citrato sódico como anticoagulante del circuito extracorpóreo.

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de un vial de 14,26 g/20 mL de cloruro cálcico dihidratado en solución, bajo cabina de flujo laminar vertical y siguiendo la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria, se prepararon tres lotes de solución de cloruro cálcico 97 mmol/L en suero salino y almacenado en frasco de polietileno. De cada lote se obtuvieron muestras por triplicado y se almacenaron a 25°C, humedad relativa: 60% y protegidas de la luz. Las muestras fueron analizadas a tiempo 0, +24h, +48h, +72h y 7 días post-preparación.

Los parámetros fisicoquímicos evaluados fueron: (I) Presencia/ausencia de partículas y cambio de color (valoración cualitativa sobre fondo negro por dos observadores diferentes), (II) Turbidez (medición cuantitativa por espectrofotometría), (III) pH (determinado por potenciometría), (IV) osmolaridad (valoración en osmómetro de descenso crioscópico), y (V) concentración del ión calcio (Ca^{2+}) mediante espectrofotometría (utilizando el método de calcio-arsenazo III).

La estabilidad microbiológica se valoró, a cada tiempo de estudio, por cultivo en agar sangre.

Se establecieron los márgenes de validez de la solución de cloruro cálcico entre 95 y 105% de la concentración inicial de cloruro cálcico dihidratado siguiendo las recomendaciones de la Farmacopea Española.

RESULTADOS: No se observaron partículas ni cambios en el color durante los 7 días de estudio. Los valores medios de turbidez permanecieron constantes respecto a la muestra a tiempo 0 durante todo el estudio. La solución de cloruro cálcico dihidratado se mantuvo hiperosmolar con valores constantes durante los 7 días de almacenamiento (T0h: $520 \pm 1,80$, T24h: $521 \pm 1,45$, T48h: $520 \pm 1,45$, T72h: $521 \pm 1,13$, T7D: $521 \pm 1,72$ expresado en mOsm/L).

Respecto a la estabilidad química, el pH se mantuvo prácticamente constante (T0h: $6,19 \pm 0,013$, T24h: $6,21 \pm 0,020$, T48h: $6,20 \pm 0,005$, T72h: $6,19 \pm 0,009$, T7D: $6,18 \pm 0,010$). La concentración de cloruro cálcico de todas las muestras se situó dentro de los márgenes de validez respecto al valor de la muestra a t0 (T0h: 98,7%, T24h: 98,8%, T48h: 98,0%, T72h: 100,8 %, T7D: 99,8%).

No se observó crecimiento bacteriano en ninguna muestra cultivada.

CONCLUSIONES: La solución de cloruro cálcico 97 mmol/L permanece física y químicamente estable y mantiene su esterilidad durante al menos 7 días almacenado protegido de la luz. Esta información permitirá optimizar la gestión de las mezclas intravenosas para terapia de reemplazo renal por parte del servicio de farmacia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

313. FORMULACIÓN DE JARABE DE METOTREXATO 2MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

AUTORES: Fernández Peña S, Fernandez Cañabate S, Garcia Lopez L, Cardaba Garcia E, De Frutos Soto A, Sanchez Sanchez Mt.

Hospital Clinico Universitario De Valladolid. Avenida Ramon Y Cajal S/N. Valladolid. España

OBJETIVOS: 1. Describir la formulación de metotrexato (MTX) en solución oral a una concentración de 2mg/ml en campana de flujo laminar vertical a partir de viales de MTX (50mg/2ml) para facilitar la administración de este fármaco por vía oral en pediatría en la fase de mantenimiento del régimen de tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda propuesto por la Sociedad Española de Hematología y Oncología en niños de entre 1-19 años.

2. Valorar la aceptación de esta formulación en una paciente de 3 años de edad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Materiales: Vial de MTX (50mg/2ml), jarabe simple, esencia de cereza, bicarbonato sódico, agua estéril para inyección (API), varilla de vidrio, vaso de precipitados, jeringas de 10 ml y 5 ml, frasco de vidrio topacio, campana de flujo laminar vertical.

Método de elaboración: 1º) Fuera de la campana de flujo, preparar jarabe de cereza mezclando 9.9 ml jarabe simple y 0.1 ml de esencia de cereza. Se carga en una jeringa de 10 ml. 2º) Disolver en un vaso de precipitados 500 mg de bicarbonato sódico en 5 ml de API. 3º) Ya dentro de la campana de flujo laminar, añadir 6,25 ml de jarabe de cereza al vaso de precipitados con el bicarbonato, luego añadir los 2ml del vial de MTX. 4º) Enrasar con API hasta un volumen final de 25 ml. 5º) Agitar.

Valoración de la aceptación de la paciente: entrevista con el tutor de la paciente.

RESULTADOS: Se obtiene una solución oral de MTX de aspecto homogéneo, color amarillo intenso y olor a cereza.

La formulación es bien tolerada por la paciente. La paciente rechaza el jarabe si es preparado con una esencia distinta a la de cereza.

CONCLUSIONES: El jarabe de MTX con esencia de cereza, debido a sus agradables características organolépticas, es una formulación útil para asegurar y facilitar la administración del MTX por vía oral en nuestra paciente pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA: Recomendaciones terapéuticas LAL/SEHOP-PETHEMA 2013. Versión 2.0 (09.10.2014)

Jundt JW, Browne BA, Fiocco GP, Steele AD, Mock D. A comparison of low dose methotrexate bioavailability: oral solution, oral tablet, subcutaneous and intramuscular dosing. J Rheumatol. 1993; 20(11): 1845-9

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

945. FORMULACIÓN DE PROPRANOLOL HCL 1% EN FORMA DE HIDROGEL PARA EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOMA SUPERFICIAL EN PEDIATRÍA

AUTORES: Reques Sastre B, Onteniente González A, Martín Blas C, Molina García T.

Hospital Universitario De Getafe. Ctra. De Toledo, Km.12.5. Madrid. España

OBJETIVO: Los hemangiomas infantiles (HI) son proliferaciones neoplásicas de células endoteliales. Aunque no se conoce la verdadera incidencia del HI, los datos de algunos estudios estiman que puede afectar entre un 4 -10% de los niños en el primer año de vida. La mayor parte de los HI se localizan fundamentalmente en la cara, cabeza y cuello. A pesar de que la mayoría de los HI son de tipo no complicado y no requieren intervención, su tratamiento precoz puede mejorar su curso natural, conseguir un manejo adecuado de las ulceraciones y prevenir o tratar las complicaciones. La utilización de propranolol por vía tópica disminuye los efectos secundarios a nivel sistémico en relación con la vía oral y permite su efecto a nivel local. El objetivo principal es la administración de propranolol tópico al 1% formulado como hidrogel, para adaptar la forma farmacéutica de dosificación a aquellas lesiones de la piel localizadas en zonas pilosas. Esta nueva forma farmacéutica pretende facilitar la aplicación del producto en la zona afectada por el hemangioma y mejorar su lavado. MATERIAL Y MÉTODOS Tras realizar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de COCHRANE, PUBMED, EMBASE, UPTODATE y el Boletín de Farmacotecnia de la SEFH, se obtiene información para elaborar la formulación de propranolol HCL 1% hidrogel. Se utilizan una serie de excipientes compatibles con este principio activo. Para disolver el propranolol clorhidrato se emplea una mezcla de etanol absoluto, propilenglicol y agua purificada. El Carbopol 940, polímero reticulado del ácido acrílico, se dispersa en la solución de propranolol, previamente elaborada, mediante agitación para conseguir su imbibición y se deja en reposo durante un periodo de 12 horas. Los polímeros de Carbopol deben ser neutralizados para alcanzar máxima viscosidad. Se utiliza una solución de hidróxido de amonio al 5% hasta conseguir un pH de ~6, valor que permite la formación del hidrogel. Se realizan controles analíticos que aseguran la uniformidad y consistencia del hidrogel. Conocidos los componentes de la formulación, su estabilidad y según la matriz de riesgo de las guías de buenas prácticas de preparación, se asigna al preparado una caducidad de 14 días a temperatura ambiente.

RESULTADOS: La elaboración del propranolol clorhidrato en forma de hidrogel, ofrece una consistencia poco untuosa a la preparación que facilita su aplicación en la zona a tratar. Asegura la permanencia del preparado en la lesión el tiempo suficiente para que el principio activo sea absorbido y permite la retirada del gel con agua de forma cómoda, al ser un compuesto no graso de naturaleza hidrófila. El preparado presenta un aspecto final semisólido, blanco incoloro. **CONCLUSIONES** El hidrogel de propranolol al 1% es una nueva formulación con características físicas y

organolépticas que permiten una fácil aplicación y eliminación del preparado. Constituyen un avance respecto a las preparaciones disponibles hasta ahora en el hospital, ya que facilitan su uso en zonas afectadas por el hemangioma cubiertas de vello. Su aspecto incoloro es mejor aceptado por pacientes en aquellas zonas afectadas altamente visibles como cuello, cara y cuero cabelludo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

387. IMPACTO ECONÓMICO DE LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES: CÁPSULAS DE 3,4-DIAMINOPIRIDINA Y ACETATO DE ZINC.

AUTORES: Castro Granell V, Soler Giner E, Raga Beser A, Prats Ortega R, Cia Barrio M. Hospital Marina Baixa. Av. Alcalde En Jaume Botella Mayor,7. Alicante. España

OBJETIVOS: Comparar la eficiencia en la elaboración de fórmulas magistrales (FM) de 3,4-diaminopiridina (DAP), y acetato de Zinc, frente a la adquisición de las presentaciones comercializadas de los fármacos con el mismo principio activo (Firdapse®, Wilzin®).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde Mayo de 2002 hasta Mayo 2015, en el que se elaboraron cápsulas de DAP y acetato de zinc para un total de cinco pacientes a diferentes dosificaciones. La elaboración se realizó a partir de la materia prima y siguiendo el procedimiento especificado en el Formulario Nacional para cápsulas de gelatina dura. Las fuentes de información consultadas fueron: la historia clínica del paciente (Abucasis®), el módulo de pacientes externos de la aplicación informática del Servicio de Farmacia Farmasyst® y el Libro Recetario (Magistra®) para obtener el número de capsulas preparadas y la duración media de los tratamientos. El coste de adquisición de las materias primas y de las especialidades farmacéuticas se recopiló del programa Orion-Logis® y la Base de Datos de medicamentos extranjeros.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se han elaborado un total de 34.986 cápsulas, que han supuesto un ahorro económico de 787.314 euros (31.273 €/año). Para la valoración del coste solo se ha tenido en cuenta el coste de adquisición de las materias primas.

El número total de cápsulas de DAP dispensadas fue de 23.140 unidades (10 mg y 15 mg) a dos pacientes afectos de síndrome miasténico de Lambert-Eaton y miastenia gravis, con una duración acumulada de tratamiento para ambos pacientes de 19,78 años y un ahorro en el coste de elaboración de 773.775 € (30.060 €/año).

El número total de cápsulas de Acetato de Zinc dispensadas fue de 11.846 unidades (25 y 50mg) a tres pacientes para el tratamiento de la Enfermedad de Wilson, duración acumulada de tratamientos de 11,08 años y un ahorro de 13.540 € (1.213 €/año).

Se estima que el ahorro real sea menor del calculado por no haber tenido en cuenta todos los costes (material fungible, acondicionamiento, personal y costes indirectos).

CONCLUSIONES: La estrategia de optimización promovida por el Servicio de Farmacia en la elaboración de FM, disminuye de forma importante el gasto farmacéutico y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, sin comprometer la calidad asistencial al paciente. Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de desarrollar nuevas medidas de ahorro para la optimización de los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

50. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LOS VIALES DE AFLIBERCEPT

AUTORES: Carrascosa Piquer O, Aparicio Rubio C, De La Vega Zamorano I, Cornejo Uixeda S, García Del Busto Enguer N, Sánchez Alcaraz A.

Hospital Universitario De La Ribera. Ctra. De Corbera, Km. 1. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar y cuantificar el impacto económico que ha supuesto la implantación de un protocolo de optimización de viales de aflibercept (Eylea®) desde el Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODO: En abril 2014, se implantó un protocolo, en colaboración con el Servicio de Oftalmología, que consistió en agrupar a los pacientes que reciben tratamiento con aflibercept (viales 0,4mg/0,1ml) y fraccionar los viales de dicho fármaco en jeringas de 0,05ml, realizándose dicho procedimiento en el Servicio de Farmacia, en condiciones asépticas en campana de flujo laminar. De cada vial de Eylea® se obtienen 3 dosis de aflibercept aptas para su uso (2mg/0,05ml).

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con aflibercept intravítreo durante los meses de enero a marzo 2015 y se compararon los gastos con el gasto teórico previsto sin dicha optimización. Se analizó el consumo de viales totales y de jeringas fraccionadas, el número de pacientes, la edad y el sexo, diagnóstico y tratamientos anteriores.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 98 pacientes fueron tratados con aflibercept intravítreo, con una edad media de 74±11 años. 53% fueron mujeres y 47% fueron hombres.

60 pacientes fueron diagnosticados de degeneración macular asociada a la edad (DMAE), 22 pacientes de membrana neovascular, 9 pacientes de retinopatía diabética, 4 pacientes de trombosis de rama venosa, 1 paciente de coriorretinopatía central serosa, 1 paciente de melanosis neurocutánea y 1 paciente de queratitis herpética.

En cuanto a los tratamientos administrados, en primera línea 48 pacientes iniciaron tratamiento con bevacizumab intravítreo, 35 pacientes con aflibercept intravítreo, 10 pacientes con ranibizumab intravítreo, 3 pacientes con dexametasona (Ozurdex®) y 2 pacientes con triamcinolona (Trigon®). En segunda línea, 35 pacientes fueron tratados con aflibercept intravítreo, 15 pacientes con ranibizumab intravítreo, 8 pacientes con bevacizumab intravítreo, 3 con Trigon® y 2 pacientes con Ozurdex®. En tercera línea, 28 pacientes fueron tratados con aflibercept intravítreo y 1 paciente con Ozurdex®.

Durante el periodo de estudio, se administraron un total de 224 inyecciones de aflibercept: 142 inyecciones a los pacientes con DMAE, 50 a los pacientes con membrana neovascular, 18 a los pacientes con retinopatía diabética, 6 a los pacientes con trombosis de rama venosa, 4 al paciente con melanosis neurocutánea, 3 al paciente con queratitis herpética y 1 inyección al paciente con coriorretinopatía central serosa.

El gasto de enero a marzo 2015 fue de 48.126,40€: 214,85€/inyección. El coste de un vial de aflibercept (PVL-7,5%+I-VA) es de 644,54€ (el coste/ inyección según ficha técnica). El coste estimado sin la implantación del protocolo en el mismo periodo hubiese sido de 144.376,96€. El fraccionamiento y la posibilidad de agrupar a los pacientes ha supuesto un ahorro de 96.250,56€, con una media de ahorro por paciente de 982,15€.

CONCLUSIONES: El fraccionamiento de los viales de aflibercept supone un ahorro de gran importancia, que aumenta con una mayor planificación en la agrupación de los pacientes. La patología que supuso un mayor gasto en aflibercept es la degeneración macular asociada a la edad, seguido de membrana neovascular, que suponen entorno a un 86% del gasto (41.388,70€).

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

910. NUEVAS POSIBILIDADES PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS UNGUEAL: GEL DE METOTREXATO AL 1 %

AUTORES: Blanco Dorado S, González Barcia M, Labandeira García J, Fernández Ferreiro A, Suarez Artime P, Lamas Díaz Mj.

Complejo Hospitalario Universitario De Santiago. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: describir una formulación magistral novedosa en el campo de la dermatología, consistente en un gel de metotrexato al 1% para el tratamiento de la psoriasis ungueal refractaria al tratamiento convencional incluido anticuerpos monoclonales e intolerante al metotrexato sistémico. Evaluar la eficacia y seguridad de esta preparación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Proceso de elaboración: se realizó una búsqueda libre en PubMed de procedimientos de preparación de geles de metotrexato en el que se incluyeron las palabras: "methotrexate" "topical" y "psoriasis". Se prestó especial interés a las características fisicoquímicas del metotrexato así como a los aspectos relacionados con su administración tópica. A partir de la información bibliográfica encontrada, se optó por la preparación de un gel de metotrexato al 1%.

Descripción de un caso: se recopiló la información relativa al paciente (antecedentes, historia farmacoterapéutica y fotografías de control) a través de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS: Para la elaboración del gel se empleó Carbopol 940. Este polímero forma geles hidrófilos con buenas propiedades reológicas y con gran viscosidad permitiendo una mayor retención del fármaco en el lugar de acción y por consiguiente mayor absorción.

MODUS OPERANDI: Se dispersaron 0.75 g de Carbopol 940 en 100 ml de agua destilada con agitación magnética 90 minutos. A continuación, en CFLV se incorporaron 40 ml de Metotrexato Wyeth® (1g) a la dispersión de Carbopol. Finalmente se añadió trietanolamina gota a gota hasta que gelificó. Se dejó reposar 12 horas a temperatura ambiente y se envasó en un frasco de plástico protegido de la luz. El gel obtenido mostró uniformidad de contenido con buenas propiedades reológicas y organolépticas.

Paciente de 43 años de edad diagnosticado de artritis psoriásica y onicopatía psoriásica severa con anoniquia. Recibió tratamiento con ciclosporina y metotrexato que fueron suspendidos por intolerancia. Posteriormente inició golimumab que se cambió a infliximab por falta de respuesta a nivel de las lesiones ungueales. A continuación, el tratamiento con infliximab tuvo que ser suspendido por aparición de una tuberculosis ganglionar.

Debido a la falta de respuesta a los tratamientos habituales, se recurrió al gel de metotrexato al 1%. Se aplicó con guantes de vinilo una vez al día, sobre las lesiones, dejándolo actuar durante la noche, durante 8 meses. La respuesta obtenida fue buena. A pesar de que no se alcanzó el recrecimiento de la lámina ungueal, se observó una mejoría de la exudación de las lesiones, primer paso en la recuperación de la uña. No se observó ningún efecto adverso local o sistémico.

CONCLUSIÓN: la psoriasis ungueal es una variante de la psoriasis difícil de tratar. A menudo no queda más remedio que recurrir a tratamientos sistémicos con gran cantidad de efectos adversos. El procedimiento presentado permite elaborar un gel de metotrexato al 1% que se aplicó adecuadamente en las lesiones tópicas de un paciente con psoriasis ungueal. De esta forma se evitó la toxicidad del metotrexato administrado por vía sistémica. Por todo ello, es una opción atractiva en el manejo tópico de la psoriasis, especialmente en pacientes con mala tolerancia al tratamiento convencional.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

455. OPTIMIZACIÓN FARMACOECONÓMICA TRAS EL FRACCIONAMIENTO, REENVASADO, AGRUPACIÓN DE PACIENTES Y APROVECHAMIENTO DE SOBANTES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VÍA PARENTERAL

AUTORES: Blazquez Galán A, Moreno Garcia M, Madrid Gonzalez M, Rodriguez Barbero J, Prada Lobato J, Fernandez Verduras Y.

Hospital Universitario Rio Hortega. Calle Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVO: Calcular el ahorro derivado de la adecuación posológica por fraccionamiento, reenvasado, agrupación de pacientes y aprovechamiento de sobrantes de medicamentos administrados por vía parenteral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero y diciembre del año 2014. Se incluye a todos los pacientes ambulatorios y externos a los que se les adecua la dosis en el servicio de Farmacia. Se identifican los pacientes desde el módulo de gestión de externos y ambulatorios del programa FarmaTools® (excluyendo los onco-hematológicos). Para conseguir el máximo aprovechamiento de los preparados comerciales: 1/ Se fraccionan y reenvasan (en la cabina de flujo laminar horizontal garantizando las condiciones de esterilidad) 2/ Se conserva el sobrante para futuras administraciones si procede 3/ Se agrupa el mismo día a los pacientes que reciben el mismo tratamiento.

Los medicamentos/pacientes/pauta posológica incluidos son: 1/Adalimumab (Humira®): 5 pacientes, 20 mg/15días; 2/Anakinra (Kineret®): 1 paciente, 47 mg/día; 3/Palivizumab (Sinagys®): 27 pacientes con dosis individualizadas en función del peso y una administración/mes durante 6 meses; 5/Idursulfasa (Elapraxe®): 2 pacientes, 24 mg y 28,5 mg/semana respectivamente.

El ahorro económico generado es la diferencia entre los costes reales de los medicamentos dispensados entre Enero y Diciembre de 2014 y los costes hipotéticos si no se hubiesen llevado a cabo estas medidas. Se calcula el ahorro teórico por medicamento/año y el total durante el periodo de estudio.

RESULTADOS: A partir de Humira® 40mg se obtienen dos dosis de 20mg, generando un ahorro total de 24.973 €. Con dos jeringas de Kineret® 100mg se obtienen tres dosis, lo que supone un ahorro total de 3.148 €. El agrupamiento en el mismo día de los pacientes en tratamiento con Sinagys® 50 y 100 mg supone un ahorro de 32.034 €. La elaboración conjunta de los dos pacientes en tratamiento con Elapraxe® 6mg/3mL y el aprovechamiento del sobrante permite ahorrar 32.220 €. El ahorro total generado es de 92.375 €.

CONCLUSIONES: El fraccionamiento, reenvasado, agrupación de pacientes y aprovechamiento de sobrantes de medicamentos administrados por vía parenteral genera un ahorro económico considerable, consiguiendo además mejorar la seguridad evitando potenciales errores posológicos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

19. PLEURODESIS QUÍMICA CON MINOCICLINA EN UN RECIÉN NACIDO AFECTO DE QUILOTÓRAX CONGÉNITO

AUTORES: Bossacoma Busquets F, Arrojo Suárez J, Comes Escoda A, López Ramos MG, Izquierdo Renau M, Villarronga Flaqué M.

Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Deu, 2. Barcelona. España

OBJETIVO: Describir el procedimiento de pleurodesis química con minociclina para el tratamiento de quilotórax congénito en un recién nacido.

El quilotórax congénito se caracteriza por una acumulación anormal de quilo en el espacio pleural en el recién nacido. El tratamiento convencional consiste en drenaje, modificación de la dieta y administración de octreotide. En los casos refractarios están indicadas cirugía o pleurodesis química.

La pleurodesis química consiste en la inyección de un agente irritante en el espacio pleural, provocando una reacción intensa capaz de fusionar las pleuras. Está descrita la administración de talco, tetraciclinas o bleomicina.

MATERIAL Y MÉTODOS: De acuerdo a la literatura consultada sobre administración intrapleural de minociclina en adultos y especialmente una serie de casos en quilotórax congénito neonatal, se elaboró el siguiente protocolo de preparación y administración:

- Elaboración de viales de MINOCICLINA 100mg polvo para administración intrapleural, a partir de cápsulas de la presentación comercial Minocin® 100mg. La preparación se realizará en viales estériles y en cabina de flujo laminar horizontal.

- Reconstitución del contenido del vial con 5mL de suero fisiológico y disolución posterior con suero fisiológico hasta 10mL, para obtener una concentración final de minociclina de 10mg/ml

- La dilución se realizará en el momento de la administración y se agitará la jeringa para evitar que se deposite el polvo en suspensión (no se disuelve por completo)

- La dosis referida en la bibliografía es de 4-8 mg/kg de peso (0,4-0,8 mL de disolución/kg)

- Deberá valorarse el volumen muerto del catéter de administración y/o administrar suero fisiológico a continuación para su arrastre. Si el paciente tiene más de un drenaje pleural, puede repartirse la dosis entre los drenajes para mejor difusión a todo el espacio pleural.

- La administración intrapleural de minociclina es dolorosa (irritante), se aconseja aspirar el máximo de líquido linfático acumulado de forma previa a la administración, y garantizar el confort del paciente con una correcta analgesia.

RESULTADOS: Se realizó tratamiento con minociclina intrapleural a una paciente de 3 meses, con antecedente de prematuridad (30 semanas de edad gestacional), diagnosticada de quilotórax congénito bilateral. Ante una mala evolución a pesar de modificación de la dieta (nutrición parenteral seguida de dieta rica en ácidos grasos de cadena media), tratamiento con octreotide durante 3 semanas y cirugía:

- A los 85 días de vida, sin resolución del quilotórax, se inició pleurodesis con minociclina, administrando un total de 10 dosis de 8mg/kg/24h, según el procedimiento descrito.

- Paralelamente, se inició tratamiento con propranolol, buscando un efecto antiangiogénico

- El débito quiloso disminuyó, pudiéndose retirar los drenajes a los 95 días de vida.

- El tratamiento con minociclina intrapleural fue bien tolerado por parte de la paciente, presentando como único efecto adverso el dolor asociado a la administración.

CONCLUSIONES: La administración intrapleural de minociclina, formulada a partir de cápsulas, puede resultar efectiva en el tratamiento del quilotórax congénito refractario.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

807. PREPARADO DE COALTAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

AUTORES: Jiménez Guerrero L, Donoso Rengifo C, Murillo Izquierdo M, Camean Fernandez M, Carrizosa Esquivel A, Bermudez Loizara A.

Hospital Univ. Virgen Macarena. Av. Dr Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Elaborar una emulsión de coaltar para baños en psoriasis, evaluando su grado de aceptación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Debido a la retirada comercial de Emolytar® se origina una laguna terapéutica, la cual genera en los dermatólogos de nuestro hospital la consulta al Servicio de Farmacia de una alternativa terapéutica que pueda dar cobertura sobre todo al ámbito ambulatorio.

De manera cooperativa, las unidades de farmacotecnia del hospital, colegio de farmacéuticos y dermatología, diseñan una formulación magistral en base al coaltar saponinado.

Se diseña una encuesta de satisfacción del paciente con la finalidad de evaluar la eficacia, seguridad y aceptación del preparado magistral.

RESULTADOS: Los componentes de esta fórmula son: coaltar saponinado (25%), al que posteriormente se le añade aceite de cacahuete (7.5%), aceite de enebro (7.5%), vaselina líquida (35%) y tween 80 (25%). Una vez añadidos todos los componentes se bate durante unos 10 min. Para la elaboración de la misma, es recomendable la utilización de cabina extractora debido a sus características organolépticas.

Se obtiene una emulsión de color pardo el cual se reenvasa en un frasco de topacio bien cerrado y protegido de la luz ya que el coaltar es fotosensible.

La posología sería 10-20 ml en baños de duración de 5-10min.

De 15 pacientes con psoriasis y en tratamiento con emulsión de coaltar sólo pudo realizarse la encuesta a 7 de ellos. Un 68% de los pacientes evidenciaron una mejoría de la psoriasis. El 83% mostraron aceptabilidad de la emulsión de coaltar, no resultándoles incómoda la aplicación de la misma a la vez que presentaban buena adherencia.

Solo en un paciente fue preciso retirar el preparado por intolerancia.

CONCLUSIÓN: La formulación desarrollada parece una buena opción terapéutica en el tratamiento de la psoriasis en base a los resultados obtenidos, y fortalece la unificación de criterios en la elaboración de fórmula magistrales intra y extrahospitalaria.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

60. SITUACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE DERIVADOS HEMÁTICOS EN HOSPITALES ESPAÑOLES

AUTORES: Riestra Ayora AC, Alonso Herreros JM, Gaspar Carreño M, López Sánchez P.

Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Avda. Dres. F-Vega 34. Asturias. España

OBJETIVOS: Conocer la situación actual de la elaboración de derivados hemáticos en los hospitales españoles respecto a los requerimientos de la Resolución de la AEMPS, por la que se establece su clasificación como medicamento de uso humano para atender necesidades especiales, como punto de partida en la contribución a la mejora de su eficacia y seguridad, mediante participación en su producción y gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre los grupos de Farmacotécnica y Productos Sanitarios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se diseñó una encuesta respecto a los tipos de derivados hemáticos utilizados, lugar de elaboración, método de preparación, pruebas de detección de agentes infecciosos y controles de calidad sobre el producto terminado. Esta encuesta fue difundida a través de la SEFH, pudiendo responderse de forma voluntaria.

RESULTADOS: Se obtuvo respuesta de 49 hospitales, 43 de titularidad pública (88%) y 6 privados (12%), con una media de 362 camas (13-1600).

Las especialidades en las que más se aplican derivados hemáticos son oftalmología (45 centros) seguida de traumatología (9 centros) y dermatología (4 centros).

El tipo de derivado hemático más utilizado varía según la especialidad, siendo los preponderantes el suero autólogo, el plasma rico en plaquetas (PRP) y el plasma rico en factores de crecimiento (PRGF).

El 82% de las preparaciones se realizan en el hospital y dentro de estas el 72,38% en los Servicios de Farmacia, en el 75,83% de estas últimas el método de obtención es de forma manual con "técnica abierta".

22 hospitales (47%) realizan pruebas de detección de agentes infecciosos (VHB, VHC, VIH y Sífilis) previas a la elaboración, de estos el 33% en cada extracción.

El 46% de los hospitales encuestados realizan controles de calidad sobre el producto terminado, siendo los más frecuentes el control microbiológico y la validación de los caracteres organolépticos.

CONCLUSIONES: Los derivados del plasma autólogo son cada vez más utilizados en distintas especialidades e indicaciones. La elaboración se realiza mayoritariamente en los Servicios de Farmacia mediante sistemas abiertos que, según la AEMPS¹, deberán ser evaluados desde el punto de vista de calidad; además la autoridad competente deberá valorar la idoneidad de las instalaciones y producción y de control de calidad efectuados.

Actualmente la detección de agentes infecciosos no se realiza de forma sistemática en el 53% de los hospitales. La AEMPS fija como exclusión permanente el presentar marcadores positivos para VHC, VIH- I/II, HTLV I/II o VHB y marca como pruebas analíticas a realizar en cada donación la detección de agentes infecciosos, por lo que se debería valorar su determinación rutinaria.

Los Servicios de Farmacia deben familiarizarse y adaptarse a los nuevos requerimientos para su preparación participando en su gestión y manipulación, cumpliendo así los requisitos mínimos de garantías establecidos por la AEMPS respecto a calidad, trazabilidad, farmacovigilancia e información.

Este estudio puede presentar limitaciones puesto que los datos han sido obtenidos de los Farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria que voluntariamente han respondido la encuesta.

118. VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LOTES DE PREPARACIONES OFTÁLMICAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTREA DE BEVACIZUMAB

AUTORES: García Mayo Me, Dávila Pousa Mc, Crespo Diz C.

Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra. Avda. Mourente S/N. Pontevedra. España

OBJETIVO: Establecimiento de un procedimiento de validación microbiológica (técnica aséptica, envasado y almacenamiento) de lotes de preparaciones oftálmicas para administración intravítrea (POAI), de bevacizumab, que se elaboran en el Servicio de Farmacia, para poder asignar el periodo de validez recomendado en la Guía de Buenas Prácticas de Preparación (GBPP) de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión del ensayo de esterilidad de la Real Farmacopea Española (RFE), GBPP y del capítulo 797 de la United States Pharmacopeia (USP).

Las POAI se clasificaron como preparaciones de riesgo medio de contaminación microbiológica siguiendo la matriz de riesgo de la GBPP, la cual establece un periodo de validez de 9 días cuando se almacenan entre 2-8 °C.

Se seleccionó el método de inoculación directa en medio de cultivo líquido, utilizando como medio de cultivo Tryptone-Soya-Broth (TSB), así como la cantidad mínima de muestra y el número mínimo de unidades a ensayar en función del tamaño del lote, según RFE.

Se utilizaron dos envases de medio de cultivo TSB de 10 mL, uno como muestra, sustituyendo al medicamento por ser de alto impacto económico y tener la misma presentación comercial (vial de vidrio), y el segundo como medio de cultivo.

El procesamiento de las muestras fue llevado a cabo por el Servicio de Microbiología (SM).

RESULTADOS: El procedimiento se desarrolló en las mismas condiciones que las establecidas en el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de lotes de POAI de nuestro SFH:

Se prepararon 3 lotes de 12 unidades, introduciendo en el vial de TSB que se utiliza como muestra, una aguja estéril de 1.2 x 40 mm (B Braun Sterican) y a partir de ésta, cargando 12 jeringas estériles de 1 mL Omnifix-F Tuberculin (B Braun) con 0,15 mL.

A cada jeringa cargada se le acopló posteriormente una aguja estéril 0.3 X 12 mm (B Braun Sterican).

Se realizó control microbiológico con 6 unidades (50% lote) al finalizar la preparación de cada uno de los lotes, para validar la técnica aséptica.

Se realizó un segundo control a los 9 días de la elaboración, con las 6 unidades restantes, para validar el envasado y almacenamiento de la totalidad del lote elaborado.

En cada tiempo de muestreo se inocularon 6 unidades en un mismo vial de TSB, para obtener un volumen adecuado de inóculo, según RFE.

Los resultados obtenidos de los controles realizados a los 3 lotes elaborados, evidenciaron ausencia de crecimiento tanto fúngico como bacteriano.

CONCLUSIONES: Aunque en nuestro SFH, se preparan lotes de menos de 25 unidades y por tanto no sería obligatorio realizar control microbiológico, no se dispone de sala blanca, por lo que para aplicar el periodo de validez recomendado para este tipo de preparaciones por la GBPP, o superior, es necesario establecer un método de validación acorde con las exigencias de la normativa vigente.

Este procedimiento ensayado nos ha permitido establecer el periodo de validez recomendado por la GBPP e instaurar un control final de caducidad periódico como control de calidad de los lotes elaborados.

205. ASPECTOS FARMACOECONÓMICOS DEL TRATAMIENTO DEL OJO SECO CON LUBRICANTES OCULARES CLASIFICADOS COMO MEDICAMENTOS Y COMO PRODUCTOS SANITARIOS.

AUTORES: Fernández Ferreiro A, González Barcia M, Gil Martínez M, Blanco Méndez J, Otero Espinar Fj, Lamas Díaz Mj.

Complejo Hospitalario Santiago De Compostela. Calle Da Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: El síndrome de ojo seco es un problema muy frecuente que afecta a la calidad de vida de los pacientes y que tiene un alto coste, tanto social por la disminución de la productividad, como económico debido a los cuidados asociados y la propia adquisición de los productos utilizados para paliar la sintomatología asociada. El objetivo del presente trabajo es dar conocer la diferencia en el coste económico que les puede suponer a los pacientes con ojo

seco, la utilización crónica de los mismos, en función de su clasificación como medicamentos (LM) o como productos sanitarios (LPS), así como en sus dos opciones de comercialización (monodosis y multidosis).

MATERIAL Y MÉTODO: Inicialmente se realiza una búsqueda de los lubricantes oculares comercializados en la actualidad, utilizando para ello el programa informático BOT Plus 2.0. En este, se fijan los siguientes criterios de búsqueda: Para los productos sanitarios, se selecciona la pestaña de "Grupos Terapéuticos y Productos de Salud", restringiendo la búsqueda al grupo 013A02 (Humectantes oculares), y para los medicamentos, se accede a la pestaña de los medicamentos indicados en "Ojo seco" (Grupo S01AX). A continuación se recoge el precio de los mismos, utilizando la información aportada por el principal distribuidor de medicamentos y productos sanitarios gallego (COFAGA). Posteriormente, se calcula el precio medio que le supondría a un paciente la administración de cuatro instilaciones diarias, durante un año, de los productos englobados en cada uno de los grupos estudiados (LM monodosis, LM multidosis, LPS monodosis y LPS multidosis). Posteriormente se realiza un análisis comparativo ANOVA, utilizando el paquete de datos IBM® SPSS.

RESULTADOS: Actualmente se encuentran comercializados 120 lubricantes oculares para el tratamiento del ojo seco, estando el 85% clasificados como productos sanitarios. La utilización de LPS, supondría un desembolso económico medio para el paciente de $673,50 \pm 366,43$ euros/año en el caso de los monodosis, y de $105,13 \pm 36,78$ euros/año en el caso de los multidosis. El precio medio anual de los LM es inferior, siendo en el caso de los monodosis de $256,16 \pm 74,45$ euros/año y de $54,39 \pm 35,14$ euros/año en el caso de los multidosis. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre todos los subgrupos, siendo el grupo de los LM más económicos que los LPS. En ambos casos, las presentaciones multidosis han resultado más económicas que las monodosis.

CONCLUSIONES: La utilización de lubricantes oculares supone un importante desembolso económico en pacientes que requieren su utilización crónica. Se debería priorizar la utilización de los que están englobados dentro del grupo de medicamentos y concretamente de los comercializados en formato multidosis, pues esto supondría un menor desembolso económico para el paciente. La delgada línea que separa a los lubricantes oculares de ser clasificados como medicamentos o productos sanitarios, debería ser regulada, así como su precio.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

84. GESTION DEL MATERIAL DE PRÓTESIS E IMPLANTES. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO LA METODOLOGÍA LEAN

AUTORES: Solano Aramendia Md, Corrochano Escorihuela O.

Hospital Maz. Avda. Academia General Militar 74. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Diseño de un proceso de gestión del material de prótesis e implantes de quirófano, diseñado, coordinado e implantado por el Servicio de Farmacia, tras ser designado por la Dirección del Hospital como responsable del mismo.

Eliminar el desconocimiento del material suministrado por los proveedores en concepto de depósito, la falta de sistematización de las condiciones de suministro bajo dicha modalidad. Alinear las necesidades y requerimientos con el despliegue de los procesos de control de material, asignación del material de prótesis utilizado en cada intervención y cumplimiento de la normativa vigente en cuanto a registro del material implantado

MATERIAL Y METODOS: Se ha utilizado el enfoque de la metodología Lean para mejorar el rendimiento y la eficiencia del proceso, eliminar actividades que no aportan valor añadido (MUDA) y satisfacer mejor las necesidades y requerimientos del cliente. Para poder generar VALOR (1º principio Lean) y eliminar los MUDAS (2º principio Lean) hay que considerar el proceso en su conjunto, más allá de las Unidades o Departamentos de la organización, e incorporar tanto al cliente como al proveedor. Se promovieron reuniones (TALLERES KAIZEN) con el responsable del proyecto (farmacéutico), responsables del bloque quirúrgico (coordinador y supervisora), jefes de servicios quirúrgicos (traumatología y neurocirugía), departamento de informática y proveedores, para obtener todas las visiones para la mejora del proceso.

Aplicando la herramienta JIDOKA (automatización), se ha desarrollado una aplicación informática para la gestión de los depósitos en el programa de gestión, mediante lectura de los códigos de barras del material de prótesis e implantes. Igualmente se ha desarrollado en la historia clínica para iPad del Hospital una herramienta para la lectura de los códigos de barras del material implantado que se realiza en el propio quirófano y durante el acto quirúrgico, por la circulante. Se crea un comunicado en el programa de gestión, que se envía directamente por mail al proveedor informando de la historia del paciente, fecha de la intervención, material implantado, lote y caducidad.

RESULTADOS: En cada momento es posible conocer el material depositado por cada proveedor, la fecha de entrada, su lote y caducidad; el material que está pendiente de reponer, y el material del depósito empleado en cada procedimiento quirúrgico en el que se empleó.

Se ha eliminado toda la burocracia en quirófano y se ha sustituido por un sistema Poka-yoke (Sistema anti-error) Se cumple al 100% la Normativa sobre comunicación de material implantado, sin posibilidad de olvidos ni errores humanos.

CONCLUSIONES: La técnica de gestión LEAN se destaca como herramienta central para conseguir la evolución de la cultura de atención sanitaria.

La consecución de una atención sanitaria excelente y segura requiere el incremento del tiempo dedicado a la atención directa de los pacientes. Eliminar acciones que no aportan valor añadido y disponer de más tiempo para aquellas acciones que sí disponen de valor.

Muchas veces nos equivocamos porque es más fácil hacerlo mal que bien, tenemos que intentar que sea realmente difícil equivocarse.

Para crear valor necesitamos proporcionar servicios ajustados a la demanda. Ni menos ni más.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

726. USO Y ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN OSTEOARTRITIS DE RODILLA

AUTORES: Martínez Valero A, Martí Llorca A, García Irazo E, Antón Torres R, Matoses Chirivella C, Navarro Ruíz A. Hospital General Universitario De Elche. C/ Camí De L'Almazara, 11. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: El ácido hialurónico(AH) es un glucosaminoglucano presente en el líquido sinovial(LS) de las articulaciones. En la osteoartrosis(OA) su concentración y grado de polimerización disminuyen, afectando a las propiedades reológicas del LS. La viscosuplementación es una terapia que consiste en la infiltración intraarticular de AH para aliviar el dolor y mejorar la función articular.

Los derivados del AH incluidos en la GFT de nuestro hospital son Adant®(hialuronato sódico) de administración semanal y SynviscOne®(Hilano G F-20) cuyo efecto puede durar hasta 54 semanas permitiendo administraciones cada 6-12 meses. Por ello, el uso de este último está regulado por unos criterios de utilización recogidos en un protocolo elaborado por la comisión de farmacia y terapéutica.

OBJETIVO: Analizar la utilización de los derivados de AH en pacientes con OA de rodilla y evaluar el grado de adecuación al protocolo que establece los criterios de uso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de marzo 2013 a marzo 2015 en el que se incluye a todos los pacientes con OA de rodilla a los que se les ha dispensado derivados de AH desde el servicio de farmacia. Datos recogidos: número de pacientes, servicio prescriptor y unidades dispensadas. Se compara el impacto económico de las dos alternativas aplicando los descuentos en el precio de adquisición. Para evaluar el grado de adecuación al protocolo se recogen los criterios que justifican la indicación del impreso de solicitud de SynviscOne® que cumple el facultativo; por otro lado, la prescripción de Adant® no está sujeta a ninguna restricción. El protocolo elaborado establece que SynviscOne® está indicado en (1) Pacientes en los que esté contraindicado más de una inyección intraarticular por: (1.1) Elevado riesgo de infección: neutropenia, tratamiento inmunosupresor concomitante. (1.2) Trastornos de la coagulación. (1.3) Otras causas de contraindicación: hiperglucemia tras infiltración, dificultad para infiltrar. (2) Pacientes con movilidad reducida que impida el uso de AH semanales: (2.1) Enfermedad concomitante: miastenia gravis, obesidad, aplastamiento vertebral. (2.1) Edad avanzada, paciente dependiente y demencia senil.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se dispensaron 6648 unidades de Adant® con un coste total de 179.496€. Respecto a SynviscOne® 228 pacientes fueron tratados, dispensándose 441 unidades con un coste de 61.740€ y la distribución de unidades utilizadas por servicios fue: Cirugía ortopédica-traumatología el 57%(252), Rehabilitación el 29%(130) y Reumatología el 13% (59). En el 71%(163) de los pacientes se cumplen los criterios de uso: el 8% por elevado riesgo de infección, 17% por trastornos de la coagulación, 28% por enfermedad discapacitante, 15% por edad avanzada y el 3% por otros motivos recogidos en el protocolo. El 29%(65) restante no cumplía la indicación alegándose los siguientes motivos: "fobia a las agujas" en el 50%(32), motivos laborales 27%(17), sobrecarga de trabajo 19%(12) y mala respuesta Adant® 5%(3).

CONCLUSIONES: De las dos alternativas disponibles en nuestro hospital para la viscosuplementación en OA de rodilla SynviscOne® es la que puede tener un mayor impacto presupuestario por su precio y el potencial número de pacientes. El protocolo de utilización de SynviscOne® demuestra ser una herramienta que ayuda a la contención del gasto, ya que alrededor del 70% los pacientes con SynviscOne® cumplen los criterios de uso.

127. ACTIVIDAD DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Menendez Naranjo L, Sanchez Garre Mj, Almanchel Rivadeneyra M, Muñoz Contreras C, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clinico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Las consultas de atención farmacéutica (CAF) surgen con la finalidad de responder a la necesidad farmacoterapéutica de los pacientes que acuden a consultas externas y hospital de día, además de fomentar el uso racional del medicamento mediante información al paciente. En estas consultas además, el farmacéutico puede realizar intervenciones respecto al tratamiento con el objeto de prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM). En nuestro hospital disponemos de dos CAF dependientes del Servicio de Farmacia. El objetivo del este estudio es evaluar la actividad de las CAF durante el año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de 1 año de duración (enero a diciembre 2014). Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica Silicon ® para pacientes ambulatorios y del sistema de Gestión de pacientes de nuestro hospital. Se obtuvieron las siguientes variables: número de dispensaciones a pacientes ambulatorios, números de pacientes externos asistidos, número de intervenciones farmacéuticas realizadas, número total de consultas con atención farmacéutica totales, número de primeras consultas, por patología y número de consultas sucesivas. Se considero primera consulta los inicios y cambios de tratamiento y como sucesivas aquellas en las que el farmacéutico consideró necesario realizar un seguimiento inmediato.

RESULTADOS: Durante el 2014 acudieron 4.127 pacientes externos, con un total de 43.034 dispensaciones realizadas. El número de consultas con atención farmacéutica fue de 3.595 de las cuales 1.735 (48,3%) fueron primera consulta y 1.860 (51,7%) sucesivas. El número de intervenciones farmacéuticas realizadas durante el 2014 desde las CAF fue de 2.742 (76,3) frente a los casos en los que solo se requirió información de la medicación (23,7%).

Respecto al número de primeras consultas de atención farmacéutica por patología encontramos: 419 consultas dirigidas a pacientes oncológicos en tratamiento con citostáticos orales, 365 a pacientes en tratamiento con factor estimulante de colonias/eritropoyesis, 182 a pacientes con VIH/Sida, 157 a pacientes con insuficiencia renal crónica/trasplante renal, 145 a pacientes con tratamiento antibacteriano, 102 a pacientes con artropatías, 95 a pacientes con virus de la hepatitis C, 59 pacientes con esclerosis múltiple, 34 a pacientes con fármacos usados en hipertensión pulmonar, 21 a pacientes con hepatopatía crónica por virus B, 14 a fibrosis quística y 267 para otras patologías.

CONCLUSIONES: 1- La actividad del área es elevada con un número importante de pacientes que requieren atención farmacéutica, tanto primeras consultas como sucesivas lo que supone un incremento del papel y de la implicación del farmacéutico especialista 2- Un gran porcentaje (73,3%) de consultas conllevaron intervención farmacéutica evitando y/o resolviendo así posibles PRM. 3- Los pacientes oncológicos son los más frecuentemente atendidos en las primeras CAF especialmente por la particular supervisión y control de su tratamiento, confirmación de la adherencia, control y manejo de efectos adversos y tratamiento de residuos tóxicos en el domicilio.

977. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES NO QUIRÚRGICOS

AUTORES: Jiménez Pichardo L, Gázquez Pérez R, Sierra Sánchez Jf, González Rosa V, Moreno Carvajal Mt, Alcalá Soto Á.

Hospital De Jerez De La Frontera. Carretera De Circunvalación S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: analizar la adecuación del uso de hierro carboximaltosa (HCM) en pacientes atendidos en hospital de día como punto de partida para determinar la necesidad de protocolización del fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo retrospectivo de cuatro meses de duración (Enero-Abril 2015) en el que se incluyeron pacientes ambulatorios del Hospital de Día Médico y Hospital de Día de Digestivo que recibieron HCM. Este periodo de tiempo se seleccionó tras detectar un incremento en el uso del fármaco respecto al mismo periodo del año 2014. Los datos recogidos fueron: servicio médico, edad, hemoglobina (Hb), dosis de HCM prescrita, lugar de residencia, dificultad de acceso venoso, necesidad de recuperar niveles de hierro antes de dos semanas, intolerancia al HS y riesgo de descompensación de enfermedad de base debido a la anemia. La información fue obtenida a través del módulo de dispensación a pacientes ambulatorios del programa PRISMA® y la historia clínica electrónica (DAH). Se consideró adecuado el uso de HCM cuando la dosis de hierro requerida fue mayor de 500 mg y se cumplió al

menos algunos de los siguientes criterios: residencia en diferente localidad del hospital, dificultad de acceso venoso, necesidad de corrección de hierro antes de dos semanas, comorbilidad con riesgo de empeorar debido a la anemia o intolerancia a HS.

RESULTADOS: se incluyeron 40 pacientes ambulatorios de los 74 que recibieron HCM en los Servicios de Medicina Interna (MI) y Digestivo (D). La edad media de los pacientes fue de 64 años (75 años en pacientes del MI y 52 en el D). La dosis media de HCM prescrita fue mayor en pacientes del MI (1400 mg vs 1200mg). La Hb media fue de 9,6 g/dl (DS 1,7). El uso de HCM fue adecuado en el 57% de los casos (catorce pacientes del MI y nueve del D). En el 95% de los casos no se especificaba la necesidad de recuperar los niveles de hierro antes de dos semanas. En 17 casos (47 %) existía una comorbilidad, siendo la arritmia la enfermedad más prevalente. De estos, 13 casos fueron pacientes del MI. 13 (32%) pacientes no residían en la misma localidad del hospital. Sólo un paciente tenía dificultad en el acceso venoso y únicamente un paciente no toleraba el HS.

CONCLUSIÓN: en cuatro de cada diez pacientes a los que se les prescribe HCM no se cumplen los criterios de uso adecuado del fármaco. Existe por tanto un alto grado de inadecuación en el uso del HCM, que podría mejorarse con la elaboración e implantación de un protocolo de uso del HCM que recoja estos criterios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

928. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Rebollo Díaz N, Maté Arbaiza P, Moreno Gómez AM, Hernández Villalba L, Vásquez Seoane M. Santos Reyes. Avenida Ruperta Baraya 6. Burgos. España

OBJETIVOS: Los fármacos biológicos dispensados en las unidades de pacientes externos representan un porcentaje importante del gasto total en medicamentos de uso hospitalario. En los hospitales comarcales, la prescripción de los mismos en ocasiones la realizan facultativos ajenos al centro.

Los objetivos de este estudio fueron cuantificar el impacto económico de este grupo de medicamentos en un hospital de primer nivel y analizar la utilización de los mismos.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo realizado en un hospital de primer nivel de 110 camas. Se cuantificó el consumo durante el año 2014 en fármacos biológicos para el tratamiento de patologías reumáticas (PR), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y psoriasis (PS) en la unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se revisaron todas las prescripciones recogiendo los siguientes datos: fármaco utilizado, posología, patología, médico prescriptor. Se analizó si la prescripción se ajustaba o no a algún protocolo implementado en el centro. Se localizaron los pacientes en los que el régimen de dosificación no se ajustaba a las condiciones de uso descritas en la ficha técnica del producto, cuantificando el impacto económico derivado de esta medida.

RESULTADOS: Se contabilizaron un total de 38 pacientes: 24 con PR, 8 con PS y 6 con EII. La distribución del consumo por fármacos fue la siguiente: adalimumab 182.396 €, anakinra 2.441 €, etanercept 80.667 €, golimumab 32.880 €, ustekinumab 17.026€. Este consumo supuso en 2014 un 15,5% del gasto total hospitalario. Más de la mitad de las prescripciones (63%) habían sido hechas por médicos ajenos al hospital; todas ellas correspondían a pacientes con PR, dado que el Servicio de Reumatología no existe dentro de la cartera de servicios del hospital. Es estos casos no se disponía, por tanto, de un protocolo implementado en el centro, ni tampoco a nivel de la Comunidad Autónoma; los informes médicos aportados no contenían información suficiente para evaluar la adecuación de la prescripción. Aunque sí existe Servicio de Digestivo, tampoco existe un protocolo aprobado en el centro para el tratamiento de la EII. Por el contrario, sí que se dispone de un protocolo establecido para el tratamiento de la PS y éste se siguió en 7 de los 8 pacientes.

Por lo que se refiere a los regímenes de dosificación, se amplió el intervalo respecto al recomendado en la ficha técnica en 2 pacientes con PR (1 adalimumab y 1 etanercept) y en 1 paciente con PS (adalimumab). El ahorro económico derivado de esta medida fue de: 13.394 € (todos ellos iniciaron el nuevo régimen durante el periodo de estudio, por lo que esta cifra no corresponde al ahorro anual).

CONCLUSIONES: La dispensación de fármacos biológicos en la Unidad de Pacientes Externos para el tratamiento de PR, PS y EII tiene una importante repercusión económica. En los hospitales de primer nivel es frecuente que la prescripción la realicen médicos ajenos al hospital por lo que resulta imprescindible establecer estrategias coordinadas con los hospitales de referencia con el fin de controlar el uso de los mismos.

65. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE POSACONAZOL

AUTORES: Meneses Mangas C, Martin Clavo S, Briegas Morera D, Bonilla Galana C, Romero Soria L, Bravo García-Cuevas L.

Centro Hospitalario Universitario De Badajoz. Avda. De Elvas Sn. Badajoz. España

INTRODUCCIÓN: Las infecciones fúngicas invasoras (IFI) constituyen un grave problema debido a su elevada incidencia, morbi-mortalidad e impacto presupuestario. Esta circunstancia obliga a implementar estrategias para optimizar el uso de la terapia antifúngica.

OBJETIVO: Analizar la utilización del Posaconazol valorando el cumplimiento de los criterios establecidos por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), su eficacia, seguridad y el impacto económico asociado.

MATERIAL Y METODOS: Posaconazol fue aprobado por la CFT como medicamento de uso restringido en nuestro hospital bajo unos criterios: Profilaxis de IFI en pacientes hematológicos diagnosticados de leucemia mieloide aguda (LMA), candidiasis orofaríngea e IFI refractarias a otros tratamiento.

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con Posaconazol entre Septiembre 2013-Abril 2015. La información se obtuvo de las historias clínicas y del programa de dispensación de medicamentos de dosis unitaria (Farmatools®), registrándose: edad, sexo, diagnóstico, indicación, posología, duración del tratamiento, terapias previas, datos analíticos y microbiológicos, evolución del paciente (mejoría clínica, necesidad de cambio de antifúngico o éxitus) reacciones adversas, interacciones y PVL del fármaco.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio fueron tratados 14 pacientes (71% hombres) con una edad media de 51 (18-86) años. La dosis media fue de 600mg/día y la duración media de tratamiento de días 18 días.

Los diagnósticos fueron:

En el 85,7% de los casos el uso de Posaconazol se ajustó a indicación, en un paciente se utilizó en el contexto de una neutropenia iatrogénica y en otro en tratamiento empírico como primera línea en posible IFI.

La evolución fue favorable en el 78.6 % de los pacientes y en 21.4% se precisó cambio de antifúngico por clínica sugestiva de IFI.

Entre las RAM observadas el 100% de los pacientes presentaron elevación de transaminasas y bilirrubina directa que cedieron al finalizar el tratamiento.

En cuanto al perfil de interacciones, se detectaron en el 100% de los episodios (interacciones con ranitidina), un paciente estuvo en tratamiento con ciclosporina.

El gasto total asociado fue de 38754,29 € siendo el coste medio del paciente de 2768,16 €.

CONCLUSIONES: La adecuación de la utilización de Posaconazol a las recomendaciones de la CFT fue elevada, sin embargo, la utilización en indicaciones no aprobadas, supuso un coste adicional de 18155.4€ y por ello debemos hacer un mayor control del mismo.

En cuanto a su perfil de eficacia presenta una tasa de respuesta clínica satisfactoria y en relación a la seguridad fue bien tolerado, pero debido a su elevado potencial de interacciones, es necesaria una estrecha monitorización para optimizar el tratamiento de cada paciente.

208. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE TOLVAPTAN

AUTORES: Meneses Mangas C, Martin Clavo S, Romero Soria L, Medina Comas R, Bonilla Galan C, Briegas Morera D. Centro Hospitalario Universitario De Badajoz. Avda. De Elvas Sn. Badajoz. España

INTRODUCCIÓN: Tolvaptán es un antagonista selectivo no peptídico de los receptores V2 de la vasopresina, aprobado para el tratamiento de la hiponatremia secundaria al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).

OBJETIVO: Analizar la utilización del Tolvaptán, valorando el cumplimiento de los criterios establecidos en ficha técnica así como su eficacia, seguridad y el impacto económico asociado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes tratados con Tolvaptán durante Mayo 2014-Mayo 2015.

La información se obtuvo de historias clínicas electrónicas y del programa de dispensación de pacientes externos (Farmatools®) registrándose: edad, sexo, diagnóstico, posología, duración del tratamiento, terapias previas, datos analíticos y reacciones adversas.

La respuesta se definió en base a los cambios en la natremia desde el valor basal hasta el día 4 y el día 30. La seguridad se evaluó en base a los acontecimientos adversos (AE) potencialmente relacionados con el tratamiento. El coste del tratamiento se calculó en función del PVL.

RESULTADOS: Se incluyeron 5 pacientes (4 hombre y 1 mujer) con edad media de 69 años (54-83). La dosis de Tolvaptán empleada fue de 13,5 mg/día (7,5-15) y la duración media del tratamiento fue 4 meses.

Las causas de hiponatremia fueron: 4 de origen neoplásico y uno de origen idiopático. El 60% de los pacientes cumplían criterios de SIADH. Dos pacientes presentaron criterios de exclusión durante el tratamiento: uno presentaba insuficiencia corticoadrenal y otro hipotiroidismo.

Todos los pacientes fueron tratados previamente con restricción hídrica, suero hipertónico y furosemida.

De los 5 pacientes 2 presentaban hiponatremia grave ($[Na^+] < 120$) y 3 hiponatremia moderada ($[Na^+] = 120-130$). La natremia media al inicio del tratamiento fue de 121,6 mmol/L(103-132) y el alcanzado al instaurar tratamiento fue de 135 mmol/L (127-141) a los 4 días y 139,7 (136-143) a los 30 días.

La evolución fue favorable en 2 pacientes y los restantes fallecieron durante el seguimiento por diferentes patologías de base.

En 4 pacientes se detectó ausencia de determinación de $[Na^+]$ a las 6 horas de la dosis inicial , observándose en dos de ellos tasas excesivas de corrección de sodio en 15 mmol/l en las primeras 24 horas.

En relación a los AE se observó una elevación de enzimas hepáticas en un paciente tras cuatro días de tratamiento (GGT: 532 (8-61)U/L, FA: 437 (40-129) U/L) aunque este paciente presentaba ya hipertransaminasemia al inicio.

El coste del tratamiento con Tolvaptán tuvo una media de 9907,88 € por paciente.

CONCLUSIONES: La adecuación de la utilización de Tolvaptán a las indicaciones autorizadas fue moderada. Su uso en otras patologías que cursan con hiponatremia hubiera revertido con un tratamiento adecuado a dicha patología ha supuesto un coste de 18.000 € adicional, lo que supone un seguimiento más exhaustivo y la inclusión del fármaco en el programa de Uso Restringido.

El Tolvaptan se considera una alternativa eficaz, ha demostrado incrementar los niveles de sodio en pacientes con hiponatremia y en cuanto a su seguridad presenta una tolerancia aceptable, aunque es necesaria la monitorización de pacientes con alteraciones hepáticas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

301. ANÁLISIS DE LAS DEVOLUCIONES DE LA MEDICACIÓN EN EL SISTEMA DE DISPENSACIÓN UNITARIA DE MEDICAMENTOS AL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES: Campabadal Prats C, Martínez Olalla P, Colomer Palomo J, Perez Mañosas R, Rodríguez Gallego D, Perello Junca A.

Consorci Sanitari de l'Anoia. av catalunya sn. Barcelona. España

OBJETIVO: Optimizar el sistema de distribución de la medicación en dosis unitarias analizando la magnitud y las causas de las devoluciones al Servicio de Farmacia

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo de seis semanas de duración (de lunes a viernes) en el que se analizaron diariamente las devoluciones de medicación al Servicio de Farmacia mediante el sistema de dispensación unitaria de medicamentos. Se analizaron los servicios de cirugía y medicina 2 a semanas alternas.

Los motivos de la devolución se extrajeron de la historia clínica de enfermería y medicina a través del programa informático SAVAC.

Los motivos de devolución se clasificaron en:

1. Alta
2. Traslado de cama
3. PRN
4. Cambio de vía, dosis, posología.
5. Retirado
6. No administrado por enfermería
7. Administrado y firmado por enfermería
8. Otros

RESULTADOS: Durante la duración del estudio se dispensaron 150.445 unidades de medicación, de las cuales un 49.36.% fueron devueltas al Servicio de Farmacia.

Las causas de las devoluciones fueron las siguientes: un 29.37% alta, un 1.03% traslado de cama, un 35.29% prn, un 1.19% cambio de vía, dosis o posología, un 7.53 % medicación retirada, un 11.64% no administrado por enfermería, un 12.70 % administrado y firmado por enfermería y un 1.24 % otros.

Los medicamentos más devueltos al Servicio de Farmacia fueron, en orden decreciente: metoclopramida iv, dexketoprofeno iv, tramadol iv, metamizol iv, paracetamol oral, ondansetron iv, captopril oral, lactulosa oral, nifedipino oral, metamizol oral.

CONCLUSIONES: Los resultados del estudio muestran una ineficiencia del sistema ante la cual el Servicio de Farmacia propone:

No se dispensaran los medicamentos pautados en prn, se ampliarán los estocs en planta de estos medicamentos.

Se propone una reunión interdisciplinaria con dirección, administrativos, enfermería y farmacia para coordinar los horarios de altas y traslados.

Dentro del grupo interdisciplinario de seguridad en el paciente se analizará el alto porcentaje medicación devuelta no administrada por enfermería y la medicación devuelta que consta administrada y firmada por enfermería.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

735. ANÁLISIS DE LAS LLAMADAS AL FARMACÉUTICO DE VALIDACIÓN/DISPENSACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA

AUTORES: Luri Fernández De Manzanos M, Irigoyen Rodriguez I, Echeverria Gorriti A, Burgui Alcaide C, Idoate García A, Ortega Eslava A.

Clínica Universidad De Navarra. Avda. Pío XII, 36. Navarra. España

OBJETIVO: En el Servicio de Farmacia central la mayor parte de las llamadas se reciben en el área de validación/dispensación (AVD) (el teléfono del AVD está codificado en el buscador del hospital como "farmacéutico de guardia"). Los farmacéuticos del área de Críticos y Oncología/Hospital de día resuelven consultas en estas áreas in situ.

En este trabajo se pretende analizar las llamadas recibidas en el teléfono del farmacéutico del AVD con el fin de proponer medidas de mejora y estimar el porcentaje de llamadas evitables con las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo en el que se recogen todas las llamadas entrantes al teléfono del farmacéutico del AVD durante 10 días laborables en horario de trabajo laboral, no de guardia. De cada llamada se recogió: persona que realizaba la llamada, unidad o departamento al que pertenecía, si estaba relacionada con fármacos, fluidoterapia o nutrición y el motivo de la misma. Tras el análisis de las llamadas se propusieron medidas de mejora y se estimó el porcentaje de llamadas evitables con las mismas.

RESULTADOS: Se registraron un total de 204 llamadas, con una media de 20,4 por día (mínimo de 15 y máximo de 29). El 64% fueron realizadas por enfermeras (un 13% desde consultas y un 87% desde unidades de hospitalización), el 26% por médicos (mayoritariamente de pediatría, medicina interna y psiquiatría) y el 10% por otros profesionales sanitarios.

El 88 % de las llamadas se relacionaron con fármacos (destacando un 32% relacionadas con antibióticos y un 23% con citostáticos), el 10 % con nutrición y el 2% con fluidoterapia.

En cuanto al motivo de la llamada, un 26% querían realizar consultas relacionadas con otras áreas diferentes al AVD (32% de nutrición, 19% de oncología, 17% de pacientes externos, 13% de farmacocinética, 11% de centro de información de medicamentos y 8% de otras áreas). El 21% tenían dudas sobre cómo gestionar medicación entre carros de envío de dosis unitaria (preparación en farmacia/planta, medicación ya preparada). El 17% querían obtener información sobre fármacos (dosis, presentaciones comerciales, faltas de suministro); un 9,3% tenían dudas sobre la administración y/o preparación de fármacos y otro 9,3% necesitaban información sobre productos no incluidos en el formulario del hospital. Finalmente, el 9% avisaban de prescripciones recién firmadas y/o para iniciar la preparación de medicamentos y el 8,4% otras cuestiones.

Como medidas de mejora se proponen: la elaboración de una guía de preparación de antibióticos especificando cuándo se preparan en farmacia/planta; mejorar el buscador de teléfonos web aclarando las extensiones de cada área; y formación de enfermeras en: herramientas informáticas disponibles de visualización de mezclas preparadas y en gestión de medicamentos fuera de carros.

La implantación de estas mejoras podría reducir las llamadas al AVD en un 41%.

CONCLUSIONES: El análisis de las llamadas al farmacéutico del AVD permite identificar medidas de mejora sencillas, como elaboración de guías o formación de enfermería en aspectos concretos identificados, que podrían reducir estas llamadas en un 41% y así optimizar el trabajo del farmacéutico y de otros profesionales reduciendo las interrupciones.

971. ANÁLISIS DEL COSTE DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS TRAS OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

AUTORES: De Leon Gil Ja, Otazo Pérez S, Merino Alonso J, Magdalena Álvarez L, Callejón Callejón G, Viña Romero Mm.

Hospital Universitario Nuestra Señora De La Candelaria. Carretera Del Rosario Sn. Santa Cruz De Tenerife. España

Introducción: El tratamiento con fármacos biológicos para las enfermedades reumáticas como la Artritis Reumatoide (AR), la Espondilitis Anquilosante (EA) o la Artritis Psoriásica (APSo) supone un importante impacto económico para los sistemas sanitarios. Es importante determinar la posología óptima de las terapias, maximizando su efectividad a la vez que se minimizan los efectos adversos y se ajustan los costes asociados. Se ha observado que en pacientes con AR o con EA en remisión clínica mantenida, puede considerarse disminuir la dosis o alargar el intervalo de tratamiento con terapias biológicas, reduciendo su gasto asociado y manteniendo su efectividad clínica. Recientemente se ha comunicado un documento de consenso sobre optimización de terapias biológicas avalado por el Ministerio de Sanidad, consensuado por la SEFH y la SER.

OBJETIVO: Evaluar el coste de las terapias biológicas en patologías reumáticas en un hospital de tercer nivel, comparando dos periodos de pre y post implantación de un protocolo de optimización de dosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de un periodo de 2 años de duración divididos en periodo preimplantación de un protocolo de optimización de dosis (junio 2012 a mayo de 2013) y postimplantación (junio 2013 a mayo 2014). El protocolo incluía las recomendaciones del documento de consenso sobre optimización y no utilizar infliximab 5mg/kg en pacientes no respondedores a dosis de 3mg/kg.

Se seleccionaron aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas (infliximab, etanercept, adalimumab, tocilizumab y abatacept) en enfermedades reumáticas (AR, EA, APSo) que estuviesen en tratamiento durante más de seis meses durante el periodo de estudio. Los datos (diagnóstico, fármaco, dosis, pauta posológica, duración de la terapia y dosis dispensadas/administradas) se obtuvieron a través del programa Farmatools®

Para la evaluación de los costes se utilizaron los PVL.

RESULTADOS: Se analizaron 541 casos, 277 pre- y 264 post-protocolo. Tras la aplicación del protocolo de optimización de dosis el coste medio por paciente se reduce de 11.115€/año a 10.827€/año, lo que se traduciría en un ahorro global frente al año anterior de 220.616€.

El fármaco con mayor reducción de gasto fue infliximab, disminuyendo el coste medio por paciente en un 22,8%, seguido de etanercept en el que se redujo en un 6,46%. Por el contrario el gasto medio aumentó en los tratamientos con abatacept y tocilizumab intravenosos.

El coste de terapias biológicas en práctica clínica, en ambos periodos, fue inferior al coste teórico según ficha técnica, si bien este ahorro fue superior tras la implantación del protocolo de optimización de dosis, alcanzando el ahorro medio por paciente/año de 1.493€ a 1.685€ en pre y postprotocolo respectivamente.

CONCLUSIONES: La implantación de un protocolo de optimización de dosis en terapias biológicas, supone un ahorro importante en el coste de estas terapias. El infliximab es el tratamiento intravenoso y el etanercept, el subcutáneo con mayores reducción de costes. En tratamientos intravenosos como tocilizumab y abatacept se requiere mejorar el seguimiento de la aplicación del protocolo y la selección de pacientes, así como valorar la opción de la vía subcutánea en determinados casos.

420. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CITAS DE LA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Taberner Bonastre P, Sangrador Pelluz C, Maiques Llácer Fj, Bellver Albertos M, Barrañón Pérez L, Soler Company E.

Hospital Arnau De Vilanova. San Clemente, 12. Valencia. España

OBJETIVOS: Comparar el grado de cumplimiento de los pacientes de las citas programadas en la Consulta Externa (CE) del Servicio de Farmacia entre abril de 2013 y 2015.

Comparar la carga de trabajo entre los dos periodos estudiados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis observacional retrospectivo de las visitas a la CE del Servicio de Farmacia en los meses de abril de 2013 y 2015 en un departamento con una población aproximada de 310.000 habitantes.

Se incluyeron todas aquellas visitas, registradas en la aplicación informática de dispensación a pacientes externos, realizadas de manera individualizada y se excluyeron las dispensaciones realizadas en bloque para la administración del tratamiento en las unidades técnicas del hospital.

Las variables registradas fueron: pacientes diarios que acudieron a la CE, servicio médico prescriptor y programación o no de la cita en OrionClinic®.

En caso de las visitas sin cita previa se analizó la causa y se consideraron como causas justificadas de dispensación sin cita previa las modificaciones de dosis, modificaciones de tratamiento y las visitas de inicio de tratamiento.

Los datos se extrajeron de las aplicaciones informáticas Farmasyst® módulo de dispensación y OrionClinic®. Se realizó un estudio analítico descriptivo con Microsoft Excel®.

RESULTADOS: Se dispensó medicación a 1.246 pacientes en abril de 2013 y a 1.473 en abril de 2015. De estos, en 2013 se atendieron sin cita programada el 45,6% (568/1246) y el 36,9% (543/1473) en 2015. El porcentaje de pacientes sin causa justificada de los que acudieron sin cita programada fue del 32,6% (162/568) en 2013 y del 22,1% (219/543) en 2015. En cuanto a las visitas sin cita programada por causas justificadas fueron por cambio de dosis un 3,7% (21/568) en 2013 y un 2,2% (12/543) en 2015; por cambio de tratamiento un 8,1% (46/568) en 2013 y un 8,1% (44/543) en 2015 y por inicios de tratamientos un 16,7% (95/568) en 2013 y un 30% (163/543) en 2015.

Los servicios con pacientes más incumplidores con el sistema de citas en 2015 fueron: la unidad de enfermedades infecciosas con 37,4% (122/326), oncología con un 15,6% (51/326), hematología con un 14,4% (47/326), digestivo con un 8,3% (27/326), dermatología con un 7,4% (24/326) y reumatología con un 6,7% (22/326).

La media de pacientes por día en abril de 2013 fue de 62 pacientes/día y en 2015 de 78 pacientes/día con un aumento del porcentaje de pacientes del 124,4% entre los periodos comparados.

CONCLUSIONES: En la actualidad se observa un mayor grado de cumplimiento de las citas en la CE con una reducción de más del 10% de las visitas no programadas por causas no justificadas respecto al año de implantación del sistema. Los valores superiores al 20% de los pacientes que sin causa justificada acuden a la consulta, hacen necesario el desarrollo de un circuito de comunicación entre los servicios médicos y Farmacia que permita seguir mejorando gestión de la CE.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

927. ANÁLISIS PUNTOS CRÍTICOS CIRCUITO UNIDOSIS

AUTORES: Macia Fuentes L, Perez Dominguez N, Terroba Alonso P, Rocha Adrián Mi, Fernandez Gonzalez A, Rojo Alvarez-Buylla C.

Hospital San Agustín. Camino De Heros 4. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar los puntos críticos de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) con el fin de implementar medidas que reduzcan las reclamaciones por parte del personal de enfermería

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de dos meses de duración en un Hospital General de 400 camas con el 80% de ellas en SDMDU.

Se creo un grupo multidisciplinar, incluyendo dos farmacéuticos, una supervisora de farmacia y los supervisores de las plantas con unidosis.

Se aplico un HACCP (análisis de peligros y puntos de control crítico) diseñando un diagrama de flujo e intentando localizar los posibles puntos críticos del proceso. Se diseñó una hoja de petición por unidad de hospitalización estandarizada para las reclamaciones de los medicamentos, consignando N° Hª clínica y medicamento. Posteriormente se analizaron y aclararon las incidencias durante dos meses de manera prospectiva con cada uno de los supervisores.

Para las probables incidencias se establecieron una serie de ítems; error de transcripción, pérdida de dosis por vómito o caída medicamento, error de interpretación de enfermería, falta de petición de fuera de guía, falta de Orden Médica u Orden Médica poco clara, envase multidosis finalizado, medicación aportada por el paciente, sustitución no comunicada, posología desajustada, dispensación de noche que no cubre dosis de mañana, paciente dado de alta y reingresado y regreso de Reanimación.

RESULTADOS: En total se detectaron 413 incidencias en el periodo de estudio (40 días), siendo el promedio de 10.32 incidencias/día.

La incidencia más habitualmente detectada fue en un 25% de los casos la dispensación de medicación que no cubría el turno de mañana, seguida por el error de transcripción con un 22,5% y por último la orden medica ambigua o poco clara con un 6%. En un 20% de los casos no se pudo averiguar el motivo de la falta de medicación en la unidad de enfermería. La tipología de los incidentes era la misma tanto en plantas quirúrgicas como médicas.

CONCLUSIONES: Es necesario un trabajo multidisciplinar para mejorar el SDMDU

Los puntos críticos sobre los que actuar son la transcripción y la dispensación de medicación en ausencia de farmacéutico.

Dentro de las opciones de mejora, se establece la necesidad de integrar el sistema de prescripción electrónica SELENE® con el programa de dispensación de farmacia Farmatools®.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

37. APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN SIX SIGMA PARA UN SERVICIO DE FARMACIA SIN PAPELES

AUTORES: Merino Alonso J, Tevar Afonso E, Ocaña Gomez Ma, Plasencia Garcia I, Suarez Gonzalez M, De Leon Gil A.

Hospital Nuestra Señora De Candelaria. Ctra. Del Rosario S/N. Santa Cruz De Tenerife. España

INTRODUCCIÓN: La metodología Lean Six Sigma consiste en la identificación y eliminación de actividades superfluas en los procesos asistenciales, de forma que solo se realicen aquellas que aportan valor a la organización y a los procesos.

OBJETIVOS: Aplicar la metodología Lean Six Sigma para eliminar el uso de papel en el proceso de prescripción de medicamentos en orden médica y solicitud por parte de enfermería de medicamentos a Farmacia. Eliminar procesos intermedios que puedan generar errores o retrasos en la imputación de consumos por paciente y Servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se establece un grupo de trabajo con personal de Farmacia, subdirecciones Médicas y de Enfermería, así como funcionales de Historia Clínica Electrónica (HCE) del hospital. En la Comunidad Autónoma se ha implantado el sistema SIEMENS para HCE: el médico prescribe el tratamiento farmacoterapéutico, el farmacéutico señala recomendaciones o modifica algunas prescripciones y la enfermera registra las administraciones. Desde el Servicio de Farmacia se validan los tratamientos, se imputan los consumos, y se prepara la medicación en carros de unidosis. El llenado de carros se realiza con Kardex y el programa Dominion, por lo que se disponen de interfaces a Kardex y Pyxis. Se explica la metodología Lean Six Sigma que se aplicará al proceso. Se cuenta con soporte externo al centro hospitalario para aplicar esta metodología. Se realizan 3 sesiones de trabajo en el que se establece un mapa de flujo de valor actual, se analizan los flujos en el proceso de los medicamentos, de la información procesada, de los médicos prescriptores, del personal de enfermería y del Servicio de Farmacia en un espacio temporal.

RESULTADOS:

Se registraron todas las incidencias generadas durante este pilotaje. Mediante un diagrama de Ishikawa, se analizan los motivos por los que desde la Unidad de Hospitalización se demanda medicación fuera del horario habitual de entrega del carro de unidosis, evaluando el proceso desde el punto de vista de incidencias del personal, materiales y método, realizando la medición cuantitativa de los episodios, analizando el entorno y equipos que afectan directamente al proceso.

Definimos un plan de acciones basado en 10 problemas detectados en el proceso, identificando la causa, estableciendo una o varias acciones correctivas, uno o varios responsables de las acciones y unos plazos para llevarlos a cabo, con el fin de eliminar la utilización de papel para solicitar medicamentos a Farmacia. Se inician las acciones en 5 Unidades de Hospitalización.

CONCLUSIONES: A pesar de eliminar el uso de órdenes médicas escritas, las solicitudes en papel de medicación por parte de enfermería sólo se han reducido en un 10%. Un nuevo soporte informático en entorno web que estamos implantando tras esta primera fase, permitirá la solicitud electrónica a Farmacia de medicación prescrita en la HCE.

Detectamos que hay tratamientos que no son prescritos por los médicos en la HCE, transcribiéndolo la enfermera a una solicitud en papel o aceptando órdenes verbales de tratamientos, para lo que tenemos que contar con la colaboración de ambas Subdirecciones para su erradicación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1109. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE CONTROL PREDICTIVO A LA GESTIÓN DE STOCKS EN FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Fernandez Garcia Mi, Isla Tejera B, Del Prado Llergo Jr, Velarde Rueda P, Jurado Flores I, Maestre Torreblanca Jm.

Hospital San Juan De Dios. Avda. Del Brillante, Nº 106. Cordoba. España

OBJETIVOS: La adquisición y almacenamiento de medicamentos son dos de las principales tareas de gestión que lleva a cabo el Servicio de Farmacia de un hospital. Por una parte deben satisfacerse las necesidades clínicas en todo

momento, pero las limitaciones económicas y las restricciones logísticas obligan a usar estrategias de compra que permitan almacenar la mínima cantidad. De ahí la importancia de aplicar una buena política de gestión que satisfaga objetivos contrapuestos. El objetivo de esta comunicación es evaluar y comparar tres técnicas de gestión diferentes para optimizar el número de pedidos que realiza el Servicio de Farmacia de un hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las técnicas evaluadas se basan en la utilización de un modelo matemático para predecir la evolución del stock a partir de las estimaciones disponibles acerca del comportamiento esperado de la demanda. Este tipo de técnicas son conocidas como Control Predictivo Basado en Modelo. Las técnicas evaluadas son:

1) Gestión con restricciones probabilísticas (GRP), donde se consideran la media y la desviación estándar de los datos históricos de la demanda para garantizar la satisfacción de las restricciones impuestas por el Servicio de Farmacia (por ejemplo, existencias superiores al stock de seguridad) con una cierta probabilidad.

2) Gestión basada en múltiples escenarios (GME), en la que las decisiones de adquisición de medicamentos se toman de forma que se garantice la satisfacción de las restricciones del Servicio de Farmacia en escenarios de evolución de la demanda basados en datos históricos. Es decir, si la demanda sigue patrones de comportamiento similares a los ya registrados, las restricciones son satisfechas.

3) Gestión basada en árboles de evolución (GAE), que es una variación del método anterior que agrupa los escenarios más probables en un árbol de posibilidades que se va ramificando a la vez que el comportamiento de los escenarios de evolución de la demanda diverge significativamente.

Estas tres técnicas han sido evaluadas en simulación para la gestión de un medicamento termolábil de alto impacto económico.

RESULTADOS: Una simulación de 230 días permite comparar la evolución esperada del stock siguiendo la política del hospital con la que se obtendría utilizando las alternativas consideradas. En concreto, el hospital realiza en dicho periodo 26 pedidos para obtener 394 unidades almacenadas de media y 186 de desviación típica. Frente a ello, los resultados de las técnicas evaluadas fueron: GRP (13 pedidos, 291 unidades de media y desviación estándar de 101), GME (18, 245 y 92) y GAE (13, 183 y 89).

CONCLUSIONES: Las metodologías propuestas optimizan la gestión, garantizando el abastecimiento de la demanda, y proporcionando además importantes ventajas como la disminución del espacio de almacenamiento necesario, reducción de la carga de trabajo mediante la reducción del número de pedidos, además de ahorros económicos en base a la disminución del nivel medio de stock. La diferencia entre el caso real y la simulación es lo suficientemente grande, tanto en el número de pedidos realizados como en el promedio almacenado, para considerar que la aplicación de este tipo de políticas en este contexto es prometedora.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

795. APLICACIÓN DE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES: López Centeno B, Alonso Castro V, Aranguren Oyarzábal A, Calvo Alcántara Mj, Cruz Martos E.

Subdirección General De Compras De Farmacia Y Productos Sanitarios. Sermas. Plaza Carlos Trias Bertran, 7. Edificio Sollube. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar los resultados de la implantación de un Índice Sintético de Eficiencia (IS) para mejorar la evaluación de los Indicadores de Utilización de Medicamentos establecidos como objetivos en los hospitales de una Comunidad Autónoma en 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: El IS se elaboró dentro del Grupo de Trabajo de Indicadores de Farmacia Hospitalaria formado por farmacéuticos de hospitales y de servicios centrales y directivos. El IS es un indicador agregado compuesto de varios indicadores parciales que representan una realidad de forma cuantitativa, facilitando su evaluación. Cada indicador parcial tiene un peso sobre el total en función del gasto farmacéutico implicado (tanto de receta como adquisición directa). Los criterios para seleccionar los indicadores del IS fueron: impacto del gasto en el hospital, líneas estratégicas del Servicio de Salud, efectividad y selección de pacientes. Fuente de datos: sistema de información autonómico que integra adquisiciones hospitalarias, dispensación a pacientes externos y receta e indicadores farmacoterapéuticos remitidos por los hospitales.

RESULTADOS: En el Contrato de Gestión que se firma anualmente con la Gerencia del Hospital el IS de farmacia supone 8,01 puntos (sobre 100) que han sido repartidos entre 10 indicadores: Coste de tratamiento por paciente adulto VIH (3,30), % pacientes adultos tratados con carga viral CV) indetectable (0,37), Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos (0,27), Coste de tratamiento por paciente Esclerosis Múltiple (EM)(0,82), Coste tratamiento por paciente Psoriasis (PSO)(0,50), Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriásica (ARPS) (0,26), Coste tratamiento por paciente Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)(0,81), Coste tratamiento por paciente Artritis

Reumatoide (AR)(1,38), % pacientes VHC nuevos con triple terapia fibrosis(F) \leq 2 (0,10) y %EFG en receta (0,20). El 97% del peso del IS corresponde a indicadores relacionados con dispensación ambulatoria y el resto a receta. Cada indicador se puntúa en función del valor alcanzado: 100% de ponderación si cumple el objetivo, 50% si se encuentra en 1º cuartil, 25% si se encuentra en 2º cuartil, 10% de ponderación si se encuentra el 3º cuartil y mejora un 3% respecto al año anterior y 0% si 3º cuartil y no mejora o 4º cuartil. Los cuartiles fueron calculados con datos del 2014. La media de puntuación del IS alcanzado en los 20 hospitales evaluados fue 6,23 puntos (3,77-7,83), equivalente a un cumplimiento del 78%. La distribución del total de puntuación por centro e indicador fue: VIH y CV indetectable (100%), EM (85%), EII (75%), ARPS (60%), antiangiogénicos y VHC triple terapia F \leq 2 (55%), PSO y AR (40%) y %EFG receta (5%). Los indicadores de VHC triple terapia F \leq 2 y %EFG receta tuvieron las mayores tasas de incumplimiento: 40% de centros con valor 0.

CONCLUSIONES: El IS ha permitido obtener un único valor comparativo entre los distintos hospitales del servicio de Salud que refleja el nivel de consecución de objetivos prioritarios de la organización, y su evolución temporal.

El seguimiento del IS durante un año ha permitido mejorar el contenido de los indicadores, la metodología de cálculo para años sucesivos y ha fomentado la participación de los profesionales en la definición de los indicadores.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

59. CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA, ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

AUTORES: Fernandez Lopez Eg, Ocaña Gomez Ma, Plasencia Garcia I, Tevar Alfonso E, Diaz Ruiz P, Merino Alonso J. Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria. Carretera General Del Rosario S/N. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVO: Conocer y evaluar el grado de satisfacción de nuestros clientes internos. Analizar la evolución anual de los resultados obtenidos desde 2010 hasta 2015 e iniciar acciones de mejora y/o correctoras en caso necesario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñan las encuestas de satisfacción (anónimas y voluntarias), con 10 preguntas estructuradas en las que se valora de manera numérica en un rango de 0 a 5 puntos los diferentes ítem relacionados con la efectividad y calidad del Servicio de Farmacia: accesibilidad al servicio, amabilidad en el trato, profesionalidad, comunicación efectiva, calidad de la información, facilidad en la tramitación, tiempo de respuesta, resolución de problemas, nivel tecnológico y conformidad con los **RESULTADOS:** Se envían anualmente a los distintos profesionales sanitarios: personal de enfermería/técnico especialista, supervisor de enfermería, personal facultativo, jefes de servicio y jefes de sección.

Los resultados se han analizado en función de: año, categoría profesional, ítem solicitado y grado de satisfacción global, siendo éste último la media de la puntuación obtenida en los distintos ítem.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se han recogido un total 774 encuestas, con una media de 129 encuestas/año.

Se observa una tendencia creciente en la puntuación de los distintos ítem, obteniendo un máximo en todos y cada uno de ellos en el año 2013. Posteriormente se observa un descenso progresivo durante 2014 y 2015.

En cuanto al grado de satisfacción global se observa la misma tendencia, partiendo de una puntuación de 3,72 en 2010; alcanzando un máximo de 4,03 en 2013 para posteriormente descender a 3,58 en 2015.

Los jefes de servicio y supervisores son los que mejor valoran el Servicio de Farmacia.

El ítem con más puntuación ha sido accesibilidad, seguido de profesionalidad.

El ítem peor valorado ha sido facilidad en la tramitación.

CONCLUSIONES: -La puntuación obtenida refleja un período de estabilidad durante 2010-2013 y un período crítico los años posteriores. Esta disminución de la satisfacción en general con el servicio, coincide con una época de cambios, implantación de la historia clínica electrónica, modificación del programa de prescripción electrónica y gestión automatizada de pedidos (MRP), entre otros. Entendemos que cualquier cambio en los procesos constituye una dificultad, necesita un proceso de aprendizaje y adaptación. Es necesario seguir midiendo el grado de satisfacción de nuestros clientes y poder confirmar que esta ha sido la causa.

-Un aspecto a mejorar en el servicio es la tramitación. Entre las acciones propuestas se incluyen la simplificación del proceso de petición de medicamentos, mejoría de la información y reducción del número de formularios según el tipo de medicamento (extranjeros, especial control, fórmulas magistrales, estupefacientes, medicamentos no incluidos en guía, medicamentos de alto impacto económico, etc...).

-La medida del grado de satisfacción con respecto al tiempo nos permite identificar puntos críticos y determinar si las acciones de mejora llevadas a cabo, una vez estabilizadas se traducen en un mayor grado de satisfacción por parte del usuario.

97. COMPROMETIDOS CON LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: IMPLANTACIÓN DE UN GESTOR DE PACIENTES

AUTORES: Moro Agud M, Moreno Ramos F, Jiménez Nacher I, González Fernández Ma, De Sebastián Rueda M, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Pº Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVO: La fusión de dos hospitales conllevó un incremento de la demanda asistencial en el Área de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos. Debido a ello, se realizó un proyecto Lean 6-sigma para rediseñar los circuitos de esta área. Una de las acciones resultantes del mismo fue la implantación de un gestor de turnos y canalización de pacientes. El objetivo del trabajo fue evaluar los resultados obtenidos con la implantación de esta herramienta de mejora. **MATERIAL Y METODOS:** Se creó un equipo multidisciplinar que estableció los requisitos técnicos que debía de presentar la aplicación informática en función de los procesos del área y la tipología de pacientes. Se crearon 6 "Tipos de turno": Continuaciones de tratamiento (CT), Inicios de tratamiento (IT), Modificaciones de tratamiento (MT), Fórmulas magistrales (FM), Factores de coagulación (FC) y Ensayos clínicos (EC). Se definieron 7 puestos de atención con prioridades específicas: 3 ventanillas con auxiliares de enfermería y 4 despachos de atención farmacéutica. Se impartió formación a todo el personal del área y se configuraron indicadores de actividad, tiempo y funcionamiento. Se evaluaron resultados de los 3 primeros meses de actividad (15-enero a 15-abril 2015). **RESULTADOS:** Resultados de actividad: el número de atenciones realizadas a pacientes fue de 15.217: siendo 12.467 atenciones en ventanilla y 2.750 en despacho farmacéutico. Según el tipo de turno, se atendieron: 11.588 CT, 1.381 IT, 1.311 MT, 363 FC, 349 FM y 263 EC. El 52,9% de pacientes acudió entre las 10.30h y las 12.30h, al explotar los datos según la franja horaria; lo cual aporta información sobre la evolución de la actividad a lo largo de la jornada. Resultados de tiempo de espera: el tiempo medio desde la llegada a la sala hasta ser atendido fue de: 9 minutos en las CT, 7 minutos en los IT, 11 minutos en las MT, 5 minutos en los FC y 4 minutos en las FM y EC. Esto suponía un tiempo medio de espera global de 8,37 (DE 4,92) minutos. Resultados de funcionamiento: se calculó el número de ocasiones en que los profesionales redirigieron al paciente a un tipo de turno diferente ("reenvíos") por haberlo seleccionado incorrectamente. Se recogieron 353 reenvíos el primer mes, 323 el segundo y 205 el tercero, lo que supuso una disminución del 41,9% con el rodaje del sistema. El porcentaje de reenvíos fue muy similar en todos los tipo de turno, oscilando entre el 4,7% y el 7,2%. **CONCLUSIONES:** La implantación de un gestor de turnos ha permitido mejorar las condiciones de espera de los pacientes, establecer flujos directos de atención y medir tiempos de espera; concluyendo que se encuentran en un promedio aceptable. Ha proporcionado información sobre la tipología de pacientes atendidos y cómo se reparten las cargas de actividad en el área; lo cual permite ayudar a reorganizar el resto de tareas teniendo en cuenta los tramos horarios de concentración de pacientes. Asimismo, se ha podido evaluar la evolución en el uso de la herramienta por parte de los mismos.

996. DETERMINACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL PROCESO DE FABRICACIÓN DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES INNOVADORES TRAS SU AUTORIZACIÓN

AUTORES: Mayo López C, Andrés Rosado A, Bravo Lázaro C, García Rebolledo Em, Fernández Román Ab, García Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. C/ Camino Del Molino, 2. Madrid. España

OBJETIVO: Las diferencias estructurales existentes entre medicamentos biosimilares y sus fármacos de referencia (innovadores) pueden generar incertidumbre en torno a la utilización de biosimilares.

Nuestro objetivo es determinar las modificaciones estructurales de los anticuerpos monoclonales innovadores tras la aprobación inicial por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo llevado a cabo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los Anticuerpos monoclonales (mAb) comercializados en España hasta Octubre de 2014, excluyendo aquellos mAb empleados como fármacos diagnósticos. Se recogieron los siguientes datos: fecha de autorización (FechaAUTO), fecha y tipo de la modificación. Se definió como variable principal la tasa anualizada (TAFÁRMACO) de modificaciones en el proceso de fabricación (número modificaciones/año).

Las modificaciones en el proceso de fabricación se definieron como aquellas producidas durante el proceso de fabricación y que afectan a la sustancia activa y/o excipientes. Se realizó un análisis de regresión lineal simple (SPSS v.15.0)

para determinar la relación existente entre el tiempo transcurrido desde la autorización del mAb innovador (variable independiente) con el número de modificaciones en el proceso de fabricación (variable dependiente). La fuente de datos empleada fueron los informes EPAR de la EMA (disponibles en: <http://www.ema.europa.eu/ema/>).

RESULTADOS: Se incluyeron en nuestro estudio 24 mAb. A continuación se muestran los resultados obtenidos:

Rituximab: FechaAUTO: Junio/98; Número cambios: 23; TAFÁRMACO:1.40 modificaciones/año.
Basiliximab: FechaAUTO: Octubre/98; Número de cambios: 12; TAFÁRMACO:0.75 modificaciones/año.
Infliximab: FechaAUTO: Agosto/99; Número cambios: 47; TAFÁRMACO:3.09 modificaciones/año.
Palivizumab: FechaAUTO: Agosto/99; Número cambios: 16; TAFÁRMACO:0.65 modificaciones/año.
Trastuzumab: FechaAUTO: Agosto/00; Número cambios: 11; TAFÁRMACO:0.77 modificaciones/año.
Adalimumab: FechaAUTO: Septiembre/03; Número cambios: 17; TAFÁRMACO:1.53 modificaciones/año.
Cetuximab: FechaAUTO: Junio/04; Número cambios: 14; TAFÁRMACO:1.35 modificaciones/año.
Bevacizumab: FechaAUTO: Enero/05; Número cambios: 9; TAFÁRMACO:0.92 modificaciones/año.
Omalizumab: FechaAUTO: Octubre/05; Número cambios: 9; TAFÁRMACO:0.99 modificaciones/año.
Natalizumab: FechaAUTO: Junio/06; Número cambios: 12; TAFÁRMACO:1.44 modificaciones/año.
Ranibizumab: FechaAUTO: Enero/07; Número cambios: 10; TAFÁRMACO:1.28 modificaciones/año.
Eculizumab: FechaAUTO: Junio/07; Número cambios: 12; TAFÁRMACO:1.63 modificaciones/año.
Panitumumab: FechaAUTO: Diciembre/07; Número cambios: 10; TAFÁRMACO:1.45 modificaciones/año.
Certolizumab: FechaAUTO: Mayo/08; Número de cambios: 8; TAFÁRMACO:1.24 modificaciones/año.
Tocilizumab: FechaAUTO: Enero/09; Número cambios: 5; TAFÁRMACO:0.86 modificaciones/año.
Ustekinumab: FechaAUTO: Enero/09; Número cambios: 6; TAFÁRMACO:1.03 modificaciones/año.
Canakimumab: FechaAUTO: Octubre/09; Número cambios: 4; TAFÁRMACO:0.80 modificaciones/año.
Golimumab: FechaAUTO: Octubre/09; Número cambios: 12; TAFÁRMACO:2.39 modificaciones/año.
Ofatumumab: FechaAUTO: Abril/10; Número cambios: 8; TAFÁRMACO:1.76 modificaciones/año.
Denosumab: FechaAUTO: Mayo/10; Número cambios: 2; TAFÁRMACO:0.45 modificaciones/año.
Belimumab: FechaAUTO: Julio/11; Número cambios: 3; TAFÁRMACO:0.92 modificaciones/año.
Ipilimumab: FechaAUTO: Julio/11; Número cambios: 1; TAFÁRMACO:0.30 modificaciones/año.
Brentuximab: FechaAUTO: Octubre/12, Número cambios: 2; TAFÁRMACO:0.99 modificaciones/año.
Pertuzumab; FechaAUTO: Marzo/13); Número cambios: 0 TAFÁRMACO:0 modificaciones/año.

El 96% de los mAb (23/24) han sufrido cambios en el proceso de fabricación que afectan y que afectan a la sustancia activa y/o excipientes. El número de cambios realizados en el proceso de fabricación se correlaciona con el tiempo que lleva el medicamento en el mercado ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: -Los anticuerpos monoclonales innovadores no son idénticos estructuralmente al producto inicialmente aprobado por la EMA.

-Existe una relación lineal positiva entre el tiempo transcurrido desde la comercialización y el número de modificaciones llevadas a cabo en el proceso de fabricación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

873. DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: UN RETO PARA LOS SERVICIOS DE FARMACIA

AUTORES: Manso Manrique M, Rodríguez Marrodán B, Quiñonero Moreno L, Juárez Barrios I, Lillo Calvo AM, Sánchez Guerrero A.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. MANUEL DE FALLA, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: La demora en la preparación y recepción del tratamiento en el Hospital de día Médico (HDD), es un importante indicador que mide la satisfacción de los pacientes en la valoración del Servicio de Farmacia.

El objetivo del estudio es realizar el registro y análisis del tiempo empleado en las distintas fases del proceso de elaboración de quimioterapia, para realizar un plan de mejora que disminuya los tiempos de espera del paciente en HDD.

MATERIAL Y MÉTODOS: El periodo de estudio fue el mes de mayo de 2015. Se registraron: número pacientes diarios de HDD con preparaciones por Servicio, tiempo desde confirmación del tratamiento en HDD hasta validación por el farmacéutico, tiempo desde validación hasta finalización de preparación y control de calidad por la enfermera de Farmacia, tiempo de llegada del tiga de HDD a Farmacia (incluyendo tiempo máximo de espera de la preparación

finalizada), tiempo de demora total desde la confirmación del tratamiento en HDD hasta la recogida del tratamiento por el TIGA de HDD y tiempo de demora por intervalos horarios(8-10h, 10-12 h, 12-14h).

RESULTADOS: Número de pacientes registrados: 946. Número medio diario de pacientes de HDD con preparación: 49,78(62-27). Número medio de pacientes con tratamiento por Servicio: Oncología(30), Hematología(10), Reumatología(3), otros(6). Distribución por día de la semana: martes 57 preparaciones, lunes y miércoles(54), jueves(47) y viernes(39). Oncología presentó el mayor número medio de pacientes los miércoles(37) y Hematología lunes y jueves(15).

Tiempo medio de demora desde la confirmación del tratamiento en HDD hasta la validación por el farmacéutico: 17 minutos(14-22), desde la validación por el farmacéutico hasta la finalización de la preparación y control de calidad: 38 minutos(0:22-1:14h), de llegada del TIGA de HDD a Farmacia: 34 minutos y de demora total: 1:07 h(0:52-1:31h). Número de pacientes en intervalo de 10-12h: 22 con demora media 1:11h, de 8-10h: 17(incluyendo preparaciones programadas del día) con demora 1:06h y de 12-14h: 9 con demora 1:01h.

Durante el periodo del estudio hubo 16 preparaciones con tiempo de demora total superior a 2h(1,67% del total) y 114 preparaciones entre 1:30 y 2h(11,8% del total).

228 de los pacientes(23,7% del total) tuvieron una espera desde el final del control de calidad hasta la recogida del TIGA entre 20 y 50 minutos.

CONCLUSIONES: Para mejorar la satisfacción de los pacientes es importante realizar un registro y análisis que permita realizar un plan de mejora con el objetivo de disminuir los tiempos de demora en la preparación y recepción de los tratamientos en HDD.

El tiempo medio de espera fue próximo a 1h, siendo mínimo el número de pacientes con una espera mayor de 2h. Sería útil revisar la organización del trabajo en los horarios con mayor acúmulo de preparaciones, así como conseguir un transporte más eficiente del medicamento preparado.

Es necesario que las herramientas informáticas empleadas en el proceso de elaboración permitan medir los tiempos empleados e informar a todos los profesionales implicados, en qué fase del proceso se encuentra la preparación en todo momento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1128. EL RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA COMO DOCENTE: UNA REALIDAD DESCONOCIDA

AUTORES: Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya Fj, Buló Concellón R, Romero Hernández I, Blanco Sánchez G, Manzano Martín Mv.

Hospital Univ. Puerta Del Mar. Avda. Ana De Viya, 21. Cádiz. España

OBJETIVO: El farmacéutico residente desempeña una labor importante, aunque no muy evaluada, en la enseñanza del estudiante de farmacia. El objetivo de este estudio fue conocer la opinión de los estudiantes sobre la actividad docente del residente de farmacia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo observacional. Encuesta autocumplimentada por estudiantes de farmacia de las Universidades de Granada y Sevilla durante el último año de su formación universitaria durante los cursos académicos 2011-2012, 2012-2013 2013-2014 y 2014-2015 después de rotar por una Unidad de Farmacia Hospitalaria. Se evaluó la opinión de los estudiantes en relación con las habilidades docentes y asistenciales de los residentes y de los facultativos especialistas según una escala de Likert de 5 puntos.

RESULTADOS: Se obtuvieron 84 encuestas. Un 70 % de los alumnos percibían al residente como fuente de más de la mitad de lo aprendido durante sus prácticas. Los estudiantes piensan que la labor docente del residente no está suficientemente reconocida (93.75 %), creen necesaria la adquisición de habilidades docentes si hicieran la residencia en el futuro (83.75 %) y se muestran favorables a tutorizar a alumnos de prácticas si fueran residentes (85 %). Además, puntúan mejor al residente en habilidades motivacionales en comparación con los facultativos especialistas.

CONCLUSIONES: Existe una percepción positiva del residente como docente entre los estudiantes de farmacia, lo que sugiere la necesidad de mejorar las habilidades docentes de los mismos y su reconocimiento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

663. EL USO «OFF LABEL» DE FÁRMACOS EN EL HOSPITAL SEIS AÑOS DESPUÉS DEL RD

AUTORES: Velasco Rocés L, Alaguero Calero M, Gómez De Segura Iriarte L, Zapico García I, Rosado María Mc, Sacristán De Lama Mp.

Hospital Universitario Central De Asturias. Av/ Roma S/N. Asturias. España

Objetivo. Realizar un análisis descriptivo del uso de fármacos "off label" seis años después de la entrada en vigor del RD 1015/2009 de Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Para la obtención de la información se utilizó como herramienta una base de datos Access® denominada "Situaciones especiales" diseñada y desarrollada en el Servicio de Farmacia en el año 2005 y adaptada a las nuevas necesidades tras la entrada en vigor del RD 1005/2009. En ella se incluyeron todos aquellos campos necesarios para realizar una correcta trazabilidad de las solicitudes desde su entrada en Farmacia hasta su aprobación o denegación por la autoridad competente (Dirección del Centro o Servicio de Salud): Fecha de solicitud, fecha de resolución, NHC, principio activo, medicamento, indicación solicitada, médico y Servicio peticionario, farmacéutico que había elaborado el informe con la recomendación recomendación y el coste del tratamiento completo. Tras el cambio de legislación, además de elaborar un procedimiento dentro del Hospital para garantizar el uso seguro de los fármacos en estas situaciones, se realizaron protocolos de forma consensuada con los Servicios peticionarios de aquellos fármacos-indicación utilizados con más frecuencia fuera de ficha técnica que posteriormente se aprobaron en la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

RESULTADOS: Desde Enero de 2009 a Mayo de 2015 se tramitaron en el Hospital 816 solicitudes de usos "off label" de medicamentos. Más del 90% de estas se correspondían a fármacos de tres grupos farmacoterapéuticos: 67,5% del grupo L (Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores), 19,4% del Grupo N (Sistema Nervioso), y 8,3% del Grupo H (Terapia hormonal). Los Servicios que han hecho un mayor uso de fármacos "off label" son; Oncología Médica (29%), Oftalmología (20%), Dermatología (3,8%), Ginecología (1,8%) y Digestivo (1,6%) y Reumatología (1,4%). Desde el año se han realizado las siguientes solicitudes: 207 (año 2009), 287 (año 2010), 75 (año 2011), 139 (año 2012), 74 (año 2013), 64 (año 2014) y 38 (enero-Mayo 2015). El 90% de las mismas fueron autorizadas. En este periodo se elaboraron y aprobaron ocho Protocolos "fármaco-indicación para su uso "off label": cuatro del Servicio de Oftalmología, uno de Dermatología, 1 de Oncología Médica uno de Anestesia, uno de Otorrinolaringología y otro de Ginecología.

CONCLUSIONES: El registro informatizado de todas las solicitudes de uso de medicamentos "off label" permite tener una trazabilidad de las mismas.

La existencia de un procedimiento en el Hospital de "Disponibilidad de Medicamentos en situaciones especiales" es una herramienta útil para garantizar la seguridad de los pacientes.

En los últimos años se ha producido una reducción en el número de solicitudes de uso de fármacos fuera de ficha técnica, debido a la realización de Protocolos para los fármacos más solicitados en esta situación y con amplia experiencia de uso. De esta forma se reducen las labores burocráticas en las que el farmacéutico no aporta valor añadido.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

250. ENCUESTA SATISFACCION DEL PACIENTE: HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL UNIDAD PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Fernandez Espinola S, Palomo Martinez C, Herrero Mayorga D.

Hospital De Antequera. C/ Poeta Muñoz Rojas, S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) tras la implantación de distintas modificaciones funcionales en dicha unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: La UPE atiende a un gran número de pacientes y de patologías diversas. Para garantizar una actuación farmacéutica individualizada se atiende a los pacientes mediante sistema de citas (cita previa), utilizando el programa informático citaweb del Servicio Andaluz Salud. Esta actividad es desarrollada por un auxiliar administrativo del servicio.

Cumpliendo con el proceso de calidad de mejora continua, en 2014 se realizó una encuesta de satisfacción de forma aleatoria a 25 usuarios de la UPE. Esta encuesta constaba de 17 ítems puntuables de 1 a 4 (a mayor puntuación mejor valoración), agrupados por temas: espacio físico, organización de la consulta, acto de dispensación y atención farmacéutica recibida. Detectándose dos áreas de mejora:

1. Mejorar sistema de citas para ofrecer una mayor flexibilidad al paciente en la cita programada con la UPE.
2. Mejorar privacidad del paciente en el acto asistencial farmacéutico-paciente.

En respuesta a la primera área de mejora, se habilitó un número de teléfono donde el paciente pudiese llamar para solicitar o cambiar la cita, favoreciendo la conciliación de la consulta-UPE con otras citas en otras consultas y así evitar desplazamientos innecesarios al paciente.

En respuesta a la segunda, se decidió cambiar el procedimiento de aviso (megafonía en la sala espera) para que el paciente que se encuentra esperando sepa que es su turno y acceda a la consulta de la UPE. Así, en vez de usar el

nombre del paciente decidimos utilizar los últimos dos dígitos del NHUSA (número historia único de salud), favoreciendo la privacidad del paciente.

RESULTADOS: En 2015 se volvió a realizar una nueva encuesta de satisfacción, con los mismos ítems que el 2014 (más dos ítems nuevos con las modificaciones funcionales realizadas) con el fin de evaluar el grado de satisfacción y las modificaciones implantadas. Contestaron la encuesta 25 pacientes seleccionados aleatoriamente.

- Los ítems referidos al sistema de citas de la UPE: flexibilidad y conciliación de citas, obtuvieron una media de 2.8 puntos en las encuestas de satisfacción de 2014 y de 3.85 puntos (21 pacientes valoraron con 4 puntos y 4 con 3 puntos) en las encuestas del 2015.

- Los ítems referido a la privacidad y confidencialidad del acto asistencial farmacéutico-paciente (incluidos la valoración del nuevo sistema de aviso para acceder a consulta), obtuvieron una media de 3.1 puntos en las encuestas de satisfacción de 2014 y de 3.4 puntos (13 pacientes valoraron con 4 puntos, 9 pacientes con 3 puntos y 3 pacientes con 2 puntos) en las encuestas del 2015.

CONCLUSIÓN: - Las encuestas de satisfacción constituyen una herramienta de gran utilidad para detectar áreas de mejora en nuestro trabajo diario.

- El teléfono de citas ha sido muy valorado por los usuarios de la consulta de la UPE.

- El nuevo procedimiento de aviso para acceder a consulta ha sido valorado positivamente pero sin alcanzar los resultados esperados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

974. ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ÁREA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA

AUTORES: López Broseta Pa, Jornet Montaña S, Sanchez Parada L, Vuelta Arce M, Martín Marques M, Canela Subirada M.

Hospital Universitari Joan XXIII. C/ Dr Mallafré Guasch N4. Tarragona. España

OBJETIVO: Comparar diferentes aspectos relacionados con la dispensación ambulatoria(DA), dentro de nuestra comunidad autónoma, que puedan ayudar a adquirir conocimientos del método de trabajo de otros hospitales en esta área.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una encuesta sobre diferentes aspectos relacionados con la organización, los recursos humanos y físicos destinados a esta área y el tipo de asistencia realizada al paciente externo.

La encuesta constaba de 14 preguntas de tipo respuesta múltiple, respuesta única y respuesta escrita. Se envió por email a través de la lista de distribución de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria(SEFH) a todos los socios.

RESULTADOS: Respondieron 30 hospitales de nuestra comunidad. El 59%(17) tenía entre 101-300 camas con una media de 4 farmacéuticos, el 17%(5) entre 301-500 con una media de 6 farmacéuticos, el 17%(5) entre 501-1000 con una media de 12 farmacéuticos y el 7%(2) menos de 100 camas con un farmacéutico.

13 de los Hospitales tenían farmacéuticos internos residentes (FIR), con una media de 3 residentes en los hospitales de entre 101-500 camas y de 7 residentes en los que tenían entre 501-1000 camas. El FIR que rotaba por el área de DA era mayoritariamente el residente de tercer año (58%).

Un 93%(28) de los hospitales realizaba atención farmacéutica(AF). Un 43%(12) tenía destinado un farmacéutico para realizarla, un 32%(9) tenía 2, un 14%(4) tenía 3 y un 11%(3) tenía 4 o más farmacéuticos.

El 97% de los farmacéuticos encargados del área de DA se encargaba también de otras áreas (unidosis, oncología-hematología, etc).

En todos los hospitales que realizaban AF, ésta se hacía al inicio del tratamiento, sin embargo, sólo la realizaban en las visitas de seguimiento un 68%(19) de los encuestados; ya sea mensualmente 20%, trimestralmente 32% o semestralmente 13%.

Un 96% de los hospitales realizaba AF en VHC, un 82% en VIH, un 79% en artritis reumatoide, un 75% en oncología-hematología, un 75% en VHB y un 54% en esclerosis múltiple.

El tiempo medio empleado en las visitas de inicio era de 15' en un 57% de los casos e inferior a 10' en un 75% de las visitas de seguimiento.

Un 77% de los hospitales disponían de consulta/despacho para realizar AF.

Además del farmacéutico, que dispensaba medicación en 23 de los 30 hospitales, el personal encargado de esta función estaba formado por: técnicos de farmacia (50%), auxiliares de enfermería (25%), técnicos de grado superior (17%) y enfermería (8%).

CONCLUSIONES: Se observó variabilidad entre las áreas de DA de los hospitales, tanto en recursos humanos como físicos. No todos los hospitales realizaban AF en las mismas patologías ni con la misma frecuencia, pero se observaba un predominio en VHC y VIH.

Tanto el residente que rotaba por el área de DA, como el personal que dispensaba, variaba en cada hospital.

Las diferencias observadas en cuanto a los modelos de atención farmacéutica y dispensación ambulatoria nos hacen pensar que serían necesarias unas directrices sobre cómo desarrollar la actividad y los recursos necesarios para desarrollarla.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

920. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ESTATINAS EN UN AREA DE SALUD

AUTORES: Almanchel Rivadeneyra M, Galindo Rueda Mdm, Muñoz Contreras Mc, Tomás Luiz A, Ruiz Jiménez Mdm, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N, 30120. Murcia. España

OBJETIVO: Analizar la tendencia del consumo de estatinas en el Área I de la Región de Murcia (AI) respecto a la tendencia nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de utilización de estatinas en el AI, con una población de 239.723 habitantes. Se compararon los datos disponibles del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde el año 2006 hasta el 2012 con los del AI.

Se calcularon las Dosis Habitante Día (DHD) anuales totales y por principio activo; la DHD representa las dosis diarias definidas (DDD) por mil habitantes y día, calculada a través de la fórmula: $DHD = (mg \text{ dispensados} \times 1000) / (DDD \text{ (mg)} \times \text{días de estudio} \times \text{n}^\circ \text{ de habitantes})$.

Se realizó un primer análisis global de todas las estatinas y un segundo análisis de 4 principios activos: atorvastatina y simvastatina por ser las opciones más coste-efectivas y rosuvastatina y pitavastatina por no haber supuesto un avance terapéutico según los diferentes posicionamientos terapéuticos de las diferentes comunidades autónomas.

RESULTADOS: Consumo global de estatinas (CGE):

Periodo 2006-2008: En el AI fue muy superior al de España; en 2006 72,46DHD versus 43,52, en 2007 75,85 versus 49,99 y en 2008 90,32 versus 58,11 respectivamente.

Periodo 2009-2010: Disminuyó de forma significativa en el AI respecto a la tendencia creciente nacional, con 65,11DHD versus 68,28 en 2009 y 65,9 versus 76,78 en 2010 respectivamente.

Periodo 2011-2012: volvió a crecer en el AI, pero con cifras inferiores a las del territorio nacional, con 75,36DHD versus 82,64 en 2011 y 82,42 versus 91,65 en 2012, respectivamente.

A partir de 2012 no se dispone de datos nacionales; en el AI el consumo siguió creciendo con 88,69DHD en 2013 y 98,44 en 2014.

Consumo de estatinas por principio activo:

Atorvastatina(ATV) tuvo un comportamiento similar al CGE. En el AI aumentó en el periodo 2006-2008, disminuyó en 2009-2010 y finalmente retomó la tendencia creciente, mientras que a nivel nacional se mantuvo siempre creciente; con 41,92DHD vs 18,27 en 2006, 45,62 vs 21,92 en 2007, 57,77 vs 26,36 en 2008, 40,14 vs 32,03 en 2009, 36,8 versus 35,26 en 2010; 40,57 versus 38,62 en 2011 y 44,98 versus 42,08 en 2012 respectivamente.

Simvastatina(SMV) creció de forma casi lineal en España, de 13,35DHD en 2006 a 29,6 en el año 2012; en el AI creció discretamente, de 10,29DHD en 2006 a 11,92 en 2012 y 14,58 en 2014.

Rosuvastatina(RSV) empezó a prescribirse en 2009 con un crecimiento constante desde entonces; 0,34DHD vs 0,27 en 2009 y 12,6 vs 7,78 en 2012, AI y España respectivamente. En 2014 la DHD del AI fue de 13,28.

Pitavastatina(PTV) su consumo comenzó en 2011, siendo este creciente y constante; con 0,87DHD vs 0,27 en 2011 y 2,57 vs 1,64 en 2012, AI y España respectivamente. En 2014 la DHD del AI fue de 3,57.

CONCLUSIONES: 1. El AI consume más RSV y PTV y menos ATV y SMV que España.

2. Se debería analizar las causas del bajo consumo de SMV en el AI y controlar el consumo de RSV y PTV.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

958. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE METOLAZONA

AUTORES: Martí Llorca A, García Irazo E, Andújar Mateos A, Antón Torres R, Matoses Chirivella C, Navarro Ruiz A. Hospital General Universitario de Elche. C/Camí de l'Almassera, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: La metolazona es un diurético tiazídico, utilizado en la práctica clínica en la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), y en la insuficiencia renal crónica (IRC) sólo o asociado a otro diurético, según la bibliografía consultada. No está comercializado en España, por lo tanto se solicita al Ministerio de Sanidad como medicamento extranjero, con informe clínico que justifique su uso. Concretamente, aquellos casos que presenten resistencia o respuesta insuficiente a otros diuréticos, tal y cómo figura en las guías de práctica clínica.

El objetivo de este estudio es evaluar el uso de metolazona en nuestro hospital en cuanto a ajuste a las guías de práctica clínica y eficacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en un hospital general, durante un periodo de tres años (2012-2014), de todos los pacientes ingresados tratados con metolazona.

Los datos recogidos por paciente son: datos demográficos (sexo y servicio clínico) y datos clínicos (diagnóstico principal, dosis inicial de metolazona, dosis de furosemida previas a su prescripción y tratamiento concomitante con ésta, días de tratamiento, tratamiento de metolazona al alta y resolución clínica).

RESULTADOS: Se incluyen 30 pacientes en tratamiento con metolazona durante el periodo de estudio (50% hombres), a cargo de los servicios médicos de Medicina interna, Cardiología, Nefrología y Cirugía Vascular. De éstos, 6 (20%) estaban diagnosticados de IRC y 24 (80%) de ICC.

La dosis de metolazona fue de 5mg/24h en 25 pacientes con furosemida asociada en el 100% de los casos.

Respecto a las dosis de diurético previas, un 50% de los pacientes tuvieron pautadas dosis altas de furosemida previas a su utilización, un 43.3% dosis estándar de furosemida y a un 6.7% habían recibido furosemida previamente.

La duración del tratamiento fue inferior a 10 días en el 46.7% de los pacientes, de 10 a 20 días en el 33.3% y superior a 20 días en el 20% de los pacientes. En cuanto a la efectividad, el 23.3% de los pacientes presentó un fracaso terapéutico, mientras que en un 76.7% se objetivó mejoría clínica.

En relación al tratamiento de metolazona al alta hospitalaria, el 23.3% de los pacientes se le mantuvo prescrita y a un 76.7% se le suspendió.

CONCLUSIONES: La metolazona es un fármaco que se utiliza relativamente poco y a diferencia de lo recomendado en las guías de práctica clínica, únicamente la mitad de los pacientes han estado en tratamiento con furosemida a dosis altas previamente a su uso.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

885. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS CON INFILIXIMAB EN REUMATOLOGÍA PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DEL FARMACO

AUTORES: Sánchez Hernández Jg, Laso Lucas E, García García Mdp, Pérez Ayuso Mp, Fernández De La Fuente Ma, Calvo Hernández Mv.

Complejo Universitario De Salamanca. Pº De San Vicente, 258-182. Salamanca. España

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de los tratamientos con infliximab en el hospital de día de reumatología previo a la implantación de la optimización de tratamientos con infliximab mediante la monitorización de concentraciones séricas del fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, de dos años de duración (2013-2014).

Los datos clínicos de los pacientes fueron recogidos de las historias clínicas y del módulo de ambulantes del programa Farmatools®. Se registraron datos demográficos (edad, sexo y peso), el tipo de patología: artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APS) y otras). Así mismo se recogieron datos relativos al tratamiento (dosis, intervalo posológico, fecha de inicio y fin del tratamiento) y si procedía, se analizó el motivo de la suspensión (ineficacia, efectos adversos, mejoría y otras causas). Se consideró ineficaz el tratamiento de aquellos pacientes en los que hubo progresión clínica y datos analíticos sugerentes de enfermedad (VSG, PCR, DAS28 y BASDAI).

Los datos fueron registrados en un archivo de Microsoft Excel®, y procesados estadísticamente con el programa SPSS®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se analizaron 54 pacientes (50% mujeres) la mediana de edad fue de 57 años con un rango de [30-83] años, 28 de ellos con EA, 17 AR, 8 APS, y 1 otros.

A 13 de los pacientes (24%) se les suspendió el tratamiento con infliximab, 6 debido a ineficacia (46%), 2 por efectos adversos (15%), 1 por mejoría clínica (8%) y por otros motivos a 4 (31%).

El principal motivo de suspensión del tratamiento con infliximab fue la ineficacia del mismo (11,1% del total de pacientes) siendo la patología de AS donde se encontraron más casos (2 del total de pacientes (25,0%)), seguido de

AR (3 pacientes (18,0%)), mientras que para la EA se obtuvieron los mejores datos de eficacia (1 paciente (3,5% de fracasos)) coincidiendo con dosis superiores del anti-TNF.

La duración del tratamiento hasta detectar ineficacia fue muy variable con un rango comprendido entre [20-118] meses y una mediana de 46 meses.

A 29 pacientes (53,7%) les fue optimizado el tratamiento con infliximab, bien reduciendo la dosis inicial y/o espaciando el intervalo de dosificación, mientras que en 3 pacientes (6,0%) se intensificó el tratamiento aumentando la dosis.

CONCLUSIONES: Las actuaciones terapéuticas adaptadas ante ineficacia o toxicidad de infliximab en reumatología se han realizado de forma empírica. Estas modificaciones de tratamiento podrían ser optimizadas con mayor seguridad mediante la monitorización terapéutica del fármaco y sus anticuerpos, lo que permitiría la toma de decisiones seguras e informadas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1105. ESTUDIO DEL USO Y SEGUIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS FUERA DE INDICACIÓN

AUTORES: Guarc Prades E, Alcácer López Ma, Salvador Gómez T, Cumbras Sánchez Mj, Allende Bandrés M, Alonso Triana Ym.

Hospital Clínico Lozano Blesa. Avda/San Juan Bosco, Nº 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: El uso de fármacos en condiciones diferentes a las autorizadas es muy frecuente en algunos tipos de tratamientos. Es la Comisión de Fuera de Indicación del hospital quien se encarga de evaluarlos y valorar cada cuánto tiempo es preciso remitir un informe de seguimiento con los resultados del tratamiento al Servicio de Farmacia. Los objetivos del presente estudio son conocer el uso y seguimiento de los medicamentos fuera de indicación aprobados y la eficacia de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel desde el 01/01/2014 hasta el 31/12/2014. Criterios de inclusión: medicamentos aprobados en condiciones diferentes a las autorizadas según el Comité de Fuera de Indicación del hospital. Fuentes de información: informes médicos de seguimiento sobre resultados del tratamiento de los medicamentos fuera de indicación aprobados y que se remiten al Servicio de Farmacia. Datos recogidos: número de solicitudes aprobadas, Servicios que solicitaron los medicamentos fuera de indicación, fármacos solicitados e indicación correspondiente, número de informes médicos de seguimiento recibidos, eficacia del tratamiento, continuación o no del mismo y sus razones.

RESULTADOS: Se registraron 47 solicitudes aprobadas de medicamentos fuera de indicación correspondientes a 22 fármacos diferentes, de los cuales el más demandado fue omalizumab (50% de solicitudes con indicación de asma intrínseca grave y urticaria tópica espontánea principalmente), seguido de adalimumab (18,2% para enfermedad de Behcet y edema macular bilateral), lanreótido (angiodisplasia) y micofenolato de mofetilo (lupus/esclerodermia/dermatomiositis) con un 13,6% de solicitudes cada uno. El Servicio de Alergología resultó ser el que más tratamientos solicitó (19,1%); le siguen el Servicio de Oftalmología y Neurología (10,6% cada uno) y el Servicio de Dermatología y Reumatología (8,5% cada uno). Fueron 36 los informes médicos de seguimiento recibidos en el Servicio de Farmacia correspondientes al 72,3% de los tratamientos aprobados con medicación fuera de indicación. De ellos, un 73,5% resultaron eficaces y un 58,8% continuaron con el tratamiento. Las razones de discontinuación fueron: 45,5% por falta de eficacia, 36,4% por finalizar tratamiento, 9,1% por efectos adversos y 9,1% por voluntad propia del paciente. Hubo 3 tratamientos aprobados que no se iniciaron.

CONCLUSIONES: Los medicamentos fuera de indicación aprobados han resultado en su mayoría eficaces. Pese a que la mayor parte de clínicos que solicitan dicha medicación realizan un informe médico de seguimiento del tratamiento, no todos informan. Se debe hacer hincapié en la necesidad de tener un mecanismo de control de estos medicamentos fuera de indicación de ficha técnica, para así evitar un uso creciente de los mismos sin el suficiente aval científico y que pueda originar una disminución de la calidad de asistencia farmacoterapéutica al paciente. De ahí el importante papel que desempeñan las Comisiones de Fuera de Indicación y los Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1214. EVALUACIÓN DE INCIDENCIAS RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ANTES Y DESPUÉS DE LA PRESCRIPCIÓN ELCTRÓNICA ASISTIDA

AUTORES: Camean Castillo M, Díaz Navarro J, Fénix Caballero S, Palomo Palomo C, García De Paredes Esteban Jc, Blanco Castaño Má.

Hospital Universitario Puerto Real. Ctra. Nacional Iv, Km 665. Cádiz. España

OBJETIVO: Estudiar el número y distribución de incidencias relacionadas con la disponibilidad de medicamentos en los pacientes ingresados antes y después de la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo del registro de faltas de medicación en el área del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, requeridas por las diferentes unidades de hospitalización. Se registraron las incidencias de disponibilidad de medicamentos durante 5 meses previos a la implantación de la PEA y posteriormente durante un mes.

Las incidencias, definidas como faltas en la medicación de los pacientes ingresados reclamadas a la UGC de Farmacia, se clasificaron del siguiente modo: nuevo ingreso, modificación manual del tratamiento no notificado a farmacia, traslado del paciente a otra unidad, error de dispensación en el servicio de farmacia, error en enfermería o petición de medicación no incluida en guía farmacoterapéutica del hospital.

Se comparó el número y los motivos de las incidencias registradas antes de la PEA y tras ésta.

RESULTADOS: Se registraron 2,38 incidencias/día en el período comprendido antes de la implantación de la PEA, frente a 1,42 incidencias/día tras la misma, lo que supuso una reducción del 40,3% en el número de incidencias al día. La proporción de días con al menos una incidencia sin embargo se mantuvo constante, 64,6% vs 65,4% respectivamente.

El número de incidencias antes y después de la implantación del nuevo sistema de prescripción fue la siguiente: nuevo ingreso, (0,61 vs 0,35 incidencias/día; -43,4%), modificación manual del tratamiento no notificado a farmacia (0,49 vs 0,27 incidencias/día; -45,4%), error de dispensación en el servicio de farmacia (0,97 vs 0,54 incidencias/día; -44,6%) y otros motivos (0,064 vs 0,027 incidencias/día). El número total de incidencias/día fue menor tras el cambio.

No se observaron variaciones en la distribución de los tipos de incidencias registradas antes y después de la instauración de la PEA: nuevo ingreso, (25,7% vs 24,3%), modificación de tratamiento no notificado a farmacia (20,7% vs 18,9%), error de dispensación en el servicio de farmacia, (40,8 vs 37,8%) y otros motivos.

CONCLUSIONES: 1. El número de incidencias relacionadas con la disponibilidad de medicamentos se redujo casi a la mitad tras la PEA. No se reduce el número de días con alguna incidencia.

2. El modo en el que se distribuyen los motivos por los que faltan medicamentos en las plantas de hospitalización se mantuvo constante antes y después del cambio.

3. Menos de la mitad de los casos en los que se reclamaron medicamentos se pudo atribuir al Servicio de Farmacia. En una cuarta parte de los casos se reclamaban tratamientos de nuevos pacientes ingresados y en una quinta parte se trataban de modificaciones manuales de órdenes de tratamiento no notificadas al Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1200. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DESABASTECIMIENTOS Y ALERTAS FARMACÉUTICAS EN EL STOCK Y EN EL PACIENTE

AUTORES: Blanco Castaño MA, Fénix Caballero S, Camean Castillo M, García de Paredes Esteban JC, Gándara Ladrón de Guevara MJ, Borrero Rubio JM.

Hospital Universitario de Puerto Real. CN IV km 665. Cádiz. España

OBJETIVO: Evaluar las implicaciones de los desabastecimientos de medicamentos y alertas farmacéuticas de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) en la gestión de stock del servicio de farmacia. Analizar las repercusiones de estas en la dispensación de medicamentos al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los desabastecimientos de medicamentos y alertas farmacéuticas de la AEMPS realizados entre el 01/01/2015 y el 31/05/2015. Se diseñó una aplicación en MS Access® en la que se registró la fecha de la comunicación de desabastecimiento o alerta, el medicamento implicado, el tiempo de demora en su resolución y las repercusiones ocurridas en el tratamiento del paciente (modificación del tratamiento, retraso en la dispensación, disminución de la cantidad dispensada o ninguna repercusión). Para cada uno de los desabastecimientos se registró, además, la causa del desabastecimiento (definida como demora en el suministro del proveedor, desabastecimiento temporal de comercialización o rotura de stock) y la acción realizada (préstamo de otro hospital, cambio de proveedor, búsqueda de alternativa terapéutica o tramitación como medicación extranjera). En el caso de las alertas de la AEMPS se consideró el tipo de alerta (desabastecimiento temporal de comercialización o alerta de seguridad), y la acción realizada (retirada lotes, solicitud como medicación extranjera o búsqueda de alternativa terapéutica).

RESULTADOS: En el periodo de estudio se registraron 121 desabastecimientos y 26 alertas de la AEMPS. La principal causa de desabastecimiento (70,2%) fue la rotura de stock del servicio de farmacia y la acción realizada en todos los

casos fue la solicitud de préstamos a otros hospitales. La segunda causa mayoritaria fue el desabastecimiento temporal de la comercialización (18,2%), recurriéndose en 7 casos a alternativas terapéuticas, 1 cambio de proveedor, 9 solicitudes de medicación extranjera y 5 préstamos de otros hospitales. Por último, el desabastecimiento debido a demora en el suministro por el proveedor ocurrió en el 11,6% de los casos, recurriéndose en 4 ocasiones a cambios de proveedor y 10 veces a préstamos de otro hospital. De todos los desabastecimientos registrados, sólo 11 (9,1%) tuvieron consecuencias en la dispensación de medicación al paciente: retraso en la dispensación (N=2), modificación del tratamiento (N=7) y disminución de la cantidad suministrada (N=2). En cuanto a las alertas, sólo 15 (57.7%) de ellas afectaron al servicio de farmacia por tratarse de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital. Las alertas de seguridad ocurrieron en un 66,7% (recurriéndose en todos los casos a la retirada de los lotes afectados) y de desabastecimientos temporales de la comercialización en el resto, en los que se procedió a la solicitud del medicamento como medicación extranjera.

CONCLUSIONES: La principal causa de desabastecimiento fue la rotura de stock del propio servicio de farmacia, que podría evitarse en gran parte con el aumento del stock. La principal causa de alertas fue por motivos de seguridad, supuso una retirada total de los lotes y un retraso en la dispensación. La situación más difícil de paliar es el desabastecimiento de comercialización, siendo la segunda causa, provocó con cierta frecuencia cambios de medicación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

991. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Rovira Vergés O, Pola Robles N, Pardo Gracia C, Soler Blanco N, Sagales Torra M, Mas Lombarte Mp. Hospital General De Granollers. Avda. Francesc Ribas, S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: Conocer la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) y evaluar el impacto de las medidas de optimización aplicadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en Mayo de 2015. Se invitó a los pacientes que acudían a la UFPE a responder una encuesta, de forma voluntaria, de 12 preguntas; un apartado de datos generales (edad, sexo y fecha de inicio de tratamiento), 8 preguntas cerradas, de tipo Likert, con 5 posibles respuestas (1: totalmente en desacuerdo, y 5: muy de acuerdo) en relación al servicio recibido y a las mejoras implementadas en Enero 2015 (agilización del sistema informático y de dispensación, eliminación de actividades sin valor añadido y mejoras en la seguridad de dispensación), 2 preguntas sí/no y porqué, sobre los problemas para retirar medicación y la posibilidad de recoger medicación con cita previa, 1 pregunta cerrada de puntuación 0-10 sobre el grado de satisfacción con la UFPE y 1 pregunta abierta para sugerencias.

RESULTADOS: 48 pacientes respondieron la encuesta; 47,3±9,8 años de media, 54% hombres. El 92% llevaba ≥ 1 año recogiendo medicación.

Cuando los pacientes fueron preguntados sobre la información recibida y resolución de dudas por el personal de la unidad, manifiestan una valoración media de 4,1/5. Se valora que el farmacéutico ha informado sobre el tratamiento en algún momento con una puntuación media de 3,81/5. Los pacientes afirman consultar al farmacéutico ante cualquier duda con una valoración media de 3,17/5. Cuando son preguntados por si encuentran excesivo el tiempo de espera cuando acuden a la UFPE, la puntuación media está en 3,25/5.

Respecto a las preguntas relacionadas con las medidas de optimización implantadas, se les pide comparar la actualidad con el año 2014; valoran con una puntuación de 3/5 a la percepción de cambios en la UFPE y a creer que la UFPE ha mejorado. La sensación de mejora en el tiempo de espera y en el tiempo que se les dedica, es valorada con una puntuación de 2,83/5 y 2,85/5, respectivamente.

El 25% de los pacientes manifestaron algún problema para retirar medicación, las causas más habituales: receta caducada (67%) y problemas con el horario de apertura de la UFPE (17%). El 81% de los pacientes no son partidarios de recoger la medicación con cita previa, alegando comodidad y mejor conciliación con el trabajo.

El grado de satisfacción con el servicio en la UFPE obtiene una valoración media de 8,58/10. El 28% de las sugerencias dejadas por los pacientes fueron comentarios positivos. En cuanto a los comentarios de mejora están relacionados con: la accesibilidad (33%), poder retirar más medicación (19%), tiempo de espera (14%) y comodidad de la sala de espera (14%).

CONCLUSIONES: Destacamos una buena satisfacción media (8,58/10) con la atención en la UFPE, sobresaliendo la valoración a los profesionales (4,1/5) y a la atención farmacéutica (3,81/5).

Las medidas de optimización implementadas no han sido percibidas por los pacientes. Debemos seguir trabajando en campos como accesibilidad, comodidad, tiempo en la sala de espera, coordinación con departamentos prescriptores y de gestión de clientes, principales comentarios de mejora.

536. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Camps Ferrer M, Garcia Sanchez V, Agusti Maragall C, Moreno Gil Q, Miarons Font M, Campins Bernadas L. Hospital De Mataró. Carretera De Cirera S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: -Analizar la satisfacción percibida por los pacientes atendidos en la Unidad de Paciente Externo del Servicio de Farmacia.

-Comparar los resultados de la satisfacción de los pacientes en dos periodos distintos después de realizar medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal en una Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia de un hospital de segundo nivel. Siguiendo el procedimiento de mejora continua establecida por la acreditación ISO9001:2008, se realizó una encuesta de satisfacción durante el mes de abril de 2014 y posteriormente en abril de 2015, después de establecer medidas de mejora. Se ofreció a los pacientes la realización de una encuesta en la que puntuaban, de 1 a 4 puntos, 8 aspectos: accesibilidad al dispensario, estructura adecuada, rapidez, amabilidad, profesionalidad, horario, accesibilidad al farmacéutico y utilidad de la información recibida. Finalmente había un espacio para expresar libremente puntos fuertes y débiles del sistema.

RESULTADOS: En 2015 la encuesta fue cumplimentada por 60 pacientes (34 hombres) la mayoría con edad comprendida entre 50-65 años (43.3%). Respecto al año anterior todos los ítems habían aumentado su puntuación. Las mejoras que se aplicaron a raíz de la encuesta del 2014 se vieron reflejadas en una mayor satisfacción por parte de los pacientes: ampliación de horario (mejora de un 15% en la puntuación) e implantación de un programa específico de atención farmacéutica (diferencia de un 15% respecto año anterior). La amabilidad (con un 25%) y el acceso fácil a un farmacéutico (17%) son los aspectos que consideran de más valor. La valoración global del Servicio de Farmacia fue de 9,1 puntos sobre 10.

CONCLUSIONES: Las encuestas son una buena herramienta para detectar puntos débiles en los circuitos. De los resultados obtenidos se pueden implantar medidas de mejora. El grado de satisfacción del paciente ambulatorio es mayor gracias a la continuidad en la mejora asistencial. Gran parte de la mejora de los resultados fue debida a la implantación de un programa de atención farmacéutica, el siguiente paso sería evaluar este programa de forma específica

1229. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN DE BOTIQUINES

AUTORES: Gómez De Segura Iriarte L, Plano Sánchez Ai, Lázaro López E, Martínez Torrón A, Zapico García I, Sacristán De Lama Mp.

Hospital Universitario Central De Asturias. Ada. Roma, S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de satisfacción del personal de las unidades con el nuevo sistema de solicitud, preparación y distribución de pedidos de reposición de botiquín. Identificar aspectos susceptibles de mejora derivados de las sugerencias aportadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: En junio de 2014 se implantó el nuevo sistema de gestión de botiquines: solicitud a través de una aplicación web SAP® (tras su puesta a punto como programa de gestión), preparación de pedidos con carrusel horizontal automatizado Kardex® y distribución mixta manual y a través de vehículos de guiado automático (AGV) (100% automatizada en el caso de sueros y medicamentos de gran volumen). Se elaboró una encuesta con ocho preguntas cerradas (Nada de acuerdo - En desacuerdo - Indiferente - De acuerdo - Muy de acuerdo - NS/NC) entregada a las supervisoras de todas las unidades aprovechando la revisión anual de botiquines en marzo de 2015. Los ítems recogidos en el cuestionario hacían referencia a la información recibida acerca del manejo de la nueva aplicación de solicitud y del nuevo calendario y horarios de reparto, el contenido del botiquín, la recepción de pedidos en el tiempo acordado y la frecuencia de aparición de incidencias. Se evaluó la satisfacción global y se incluyó un campo libre para observaciones y sugerencias. Se recogió también el tipo de unidad (de hospitalización, consulta, hospital de día, quirófano, otros). Los datos se registraron y procesaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®.

RESULTADOS: Se entregaron 73 encuestas y se cumplimentaron 33 (45,2%). El 45,5% correspondía a unidades de hospitalización, el 12,1% a consultas, el 12,1% a hospitales de día y el 21,2% a otras unidades; en 3 cuestionarios se carece del dato. Respecto a la adecuada difusión de información sobre la nueva aplicación y los calendarios/horarios

de reparto más del 70% se mostraron de acuerdo o muy de acuerdo. El 72,7% respondieron positivamente a si se acordó el contenido del botiquín con la unidad. Más del 50% consideraron que el contenido se ajusta a las necesidades y un 33,3% estuvieron en desacuerdo. El 93,9% confirmó que los pedidos llegan en el tiempo estipulado. Las incidencias se producen con poca frecuencia o nunca (57,6%), una vez c/2 meses (18,2%), una vez c/mes (18,2%) o una vez c/semana (6,1%); más del 70% cree que se resuelven con agilidad. El 72,7% se mostró satisfecho con el nuevo sistema. En comparación con el anterior, el 45,4% cree que ha mejorado poco o nada, el 33,3% bastante y el 12,1% mucho. Se indicaron observaciones respecto a la composición inadecuada de los botiquines.

CONCLUSIONES: La información proporcionada por Farmacia antes de la puesta en marcha del nuevo sistema fue adecuada. Nueve meses después de la implantación, se valoró favorablemente su funcionamiento en base a criterios de tiempo de recepción de pedidos y frecuencia de incidencias. El grado de satisfacción global del personal fue muy positivo, comparable al anterior sistema. Sin embargo, es necesario reevaluar el contenido cuali y cuantitativo de los botiquines para ajustarlo a las nuevas necesidades de cada unidad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

327. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DISPENSADOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Edo Solsona Md, López Molina Am, Monte Boquet E, Gil Gómez I, Lorente Fernández L, Poveda Andrés JI. Hospital Universitari I Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Evaluar las condiciones de conservación de todos los medicamentos que se dispensan en la Unidad de Pacientes Externos (UFPE) y elaborar una guía actualizada sobre la estabilidad de los medicamentos termolábiles con el fin de garantizar la eficacia y la seguridad de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo llevado a cabo en un hospital terciario de 1.000 camas. Se evaluaron todas las especialidades farmacéuticas dispensadas en la UFPE durante el año 2014. Las características de los fármacos evaluadas fueron: grupo terapéutico, forma farmacéutica, características de conservación, caducidad, fórmulas magistrales y medicamentos extranjeros. La información se extrajo de las fichas técnicas de la Agencia Española del Medicamento (AEMyPS), el BotPlus® y las bases de datos del hospital Orion Logis® y Druida®. Los datos no disponibles en las bases de datos mencionadas se solicitaron a los laboratorios fabricantes.

RESULTADOS: Durante el 2014 se dispensaron en la UFPE 1.046 especialidades farmacéuticas diferentes siendo el 22,2% medicamentos termolábiles y suponiendo un coste cercano a los 23 millones de euros. De los 232 fármacos termolábiles, un 30,6% pertenecía al grupo "Sangre y órganos hematopoyéticos" y un 26,3% a "Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores", según el código ATC. Los grupos menos abundantes fueron el "Sistema respiratorio" y "Sistema cardiovascular", con un 0,9% y un 1,3%, respectivamente.

En cuanto a las formas farmacéuticas, el 44% y el 20,3% de los medicamentos termolábiles se dispensaron en forma de jeringas precargadas y viales, respectivamente. En orden decreciente el resto de formas farmacéuticas fueron: jarabes, colirios, cartuchos, plumas, comprimidos, cápsulas, ampollas, pomadas y aerosoles.

De todos los fármacos termolábiles el 49,1% requirieron especial protección de la luz, el 0,4% de la humedad y el 0,9% de ambos.

La información acerca de la caducidad figuraba en la ficha técnica en el 73,7% de los medicamentos consultados siendo el periodo máximo de 5 años. Especial atención requieren las fórmulas magistrales con caducidad "inferior a un mes" (16,4%).

Finalmente, el 28,4% resultaron ser fórmulas magistrales elaboradas en el Servicio de Farmacia y el 7% fueron medicamentos extranjeros que requirieron trámites especiales de adquisición a través de la AEMyPS.

CONCLUSIONES: Los medicamentos termolábiles son un conjunto de fármacos con un valor económico relevante en la UFPE (supusieron el 38,4% del consumo total en 2014), con un perfil de eficacia y seguridad que puede verse afectado si no se respetan las condiciones de conservación recomendadas por el fabricante.

Toda la información arriba mencionada debe encontrarse disponible y actualizada en los Servicios de Farmacia para que pueda ser consultada por los profesionales de la salud y garantizar así, la correcta conservación de los mismos. Dando un paso más, esta guía pretende ser la base de un futuro proyecto cuyo objetivo será controlar la conservación de los medicamentos en el domicilio del paciente una vez dispensados en la UFPE y actuar ante una desviación de temperatura que conlleve la disminución o la pérdida de la eficacia del medicamento o incluso la generación de metabolitos tóxicos, lo que aportará un mayor control del proceso de conservación de medicamentos y por tanto a una mayor eficiencia.

1159. EVALUACIÓN DEL GRADO DE UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE PRESCRIPCIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

AUTORES: Calzón Blanco C, Pampin Sanchez R, Leon Barbosa A, Pena Villanueva P, Goenaga Ansola A, Duran Roman C.

Hospital Cabueñes. C/ De Los Prados. Asturias. España

OBJETIVO: Establecer con los diferentes Servicios clínicos protocolos de prescripción con el objeto de estandarizar la farmacoterapia del centro y generar un soporte a la decisión clínica.

Evaluar el grado de utilización de dichos protocolos tras la implantación de Prescripción Electrónica Asistida.

MATERIAL Y METODOS: Cada Servicio designó un facultativo como referente y seleccionó aquellas patologías sobre las que consideró necesario establecer un protocolo de prescripción. Estos podían incluir líneas no farmacológicas (cuidados, constantes, actividad-reposo...), líneas farmacológicas o ambas. Todos los protocolos propuestos por los diferentes Servicios fueron revisados conjuntamente con el Servicio de Farmacia, que los validó antes de incorporarlos a la herramienta electrónica.

Una vez implementada la Prescripción Electrónica Asistida y para evaluar el segundo objetivo, se analizaron retrospectivamente todas las líneas prescritas en el ámbito de hospitalización durante el periodo comprendido entre Diciembre de 2014 y Mayo de 2015. Se registro la procedencia o no de un protocolo de prescripción, el Servicio prescriptor, y los medicamentos prescritos.

RESULTADO: Previo a la implantación se consensuaron 1473 protocolos que incluían un total de 2664 líneas farmacológicas y 1500 no farmacológicas.

Una vez instaurada la Prescripción Electrónica Asistida, durante el periodo de estudio se analizaron 202946 líneas de prescripción que procedían de protocolos en un 39% de los casos. Los Servicios prescriptores que más se adecuaron al uso de protocolos fueron Anestesia y Reanimación (62%), Traumatología (55%), Cirugía General y Digestivo (52%), Otorrinolaringología (47%) y Ginecología-Obstetricia (43%).

La analgesia postintervención quirúrgica con bomba elastomérica, la fluidoterapia y la nutrición enteral fueron los grupos de fármacos más prescritos a través de protocolos, en un porcentaje de 97%, 88% y 87% respectivamente. Los medicamentos más prescritos fueron Paracetamol, Metamizol y Omeprazol. Estas prescripciones provenían de protocolos en un 54%, 50% y 48% respectivamente. De la relación de fármacos de alto riesgo del ISMP, los medicamentos más prescritos a través de protocolo fueron Dopamina (77%), Noradrenalina (75%) y Midazolam intravenoso (54%).

CONCLUSIONES: El consenso de protocolos de prescripción entre los diferentes Servicios clínicos y el Servicio de Farmacia y su implementación en la práctica clínica diaria han supuesto una importante estandarización de la farmacoterapia en procesos concretos de nuestro centro. Para incrementar el grado de utilización de los protocolos, debería promoverse una mayor difusión de los mismos entre los prescriptores, fomentando la mejora que ofrecen en la calidad y seguridad de la farmacoterapia.

1001. EVALUACIÓN POR EL PERSONAL TÉCNICO DISPENSADOR DE LA OPTIMIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Rovira Vergés O, Pola Robles N, Soler Blanco N, Pardo Gracia C, Martí Ibañez A, Mas Lombarte Mp.

Hospital General De Granollers. Avda. Francesc Ribas, S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de satisfacción de los técnicos dispensadores de la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) tras la instauración de medidas de optimización y comparar la percepción que tenían del período anterior con el grado de satisfacción actual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en Abril de 2015 tras la implantación de mejoras en la UFPE; agilización del sistema informático y de dispensación, eliminación de actividades sin valor añadido y mejoras en la seguridad de dispensación. Se invitó a los técnicos de la UFPE a cumplimentar una encuesta de satisfacción, de forma voluntaria y anónima. Se elaboró un cuestionario de 7 preguntas, utilizando la técnica de Likert, para la valoración del nivel de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. En las 6 primeras se preguntaba por las mejoras de los diferentes ítems en relación con el período anterior; espera del paciente, tiempo de atención al paciente, actitud y predisposición del paciente, grado de estrés, seguridad en la dispensación y valoración de los cambios implantados. En la última pregunta se pidió valorar el grado de satisfacción en ambos periodos. Las respuestas se puntuaron de 1

a 5, siendo 1 la puntuación más desfavorable (mayor desacuerdo) y 5 la puntuación más favorable (mayor acuerdo). Los porcentajes se calculan sobre el total de respondedores del cuestionario.

RESULTADOS: El 88% de los técnicos dispensadores de la UFPE respondieron el cuestionario. El 75% creen que se ha reducido el tiempo de espera, con una puntuación media de 3.88 puntos en una escala de 5. El 50% considera que dispone de más tiempo para atender al paciente (2,75 puntos), pero no se perciben mejoras en la actitud y predisposición con la que acuden los pacientes (2,63 puntos). El 75% del personal considera que ha bajado el grado de estrés en la UFPE (3,63 puntos). El 62,5% cree que se ha mejorado en seguridad en la dispensación (3,50 puntos) y el 100% de los técnicos creen que se ha agilizado y facilitado el trabajo en la UFPE (4 puntos).

La percepción que tienen los técnicos con las condiciones de trabajo en la UFPE en el año 2014 fue valorado con 2,63 puntos de media, y se obtuvo un grado de satisfacción media de 4 puntos con las condiciones de trabajo en la UFPE tras la implementación de medidas de optimización.

CONCLUSIONES: Con las nuevas medidas implementadas en la UFPE se ha conseguido una mejoría general en prácticamente todos los ítems preguntados. Todos los profesionales preguntados creen que se ha agilizado y facilitado el trabajo en la UFPE (100%) y, además, se ha conseguido una reducción considerable en el grado de estrés de los técnicos (75%).

La diferencia entre el grado de satisfacción de los técnicos obtenida del período previo (2,63 puntos) y el grado de satisfacción en el período post instauración (4 puntos) es el ítem que nos permite corroborar la mejoría en las condiciones de trabajo tras la instauración de las medidas de optimización en la UFPE.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1005. EXCIPIENTES DE DECLARACION OBLIGATORIA: CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE

AUTORES: De Miguel Gaztelu M, Etxeberria Uriz M, Fontela Bulnes C, Perez Fernandez Md, Monteserin Garrastatxu I, San Juan Muñoz A.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: Analizar si se cumple la normativa en lo referente a excipientes de declaración obligatoria (circular 02/2008 de la AEMPS y el Real Decreto 1345/2007) y se incluyen tanto en el etiquetado como en el prospecto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de envases y prospectos de 120 medicamentos incluidos en nuestra guía farmacoterapéutica para reenvasar en dosis unitaria.

De acuerdo con la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y el Real Decreto 1345/2007 se establece la obligación, entre otras, de que "tanto el etiquetado como el prospecto sean conformes con la ficha técnica y que incluyan la información de los excipientes que sea necesaria para la correcta administración y uso del medicamento".

En el artículo 34 del Real Decreto 1345/2007 se dispone que "en la declaración de la composición del medicamento del etiquetado, se incluyan los excipientes de declaración obligatoria (EDO) cuyo conocimiento resulte necesario para la correcta administración y uso del medicamento"; y que, "los EDO se irán actualizando conforme a los avances científicos y técnicos y de acuerdo con lo que se establezca en la Unión Europea"

La circular 02/2008 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de "Información sobre los excipientes en el etiquetado, prospecto y ficha técnica de los medicamentos de uso humano", incluye un anexo con una lista de los EDO que se deben declarar en el etiquetado y en el prospecto y que han de ser conformes con la ficha técnica.

En nuestro servicio de farmacia, se reenvasan formas orales en dosis unitaria lo que incluye el etiquetado con la información pertinente según la normativa. En dicho proceso, observamos que algunos medicamentos omitían EDO en el envase que figuraban en el prospecto. Por este motivo, se realizó una revisión de 120 envases y prospectos.

RESULTADOS: En un 25,83% (n=40) de los 120 medicamentos se encontraron discrepancias, puesto que aparecían EDO en el prospecto que no estaban incluidos en el envase. Solo 89 (74,17%) medicamentos de los 120 no presentaban ninguna discrepancia.

En un 19,17% (n=23) de los medicamentos la discrepancia se encontraba en un solo EDO mientras que en un 5,83% (n=7) y un 0,83% (n=1) las discrepancias se presentaban en 2 y 3 EDO respectivamente.

Analizando las discrepancias por EDO, encontramos que el 25% de ellas se atribuyen a la lactosa, el 17,5% al glicerol y manitol respectivamente, 7,5% a la tartracina, 5% al aceite de ricino, glucosa, gluten respectivamente, y 2,5% al rojo cochinilla (E 124), sacarosa y sorbitol respectivamente.

CONCLUSIONES: El prospecto es una fuente de información más completa y fiable sobre el contenido de EDO que el envase.

No todos los laboratorios farmacéuticos se adaptan a los criterios de la circular 02/2008 sobre el etiquetado de medicamentos.

Es responsabilidad del farmacéutico asegurar el correcto etiquetado e identificación de los medicamentos.

Creemos importante la necesidad de revisar todos los medicamentos comercializados actualmente para detección de este tipo de discrepancias.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1114. GRADO DE CONOCIMIENTO DE CAMBIOS EN EL PROCESO DE FABRICACIÓN DE LOS FÁRMACOS BIOTECNOLÓGICOS INNOVADORES

AUTORES: Gazquez Perez R, Jimenez Pichardo L, Sierra Sanchez Jf, Gonzalez Rosa V, Moreno Carvajal Mt, Gomez Germa P.

Hospital Jerez De La Frontera. Ctra Circunvalacion S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: Analizar el grado de conocimiento por parte de los prescriptores acerca de la variabilidad en los procesos de fabricación de los fármacos biotecnológicos y su regulación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron los fármacos biotecnológicos con indicación en patologías inflamatorias del área de reumatología, digestivo y dermatología. Para cada fármaco se realizó una búsqueda de los cambios sufridos en el proceso de fabricación desde la comercialización hasta diciembre 2014. Para cada fármaco se registró: fecha de autorización por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), fecha de cada cambio en el proceso de fabricación, tiempo transcurrido hasta el primer cambio, número total de cambios y tasa anual de cambios. Con esta información se diseñó una encuesta con 4 partes: a) Identificación por parte del prescriptor de los fármacos prescritos en al menos una ocasión; b) Identificación del conocimiento de la existencia del número y tasa de cambios en el proceso de fabricación del fármaco "innovador"; c) Conocimiento del requisito de comparabilidad del fármaco "innovador" antes y después del cambio en el proceso de fabricación; d) Valoración de la utilidad de la información contenida en la encuesta. La encuesta se remitió a los prescriptores de cada área.

RESULTADOS: Los fármacos seleccionados y el número total de cambios desde su comercialización fueron: infliximab (41), adalimumab (20), abatacept (13), golimumab (7), etanercept (18), tocilizumab (6) y certolizumab (4). Todos los fármacos biotecnológicos habían sufrido algún cambio en el proceso de fabricación, siendo adalimumab y golimumab los que menor tiempo tardaron en sufrir su primer cambio, y etanercept el que más tiempo tardó. Infliximab fue el fármaco con mayor tasa anual de cambios (2,67), seguido de adalimumab (1,78) y abatacept (1,72) y el fármaco con menor tasa anual de cambios fue certolizumab (0,77). La encuesta fue contestada por 35 profesionales de las áreas de reumatología (n=30), digestivo (n=4) y dermatología (n=1). Todos los facultativos encuestados habían prescrito uno o varios de estos fármacos en al menos una ocasión. El 63 % de los prescriptores desconocían la existencia de los cambios expuestos, mientras que un 37 % conocía la existencia de estos cambios, aunque no el número ni la frecuencia. Ningún facultativo conocía esta información al completo. En cuanto a la normativa de la EMA sobre la comparabilidad, el 57 % la desconocía, y el resto la conocía, aunque el 29 % la relacionaba sólo con los fármacos biosimilares. Con respecto a la utilidad de la información aportada, el 94 % la identificó como útil, aunque la mayor parte de estos (50 %) la consideraron secundaria desde el punto de vista clínico.

CONCLUSIÓN: Los fármacos biotecnológicos presentan una elevada tasa anual de cambio en su proceso de fabricación. El conocer que durante la comercialización de los medicamentos innovadores se han producido cambios en su proceso de fabricación sin que hayan surgido problemas de efectividad y/o seguridad podría incrementar la confianza en los biosimilares

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

66. GRADO DE SATISFACCION SOBRE LA DISPENSACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LOS PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS POR PARTE DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Manresa Ramón N, Sanchez Martinez I, Plaza Aniorte J, Selvi Sabater P, Sanchez Mulero MC, Soria Soto M.

Universitario Morales Meseguer. Marques de los Veles, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar el grado de satisfacción en el proceso de dispensación y en la atención farmacéutica de los pacientes externos atendidos en el Área de Dispensación Ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de seis meses de evolución (Septiembre 2014-Febrero 2015) donde analizamos los datos recogidos en una encuesta de satisfacción a pacientes externos atendidos en el servicio de farmacia.

Datos de la encuesta: edad y sexo, cuatro preguntas sobre el proceso de dispensación, cinco sobre personal que atiende y una valoración global del servicio de farmacia.

La escala de valoración fue la siguiente (de menos a más): A (muy deficiente), B (deficiente), C (indiferente), D (aceptable), E (satisfactorio) y F (muy satisfactorio).

La encuesta se realizó de forma voluntaria, anónima y por escrito.

RESULTADOS: Realizamos 119 encuestas, el 81.51 % completaron los datos de edad y sexo obteniéndose 50 mujeres (51.55%) y 47 hombres (48.45%) con una edad media de 50 años (78-12 años).

Proceso de dispensación:

-Horario de atención de 9:00-15:00 horas: A (5.04%), B (4.20%), C (4.20%), D (25.21%), E (31.09%) y F (24.37%). El 5.89% no contestaron.

-Tiempo de espera hasta recibir medicación: 1 hora (2.52%), 50 minutos (2.52%), 40 minutos (2.52%), 30 minutos (7.56%), 20 minutos (20.17%) y 10 minutos (61.35%). El 3.36% no contestaron.

-Cantidad de medicación dispensada para dos meses: A (7.56%), B (5.04%), C (1.68%), D (10.08%), E (22.69%) y F (52.11%). El 0.84% no contestaron.

-La confidencialidad sobre mi patología: A (7.56%), B (5.89%), C (4.20%), D (5.89%), E (15.96%) y F (58.82%). El 1.68% no contestaron.

Personal que me atiende:

-Trato personal recibido: B (0.84%), D (3.36%), E (21.85%) y F (73.95%).

-Identificación de quien atiende: A (0.89%), B (1.68%), C (4.20%), D (6.72%), E (27.73%) y F (58.82%).

-Atención farmacéutica recibida: B (1.68%), C (3.36%), D (2.52%), E (32.77%) y F (57.99%). El 1.68% no contestaron.

-El tiempo que me dedican considero que es el correcto: C (3.36%), D (10.92%), E (30.25%) y F (55.46%).

-Capacidad para responder a mis dudas: B (1.68%), C (0.84%), D (10.92%), E (22.69%) y F (60.51%). El 3.36% no contestaron.

La valoración global del paciente sobre el servicio de farmacia: B (2.52%), D (10.92%), E (24.37%) y F (40.34%). El 21.85% no contestaron.

CONCLUSIONES: -Es muy importante conocer la opinión de los pacientes para poder mejorar los posibles puntos críticos a nivel del proceso de dispensación y también, evaluar la labor diaria del farmacéutico que atiende a dichos pacientes.

-Obtenemos un elevado grado de satisfacción (83.1%) por parte de los pacientes externos atendidos en el área de atención ambulatoria del Servicio de Farmacia.

-Un aspecto muy importante para estos pacientes es la confidencialidad de su patología obteniéndose un grado A o B en el 12.6% de los pacientes encuestados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1112. HERRAMIENTAS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO A NIVEL AUTONÓMICO

AUTORES: Blanco Pardo A, Villacampa Crespo B, Santolaria Brun A, Barberá González T, Plà Hervás G, Martínez Temporal V.

Conselleria de Sanitat (Servicio de Asistencia Farmacéutica y Dietoterapéutica). Carrer de Misser Mascó, 31 46010 València. Valencia. España

OBJETIVOS: Describir algunas herramientas utilizadas para el seguimiento, control y racionalización de los incrementos del gasto farmacéutico hospitalario en el ámbito autonómico en el año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del seguimiento presupuestario del importe de las adquisiciones hospitalarias de medicamentos comercializados en nuestro país por subgrupos terapéuticos y/o ATC, utilizados en las áreas de mayor relevancia (25 grupos de seguimiento) tras una asignación anual inicial del gasto previsible de medicamentos por área asistencial en función de la actividad prevista, y un seguimiento mensual mediante audio-conferencia con los equipos gerenciales departamentales de la utilización real.

Este seguimiento del gasto, se complementa con el empoderamiento del Programa de evaluación de medicamentos de alto impacto, basado en comités y grupos de trabajo especializados para la evaluación, selección, utilización de

medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico, para conocer el valor terapéutico real del medicamento, las condiciones de utilización y el coste eficacia incremental, y para establecer criterios clínicos de utilización y procedimientos que garanticen la equidad en el acceso a estos medicamentos. Asimismo, la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) y la constitución de comisiones a nivel departamental suponen un papel clave en la selección y utilización de medicamentos hospitalarios, contribuyendo a la elaboración del plan estratégico departamental de uso racional de productos farmacéuticos.

Estas herramientas ayudan al control de la adecuación de la incorporación de nuevos fármacos a la directrices clínicas establecidas y a las guías farmacoterapéuticas, a los efectos de alcanzar el mayor grado de efectividad y economía en los recursos.

RESULTADOS: En el año 2014 con respecto al 2013 se ha observado un incremento del gasto farmacéutico hospitalario (adquisiciones) de un 2,60%. Dentro de los grupos de seguimiento de los medicamentos de mayor impacto destacar la sostenibilidad de los utilizados en onco-hematología (2,65%) y de los antivirales para el VIH-hepatitis (-3,87%) en los hospitales de gestión pública; así como la disminución del importe de las adquisiciones del subgrupo de medicamentos utilizados en oftalmología (-12,73%) afectado por sus respectivas resoluciones que incluyen protocolos de utilización de fármacos antiangiogénicos y procedimientos de fraccionamiento en los servicios de farmacia hospitalarios.

En el ámbito del programa de medicamentos de alto impacto se han elaborado 62 resoluciones/instrucciones y notas informativas, desde el inicio del programa hasta el 2014. En relación a las comisiones locales, se han remitido 218 actas correspondientes a las reuniones celebradas durante el año 2014, de las cuales 112 pertenecen a la CFT.

CONCLUSIONES: Disponer de herramientas sanitarias como las descritas permite contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, a un uso más eficiente de los recursos, a disminuir la variabilidad en la utilización de medicamentos y a garantizar la equidad en el acceso a los medicamentos, de acuerdo a la evidencia clínica.

En línea con estas herramientas, el gestor de protocolos de medicamentos de alto impacto se está implementando en el sistema corporativo de prescripción-dispensación electrónica, en aras a la evaluación de los resultados de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

659. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS INTERACCIONES POR MEDICAMENTOS POR MÉDICOS DE UNIDADES CLÍNICAS

AUTORES: Sánchez Nieto D, Gómez Rodríguez L, Pérez López R, Villacañas Palomares Mv, Marcos Martín M, Otero López Mj.

Complejo Asistencial Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente 58-182, Cp 37007. Salamanca. España

OBJETIVO: El conocimiento y manejo adecuado de las interacciones por medicamentos resulta fundamental para evitar efectos adversos. Los sistemas de alerta permiten identificar las interacciones, pero pueden proporcionar demasiados avisos y generar al prescriptor la denominada «fatiga por alertas». Por ello, el farmacéutico interviene constantemente durante la validación cuando sospecha una falta de identificación o de seguimiento de una interacción. El objetivo del estudio ha sido evaluar el conocimiento por parte de los médicos sobre algunas interacciones farmacológicas clínicamente relevantes en las que es frecuente la intervención del farmacéutico en nuestro hospital, con el fin de valorar la necesidad de continuar realizando dichas intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elaboró una encuesta anónima que se entregó a médicos de diferentes unidades clínicas. Incluía datos demográficos de edad y categoría profesional, y una tabla con 15 pares de medicamentos: 12 interacciones clínicamente relevantes, sobre las que era frecuente intervenir en la validación farmacéutica, y 3 pares que no eran interacciones. Al cumplimentar la encuesta, el médico debía indicar para cada uno de los 15 pares de medicamentos la actuación que llevaría a cabo de entre cuatro posibles opciones: 1) interacción: evitar el uso conjunto; 2) interacción: tomar precauciones (reforzar el seguimiento clínico y analítico, modificar la dosis y/o el horario de administración); 3) no tomar precauciones; ó 4) no estoy seguro. La encuesta fue la misma para todos los médicos, por lo que se añadió una pregunta inicial sobre si utilizaba habitualmente el par de fármacos, para que en caso de que no lo hiciera, tuviera la posibilidad de no contestar.

Se definió como variable principal el porcentaje de pares de medicamentos identificados correctamente como interacción. Éste se valoró considerando válidas las opciones 1 y 2, para las 12 interacciones incluidas, y la opción 3 para los tres pares sin interacción. Como variable secundaria se consideró el porcentaje de respuestas correctas sobre la actuación apropiada a seguir para cada par.

RESULTADOS: Un total de 80 médicos contestaron a la encuesta, de los que el 36% fueron especialistas y el resto residentes de diferentes años. Un 64% tenía ≤ 35 años, un 24% entre 36 y 50 años y el resto ≥ 51 años.

Cada médico respondió a una media de 13 de los 15 pares de fármacos. Respecto a la variable principal, una media del 58% de los pares de medicamentos encuestados fueron correctamente identificados como interacción. La interacción amiodarona-digoxina fue la más conocida (79% de respuestas correctas) y la de levofloxacino oral-sales de calcio la menor (25%). Respecto al manejo adecuado de la interacción, el porcentaje medio de respuestas correctas fue sólo de un 44% y las interacciones que presentaron los valores extremos fueron amiodarona-digoxina (63%) y linezolid-tramadol (10%).

CONCLUSIONES: Los médicos participantes tienen un grado de conocimiento aceptable de algunas interacciones clínicamente relevantes, pero otra gran parte de ellas pueden pasar desapercibidas. Por ello, resulta necesario mantener los sistemas de alertas encaminados a la detección de interacciones y las intervenciones farmacéuticas con recomendaciones sobre su manejo adecuado.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

245. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITAS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Sánchez Casanueva T, Márquez Nieves JJ, López Sánchez P, Navarro Maestre E, Sánchez Mora MI. Hospital General de Tomelloso. Vereda de Socuélamos s/n. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Principal: evaluar el impacto de la organización de las dispensaciones del área de pacientes externos mediante citas sobre el índice de rotación de stock de los medicamentos propios de esta área y sobre las dispensaciones retrasadas por falta de stock. Secundario: estudiar la posible influencia sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado durante los periodos comprendidos entre el 01/04/2013-31/03/2014 y el 01/04/2014-31/03/2015.

En abril de 2014 se implantó un sistema de citas a pacientes externos con el apoyo del programa de dispensación a pacientes externos de Farmatools. En función de la fecha de vuelta que el programa calcula atendiendo a las unidades prescritas y la pauta de cada tratamiento, se asigna una cita entre 2 y 7 días antes de la fecha de vuelta calculada, fecha que se modifica también en el programa para poder sacar listados de previsión de tratamiento fidedignos. Adicionalmente se registran las citas en una agenda física para tener una referencia visual de los pacientes asignados para cada día, con el fin de distribuirlos de una manera homogénea. Se elaboró también un folleto como apoyo al sistema de citas, con información básica sobre el funcionamiento del área de dispensación a pacientes externo, horarios, teléfonos de contacto (para consultas farmacoterapéuticas y cambios de cita) y una cuadrícula donde se le anotan al paciente la consiguiente cita.

Durante el año previo y posterior a la implantación de este sistema: con el aplicativo de de gestión económica de Farmatools se calcularon los datos de consumos e inventario para obtener el índice de rotación de stock, con el indicador «dispensaciones retrasadas por falta de stock» incluido en el proceso de pacientes externos se comprobó si estas habían aumentado o disminuido. Adicionalmente, a través del registro de dispensaciones del programa de dispensación a pacientes externos, se calculó la adherencia media acumulada de los pacientes con TARV que no hubiesen interrumpido el tratamiento entre el 01/04/2013 y el 31/03/2015.

RESULTADOS: El índice de rotación durante el año previo fue de 1,018, mientras que tras la aplicación del sistema de citas pasó a ser de 1,058. El número de dispensaciones impedidas por falta de stock pasaron de 25 a 9. Se calculó la adherencia media acumulada de 21 pacientes con TARV (7 mujeres y 14 hombres), la cual pasó de un 88,96% a un 94,10%.

CONCLUSIONES: La organización de las dispensaciones mediante citas ha contribuido positivamente a la gestión del los stocks del área de pacientes externos, aumentado el índice de rotación y el número de dispensaciones retrasadas por falta de medicación. Adicionalmente consideramos que ha tenido un impacto positivo en la adherencia de los pacientes con TARV de nuestro medio.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

569. IMPACTO ECONOMICO EN LA OPTIMIZACIÓN DE LOS VIALES DE RANIBIZUMAB Y AFLIBERCEPT EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Sanchez Suarez S, Abad Carrascosa P, Garcia Gimeno M. Hospital Del Escorial. Ctra. Guadarrama Km 6,200. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar el impacto económico asociado en la elaboración de las jeringas precargadas para la administración intravitrea de Ranibizumab (Lucentis®) y Aflibercept (Eylea®) en lugar de emplear el vial para un único uso como parte de uno de los Objetivos de calidad del Servicio de Farmacia (SF)

MATERIAL Y MÉTODOS: Unos de los Objetivos planificados por parte del Servicio de Farmacia (SF) en nuestro sistema de calidad basado en las Normas ISO 9001.2008 durante el periodo de Julio de 2014 a Marzo de 2015 fue incluir dentro de las prestaciones del servicio el reenvasado de jeringas precargadas de Ranibizumab 0,5mg/0,05ml y Aflibercept 2mg/0,05 ml para administración Intravitrea partiendo del vial como una medida de ahorro económico y a fin de poner de manifiesto la rentabilidad que supone el área de preparación de Mezclas Intravenosas (MIV) del SF. Las metas establecidas para la consecución del objetivo fueron la elaboración de un procedimiento específico, la comunicación de dicho procedimiento a Dirección médica y Servicio de Oftalmología y el ahorro económico tras la elaboración de las jeringas precargadas. Como parte del procedimiento se acordó con el Servicio de Oftalmología la administración de todos los tratamientos con ranibizumab y aflibercept el mismo día para maximizar el aprovechamiento del vial. De cada vial y en condiciones asépticas por parte del Servicio de Farmacia se obtienen de 2 a 3 jeringas fraccionadas y aptas para su uso. Para el cálculo del ahorro económico tras el reenvasado de jeringas se incluyeron a todos los pacientes (independientemente de la indicación) en tratamiento con Ranibizumab y Aflibercept durante el periodo de estudio y se compararon los datos con el gasto económico que supone una dosis por vial y, una dosis por jeringa, dado que un paciente podía administrarse más de 1 dosis.

RESULTADOS: La dos primeras metas se realizaron en el plazo de 1 mes. Respecto al ahorro económico, el número de dosis solicitadas por Oftalmología para Ranibizumab y Aflibercept desde Julio de 2014 a Marzo de 2015 fue 53 y 64 respectivamente. El coste por vial y por jeringa reenvasada es el mismo para Ranibizumab y Aflibercept y es de 644,54€ y de 214,84€ respectivamente. El ahorro económico durante los 9 meses del periodo fue de 50274,49€.

CONCLUSIONES: El reenvasado de las jeringas de Aflibercept y Ranibizumab ha supuesto un ahorro económico por parte del Servicio de Farmacia y pone de manifiesto el ahorro que genera el área de preparación de Mezclas Intravenosas y la rentabilidad de los SF en este caso en la optimización de los viales de Ranibizumab y Aflibercept.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

724. IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Boyeras Vallespir B, Periañez Parraga L, Castro Manzanares M, Amengual Sedano Mm, Cervera Peris M, Delgado Sanchez O.

Hospital Universitario Son Espases. Carretera Valldemossa 79, 07120. Islas Baleares. España

Introducción: La Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBPP) se desarrolló en respuesta a la resolución del Consejo de Europa CM/ResAP de 2011 para armonizar la preparación de medicamentos en la Unión Europea (UE), y garantizar la seguridad y calidad de estas preparaciones en el territorio español.

OBJETIVOS: Implantación de la GBPP para obtener la acreditación para las preparaciones citostáticas orales por parte de la Consejería de Sanidad Autónoma (CSA).

Materiales y métodos: Se realizó una lectura crítica de la GBPP, revisando los nueve capítulos para conocer el grado de cumplimiento. En caso de no cumplimiento se procedió a hacer los cambios requeridos.

RESULTADOS: Los requisitos para el cumplimiento de la GBPP se establecen a tres niveles: aspectos generales del hospital (H), específicos del Servicio de Farmacia (SF) y específicos del área de farmacotecnia (AF). Asimismo, se realizaron los Expedientes de Información de Producto (EIP) de los citostáticos orales.

A nivel de H, se incorporaron 3 documentos: Protocolo de actuación para la solicitud de tratamientos de desinsectación/desratización, Plan interno de gestión de residuos sanitarios y peligrosos y Protocolos de administración de medicamentos en hospitalización.

A nivel del SF, se adjuntaron/crearon 18 documentos. Calidad 5: Manual de Calidad del SF, Política de calidad del SF, Certificación de Calidad ISO 9001 y Sello Calidad de la Farmacia Hospitalaria del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de octubre 2008 versión 1 de la Fundación Ad Qualitatem. Informe de Auditoría Interna 2013. Organización 6: Organigrama SF, Mapa de Procesos, Catálogo de Riesgo de los Medicamentos, Guía para la administración de medicamentos orales, Contrato tipo de preparación por terceros, Protocolos Normalizados de Trabajo (PNT) de retirada de preparados y farmacovigilancia. Infraestructuras y equipos 7: PNT Control de infraestructuras y equipos, sus fichas técnicas y registros específicos, PNT verificación de termómetros de neveras y listado de mantenimiento de equipos, PNT conservación de medicamentos termolábiles y listado de estabilidad fuera de nevera de éstos.

A nivel de AF: se modificaron/elaboraron 15 PNT y se ajustó la ficha de elaboración de los preparados.

Se ajustaron 10 PNT existentes y se crearon 5 nuevos: Agua para la preparación de Medicamentos, Descripción de Local, Formación y Plan de Formación del Personal, Equipos, Validación de Procesos.

Se creó un modelo de EIP con el siguiente índice: Valor añadido de la preparación, Requisitos de calidad, Evaluación del riesgo, Documentación relativa al material de partida y material de acondicionamiento, Validación del método, Instrucción de preparación y controles de calidad, Registros, Indicaciones e instrucciones de uso del producto, Base bibliográfica.

Al final de la revisión se completaron EIP para Lenalidomida (diferentes dosis), Dasatinib, Erlotinib, Etoposido, Ciclofosfamida y Temozolamida.

CONCLUSIONES: La GBPP garantiza trabajar con la calidad y seguridad exigida dentro de las normas de la UE. Aunque ha requerido pequeñas modificaciones en nuestra manera de trabajar, la mayoría ha consistido en la redacción de los pertinentes PNT según las normas de la Guía. En abril de 2015 se obtuvo la acreditación por parte de la CSA.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

517. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS WEB 2.0 EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Sanchez Suarez S, Barreno Alonso Jj, García Cabeza A, Martin Giner Jm, García Gimeno M.

Hospital Del Escorial. Ctra. Guadarrama Km 6,200. Madrid. España

OBJETIVO: Describir la implantación de un sistema de alertas WEB 2.0 para Farmacovigilancia y analizar la repercusión en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: La gestión de alertas Farmacéuticas es una función primordial del Servicio de Farmacia (SF). La información nos llega a través de la Gerencia de nuestro Hospital y de la Dirección General de Farmacia vía fax o e-mail. Una vez recibida el farmacéutico responsable del área revisa la alerta y lo clasifica según sea el medicamento afectado y según su importancia para comunicarlo o no a los profesionales sanitarios de nuestro hospital. Una de nuestras preocupaciones es conseguir la trazabilidad de la alerta una vez que ha sido enviada y comunicada el Facultativo Médico (FM) implicado. Se ha diseñado e implantado por parte del Departamento de Informática un sistema de notificación de alertas, a través del cual el farmacéutico notificará las Alertas de Farmacovigilancia (AF) emitidas por la Agencia española de medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) a todos los Servicios y FM implicados. El destinatario verá la alerta generada por el farmacéutico de dos formas distintas: 1.- A través de un webservice cada vez que abra su sesión en el ordenador, se carga automáticamente el servicio web y mostrará sus alertas y 2.- Mediante correo electrónico notificándole la alerta. El sistema de notificación nos permitirá el envío individual a FM o a un grupo de FM según el Servicio Médico al que pertenezcan. Gracias a este sistema nos permitirá seguir el estado de alerta, conocer cuando y como ha sido tratada la alerta por el destinatario referente a vista y aceptada, través de un sistema de registro de log.

RESULTADOS: Durante el periodo comprendido entre Marzo de 2014 y Marzo de 2015 el farmacéutico realizó un total de 41 AF, de la cuales han generado por parte del sistema de notificación vía web un total de 556 notificaciones. El porcentaje de envío de Alertas por FM y Servicio corresponde a: 24,46% al Servicio de Medicina Interna, 22,66% a Urgencias, 10,07% a Traumatología, 9,71% al Servicio de Ginecología, 6,47% al Servicio de Pediatría, 4,32 % al Servicio de Cirugía y un 22,31% repartido entre los Servicio de Neumología, Otorrino, Oftalmología, Urología, Neumología, Psiquiatría, Digestivo y Hematología. En cuanto a la trazabilidad por parte del total de notificaciones generadas, el 82,89% han sido aceptadas por nuestro FM, el 15,14% ha sido vistas pero no aceptadas y el 1,97% no han sido vistas ni aceptadas.

CONCLUSIONES: La creación de un Sistema de generación de Alertas vía web 2.0 nos permite garantizar una mayor trazabilidad en la gestión de AF por parte del SF. Se ha establecido una herramienta muy útil para el envío de AF, así como para la recepción de la Alerta ya que desde cualquier PC con usuario identificado en un mismo dominio el FM podrá visualizar la AF generada por nuestro SF.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

861. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA MEJORA CONTINUA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Estepa Alonso Mj, Liso Rubio J, Bel Barragan J, Garcia Urra F.

Hospital Infanta Cristina. Ctra. Portugal S/N. Badajoz. España

OBJETIVO: Describir la implantación de un sistema de gestión para la mejora continua de la calidad en un servicio de farmacia hospitalaria con el fin de obtener la certificación y analizar los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: El proyecto de implantación comenzó en el año 2013, en un hospital de tercer nivel, según la Norma de Calidad de Farmacia Hospitalaria, una Norma de Gestión Integrada de Calidad, Medio Ambiente, Prevención de Riesgos Laborales y Responsabilidad Social. Las fases de la implantación fueron: planificación del trabajo y diagnóstico inicial del servicio, definición y desarrollo de la documentación del Sistema de Gestión teniendo en cuenta los requisitos de la Norma, implantación del Sistema: puesta en marcha y seguimiento de las actividades las prácticas definidas y el seguimiento y control de los procesos, y evaluación del sistema (identificación de desviaciones, realización de auditoría interna). Para el proceso de certificación se realizó una auditoría externa en la que se evaluaron las evidencias y conformidad del sistema

RESULTADOS: Se realizaron 41 documentos correspondientes a los diferentes procesos y procedimientos identificados en el mapa de procesos, estratégicos, clave y de apoyo, así como la diferente documentación asociada a los mismos. Se definieron 43 indicadores de calidad y actividad de los distintos procedimientos y objetivos asociados. Se realizaron encuestas de clima laboral y de satisfacción a los clientes identificados (enfermería, facultativos y pacientes externos). Se obtuvo la certificación en febrero de 2014. Durante el primer año tras la implantación se definieron 46 acciones de mejora realizándose el 91% de las mismas, cumpliéndose el 100% de los objetivos propuestos.

CONCLUSIONES: Trabajar con un Sistema de Gestión de Calidad ha permitido disminuir la variabilidad de las actividades, definir e implantar herramientas de análisis y medición para controlar los procesos, establecer una cultura de calidad, detectar oportunidades de mejora y conocer la percepción de los clientes así como la satisfacción del personal del Servicio de Farmacia del Hospital. Es necesario seguir trabajando en esta línea para mejorar la eficiencia de los procesos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1136. INFORMACION SOBRE ANTINEOPLÁSICOS ORALES A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2008

AUTORES: De Juan-García Torres P, Cuerda Coronel S, Blasco Guerrero M, Horta Hernández Am. Hospital Universitario De Guadalajara. C/ Donantes De Sangre S/N. Guadalajara. España

OBJETIVO: En julio de 2014, el Servicio de Farmacia se acreditó por la Norma UNE-EN ISO 9001:2008. En el área de Farmacia Oncológica, se considera un aspecto fundamental la información a pacientes con antineoplásicos orales (ANEOS) al inicio del tratamiento. Se creó el indicador mensual "Porcentaje de pacientes con ANEOS informados en primera visita" (PPIP) definido como: número de pacientes con ANEOS informados en primera visita/número total de pacientes con ANEOS en primera visita, para fomentar el registro de la actividad y poder cuantificarla. Se estableció como objetivo alcanzar el 80%.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados del indicador de calidad PPIP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo del 1 de marzo de 2014 al 31 de marzo del 2015. El número total de pacientes nuevos/mes con ANEOS se extrajo del programa de prescripción Farmis-Oncofarm®. Durante todo el periodo de estudio, el Servicio de Oncología realizó prescripción electrónica (PE) de ANEOS en el programa Farmis-Oncofarm pero el Servicio de Hematología comenzó la PE de ANEOS en febrero de 2015. En el periodo previo estos tratamientos se solicitaban mediante prescripción manual y se introducían después de la dispensación en Farmis-Oncofarm®.

Para registrar los pacientes que reciben información en la primera visita, se codificó en el programa Farmatools® una intervención denominada "información citostáticos orales". Cada vez que un paciente recibe información en la visita de inicio se registra la intervención en el módulo de Pacientes Externos de Farmatools®.

RESULTADOS: El número de pacientes informados en primera visita fue de 209 de un total de 231 pacientes. La media de pacientes nuevos con ANEOS al mes fue de 19 (10-25). La media de los datos mensuales de porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento con ANEOS informados en primera visita fue de un 90% (53-100%). El objetivo del indicador se alcanzó en 9 de los 13 meses del periodo de estudio.

CONCLUSIONES: El indicador PPIP ha ido incrementándose a lo largo del año y en el último trimestre fue del 100%. El incumplimiento del objetivo del indicador en 4 de los 13 meses del estudio se debió a que el Servicio de Hematología no realizaba PE, por lo que los pacientes nuevos se detectaron después de la dispensación.

La incorporación del Servicio de Hematología a la PE ha permitido alcanzar el 100% de pacientes informados.

Incluir como indicadores de calidad aspectos claves de cada área permite registrar la actividad y proponer mejoras en su funcionamiento

882. INTEGRACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE FARMACIA AL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE CALIDAD

AUTORES: Perez Puente P, Sanchez Ferrer J, Barrera Martin-Meras A, Garrido Ameigueiras Mr, Santos Rivero I, Fernandez Lison Lc.

Hospital San Pedro De Alcantara. Avda. Pablo Naranjo S/N. Cáceres. España

OBJETIVO:

Incorporar la actividad de las consultas externas del Servicio de Farmacia Hospitalaria(SFH) al sistema integrado de Información Sanitaria de la Comunidad (JARA) y gestionar las citas de las consultas de pacientes externos mediante dicho sistema informatizado con el fin de garantizar la organización interna de la consulta.

Informar y formar en el proceso a todos los miembros implicados: facultativos, personal auxiliar del SFH y pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo prospectivo observacional de 7 meses de duración(desde la incorporación al Sitema JARA, noviembre de 2014 hasta Junio de 2015)

Se desarrolló un plan de actuación y cronograma para conseguir los objetivos descritos en coordinación de la Unidad de Calidad del centro.

RESULTADOS:

Tras siete meses del comienzo de la implantación,se han creado por JARA un total de 4172 citas desde el SFH. De las cuales 3121 fueron consultas sucesivas y primeras consultas 1048.

La evolución mensual fue:

Noviembre: 23 citas (4% del total de citas gestionadas,3 primeras ,20sucesivas, índice sucesiva/primeras 6.67),

Diciembre 625 (75 %,235 primeras,390 sucesivas,índice sucesiva/primeras 1.66)

Enero 660(86%, 229 primeras ,431sucesivas,índice sucesiva/primeras 1.88)

Febrero 710(93% 153 primeras , 557 sucesivas, índice sucesiva primera 4.92)

Marzo 756(94% 99 primeras , 654 sucesivas, índice sucesiva/primeras 6.61)

Abril 679(95% 89 primeras , 590sucesivas, índice sucesiva primera 6.63)

Mayo 719(98%. 240 primeras, 479 sucesivas, índice sucesiva primera 1.99)

El número de pacientes no presentados a las citas fueron:

Noviembre y Diciembre: sin registro

Enero 150 (18.5% del total de programados)

Febrero 108(13,20%)

Marzo 149(16,4%)

Abril 130 (16.1%)

Mayo 157 (17.9%)

La formación del personal se llevo a cabo mediante la realización de un módulo teórico apoyado por manuales de apoyo y charlas informativa, y un módulo práctico mediante rotaciones por la Consulta.

En estos 7 meses, el 100% del personal auxiliar y facultativo del SFH, han sido formados y han rotado por la Consulta de pacientes externos.

A todos los pacientes se les informó verbalmente del nuevo sistema de citaciones.

CONCLUSIONES: Tras una implantación gradual a lo largo de los últimos meses hemos logrado tener casi el 100% de los pacientes y citas gestionadas mediante el Sistema JARA y al total del personal del SFH formado.

El apoyo continuo de la UC ha sido fundamental, sobre todo en las primeras etapas de la implantación.

La integración en este sistema nos ha permitido hacer visible ,de cara a los gestores, nuestra creciente actividad, optimizar el tiempo dedicada a este área y realizar una gestión mucho más clínica de los pacientes.

999. INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN CENTRO DE SALUD PENITENCIARIO: ESTRUCTURA EN TRANSFORMACIÓN (1 AÑO DE EXPERIENCIA)

AUTORES: Perez España Z, Ibarrola Izquierdo I, Castiñeira Sancho Mj, Uriarte Larrea L, Isusi San Martin Li, Yurrebaso Ibarretxe Mj.

Hospital Basurto. Avda. Montevideo N°18. Vizcaya. España

OBJETIVO: Describir la implicación de la integración de la farmacia hospitalaria y la evolución del circuito del depósito de medicamentos en un Centro de Salud Penitenciario (CSP).

MATERIAL Y METODOS: Tras la transferencia de la sanidad penitenciaria a la Comunidad Autónoma el 1 de julio de 2011, el depósito de medicamentos del CSP quedó adscrito al servicio de farmacia del hospital de referencia. En abril del 2014 se concedió la autorización de creación y funcionamiento del depósito de medicamentos del CSP y la integración de un farmacéutico hospitalario en el mismo. Se inició un proceso de integración y coordinación entre el CSP y el hospital de referencia en cuanto a la logística del medicamento y el circuito prescripción-dispensación. Previamente la prescripción se realizaba en orden médica en papel y se llevaba a cabo la transcripción de la prescripción a una aplicación informática (SANIT) para obtener los listados de tratamiento farmacológico de los internos. No existía la validación farmacéutica previa a la administración.

RESULTADOS: Actualmente, el historial farmacoterapéutico de los internos del CSP es registrado en la e-historia corporativa. Con la integración del farmacéutico hospitalario, se dio un "impulso informático" para la implantación de la prescripción electrónica (e-osabide) como única herramienta de prescripción. Se estableció la estructura de hospitalización para llevar a cabo el sistema de unidosis al igual que en el resto de hospitales de la Comunidad Autónoma. Se definieron los diferentes módulos de farmacia: Enfermería, General, Módulo y Sección abierta. El farmacéutico realiza además conciliación de tratamiento al ingreso y se entrega a cada interno que ingresa con medicación la hoja informativa de su tratamiento activo. Los psicótopos y demás fármacos que requieren especial control se dispensan en dosis unitarias. En el CSP toda la medicación de unidosis se considera Tratamiento Directamente Observado y se dispensa dos veces al día. Se obtienen los listados de cada módulo de e-osabide diariamente. La medicación crónica se entrega mensualmente a cada interno, llevando un registro de las dispensaciones, y la medicación aguda se entrega en el momento de la consulta. Se inició un nuevo procedimiento para garantizar el suministro de medicamentos al CSP desde el hospital de referencia: las compras de medicamentos se hacen a través de la farmacia hospitalaria, basándose en la Guía Farmacoterapéutica propia del hospital. El pedido se realiza quincenalmente a través de una herramienta informática (Bilbide) en la que están definidos por grupos los medicamentos pactados que entran en formulario (como en el resto de plantas del hospital).

CONCLUSIONES: La integración de la farmacia hospitalaria en la institución penitenciaria y la colaboración entre los profesionales sanitarios del CSP, ha ayudado a optimizar la logística del medicamento y el circuito prescripción-dispensación. De esta manera, se ha logrado pasar de una estructura asistencial sanitaria «ambulatoria» a «semihospitalaria» o «residencial». En resumen, se trata de que el centro penitenciario funcione como una planta más del hospital de referencia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

380. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORES: Martínez Turrión J, Santos Rubio Md, García-Avello Fernandez-Cueto A, Villanueva Bueno C, Guisado Gil Ab, González Bueno J.

Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar el porcentaje de casos en los que se refleja en la historia clínica electrónica la firma de consentimiento informado al inicio de un esquema oncológico.

Incrementar el nº de profesionales que indican en la historia clínica la firma del consentimiento informado por parte del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se seleccionaron los 25 primeros pacientes que iniciaron un 1º ciclo de tratamiento quimioterápico en enero de 2012 y 2013 en el hospital. Tras ello se procedió a una búsqueda de alguna alusión en las historias clínicas de «Diraya» a la firma de un consentimiento informado en el inicio de la quimioterapia o en los cambios posteriores de esquemas.

Los datos obtenidos se recogieron en una tabla excel con las variables siguientes: número de historia clínica, diagnóstico del proceso, alusión al consentimiento informado en la historia clínica (si o no), fecha del consentimiento, nombre del facultativo y observaciones.

Los distintos casos que se presentaron se clasificaron en 4 categorías:

En la historia clínica figura consentimiento informado para la medicación actual.

En la historia clínica hay constancia del consentimiento informado en la 1ª línea de tratamiento pero no para el resto.

No hay constancia de consentimiento informado en la historia clínica.

Otros

Se consideró que la historia clínica estaba debidamente cumplimentada cuando se podía incluir en las dos primeras categorías.

Como intervención posterior, se remitió a los médicos del servicio de oncología los datos recogidos en la tabla y se les informó de los resultados para su discusión en una sesión clínica llevada a cabo en Marzo de 2013.

Para comprobar la efectividad de la intervención anterior se realizó el mismo análisis para los pacientes de enero de 2014 y se comparó con los datos anteriores.

RESULTADOS: Se comprobó que un 60% y 36% de los casos analizados en 2012 y 2013 respectivamente no había ninguna alusión al consentimiento informado en la historia clínica, y que en un 16% y 36% respectivamente el consentimiento informado figuraba al inicio del tratamiento quimioterápico, pero que no constaba al cambiar de una línea de tratamiento a otra diferente.

Tras analizar los datos obtenidos en enero de 2014 se observó que el porcentaje de historias clínicas debidamente cumplimentadas ascendía hasta el 84 % y que el nº de casos sin ninguna alusión al consentimiento informado descendía hasta el 12 %

CONCLUSIONES: La historia clínica electrónica supone una herramienta fundamental para la integración del tratamiento de un mismo paciente por parte de varios especialistas así como, para recabar información de diversos pacientes cara a estudios posteriores. La intervención realizada aumentó en gran medida el porcentaje de historias clínicas en las que se incluía el consentimiento informado de una manera estandarizada, lo cual aumenta su calidad y es uno de los estándares de algunas acreditaciones de calidad como la de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1198. INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE FARMACIA SOBRE OMALIZUMAB

AUTORES: Rodríguez Samper Mc, Sola Morena Md, De Mora Alfaro Mj, Pagan Nuñez Ft, Ramirez Corcoles A. Hospital General De Villarrobledo. Avenida Miguel De Cervantes S/N. Albacete. España

OBJETIVO: El gasto farmacéutico por omalizumab supuso en nuestro hospital hasta un 5% del gasto farmacéutico intrahospitalario, por lo que se acordó desde la Dirección del centro, la creación de un comité de Uso sobre Omalizumab (CUO) donde participarían los servicios implicados.

El objetivo del estudio es la revisión de las medidas tomadas desde la creación del comité, así como el análisis de los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Julio de 2013 se creó el CUO implicando a los servicios relacionados con el tratamiento: Alergia, Medicina Interna y Farmacia.

Desde Julio de 2013 a Abril de 2015, las medidas tomadas fueron las siguientes:

- Realización de reuniones periódicas, ante un paciente con posible inicio o cambio de pauta posológica.
- Revisión de tratamientos activos, promoviendo desescalada de dosis en pacientes con estabilidad clínica y suspensión de tratamientos en pacientes con baja eficacia.
- Creación y aplicación de un protocolo de uso para validar los inicios y seguimientos de pacientes.
- Registro de dosis dispensadas con gasto acumulado por paciente.
- Comunicación de resultados a la dirección del centro anualmente.

RESULTADOS: Desde Julio 2013 hasta Abril 2015 se realizaron un total de 7 reuniones trimestrales, asistiendo los servicios de Farmacia, Alergia y Medicina Interna.

Se aplicó el protocolo de uso a un total de 9 pacientes que iniciaron el tratamiento durante dicho periodo.

Previa a la intervención, 20 pacientes estaban con tratamiento activo con Omalizumab, 3 pacientes con pautas quincenales y 17 pacientes con pautas mensuales, con un gasto medio/ paciente de 580 euros.

De los pacientes tratados, en tres casos se trataba por urticaria alérgica, a través de uso compasivo y en el resto por asma bronquial.

Durante el periodo del estudio se suspendieron 12 tratamientos por baja eficacia o por estabilidad clínica. Se aumentó la dosis a 5 pacientes por mala evolución (3 pacientes aumentaron un 50%, uno 33% y otro, el 100% de su dosis). En otros 5 casos se decidió la reducción de dosis por estabilidad clínica, reduciendo un 50% de ésta en tres pacientes, y un 25% y 75% respectivamente en el resto.

Durante el periodo de estudio, sólo un paciente reinició por aparición de clínica, tras dos años de suspensión del tratamiento.

Actualmente, tras la revisión de los casos y los nuevos inicios aprobados por protocolo, contamos con 13 pacientes en tratamiento (6 con pautas quincenales y 7 con pautas mensuales), con un coste medio/paciente de 680 euros. La optimización y adecuación de las pautas posológicas del tratamiento, supusieron un ahorro económico durante el primer año de la intervención de 37.288,47 euros.

CONCLUSIONES: La creación de un CUO, ha permitido la revisión de los tratamientos activos, la creación de un protocolo validado y un uso más restringido del tratamiento. La adecuación de las dosis, se ha traducido en pacientes mejor controlados a través de pautas individualizadas, evitando el uso de dosis ineficaces o no necesarias.

La optimización de las terapias ha supuesto un importante ahorro económico, así como un uso racional de las mismas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

553. MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Bonilla Galan C, Estepa Alonso Mj, Liso Rubio J, Tejada Merino A, Briegas Morera D, Meneses Mangas C. Complejo Hospitalario Universitario De Badajoz. Avenida De Elvas, S/N. Badajoz. España

OBJETIVOS:

Conocer el nivel de satisfacción general del Servicio de Farmacia (SF) para poder identificar las expectativas y necesidades de todo el personal y así poder plantear acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras obtener la certificación según la Norma de Calidad de la Farmacia Hospitalaria en el año 2014, se llevó a cabo una encuesta de clima laboral en un hospital de tercer nivel, que sigue el Modelo EFQM.

Este cuestionario fue adaptado y cuenta con 54 ítem organizados en 10 grupos: servicio de Farmacia, condiciones ambientales, ergonomía, posibilidad creativa, compañerismos, responsables, puesto de trabajo, remuneración, reconocimiento y comunicación. Dentro de cada apartado se podían añadir sugerencias de mejora.

La encuesta fue entregada a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que formaban parte del servicio en ese momento y una vez cumplimentada fueron depositadas en el buzón de sugerencias. Se informó a todo el personal que todas las respuestas se tratarían de forma confidencial y anónima.

Finalmente, el responsable de calidad procesó los datos y obtuvo unos resultados exponiendo, tras ello, las fortalezas, debilidades y líneas de acción. Se informó a todo el SF, mediante una reunión y a través de la web, de todas las conclusiones obtenidas.

RESULTADOS: La encuesta fue entregada personalmente a 34 profesionales, recibándose 26 dentro del plazo (76.47%). La tasa de respuestas por estamentos fue: farmacéuticos 50%, personal enfermería 84.2%, personal no sanitario 33.3%, 3 del total de las encuestas entregadas estaban sin identificar (8.8%). La muestra es representativa, con confianza estadística del 95%, se sitúa el tamaño muestral en 25 respuestas.

El aspecto mejor valorado, con un 67.78%, ha sido la figura de los responsables, seguido de la posibilidad creativa e iniciativa, con un 64.06%, compañeros de farmacia y servicio de farmacia (58.14% y 56.41% respectivamente). Por su parte, los peores resultados se encontraron en el apartado remuneración, sólo el 19.61% de los encuestados se encuentra conforme con su sueldo, seguido del aspecto comunicación, el 37.5% se encuentra satisfecho con ella.

En términos generales, el 53.5% de las respuestas corresponden a las que indican que el personal está satisfecho.

La mitad del personal encuestado (13) aportó sugerencias de mejora, incidiéndose, con ellas, en cuestiones generales del servicio, ambientales, responsables, puesto de trabajo, compañeros de trabajo y ergonomía principalmente.

El estamento más satisfecho con su entorno laboral es el personal no sanitario, seguido del personal de enfermería y farmacéuticos. El menos satisfecho fue el grupo que no identificó su categoría profesional.

En vista a estos resultados, se pusieron en marcha 6 líneas de acción con la intención de mejorar la satisfacción del personal.

CONCLUSIONES: Este tipo de encuesta nos ha permitido conocer la percepción del personal e identificar las fortalezas y debilidades del SF, sirviéndonos de base para la elaboración y puesta en marcha de líneas de acción prioritarias que permitan mejorar la satisfacción del personal de farmacia.

Es necesario realizar un seguimiento de todas las líneas de mejora propuestas para asegurarnos su consecución.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

76. MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL COSTE POR PROCESO AL AMPLIAR LA ESTABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA DE BORTEZOMIB

AUTORES: Barrueco Fernandez N, Gil Alegre E, Escobar Rodriguez I, Saez De La Fuente J. Hospital Infanta Leonor. Avda. Gran Vía Del Este, 80. Madrid. España

OBJETIVO: En el año 2012 la EMA aprobó la administración subcutánea de bortezomib en el tratamiento de mieloma múltiple, basándose en los resultados del ensayo clínico fase III (eficacia no inferior a la vía IV, con un perfil de seguridad más favorable en cuanto al desarrollo de neuropatía periférica). La concentración para vía SC (2.5mg/ml) carecía de estudios de estabilidad de calidad, al contrario que la vía IV (1 mg/ml). Por ello no se realizaba un máximo aprovechamiento de la presentación comercial (Velcade®), con el incremento del coste correspondiente. El desarrollo y publicación de un estudio de extensión de la estabilidad con adecuado diseño y metodología validada podría permitir aumentar la eficiencia del proceso (mieloma múltiple). El objetivo de este estudio es calcular la disminución del coste del tratamiento del mieloma múltiple con bortezomib tras aplicar los nuevos datos de extensión de la estabilidad de la concentración de 2,5 mg/ml.

MATERIAL Y METODO: Análisis de todos los pacientes que han que han recibido tratamiento con bortezomib para mieloma múltiple en el año 2014. De cada uno de ellos se recoge: dosis, fecha de administración y coste. Para realizar el cálculo de los costes, se tienen en cuenta las siguientes premisas:

1. Los nuevos datos de estabilidad (7 días refrigerado (2°C-8°C) y protegido de la luz) empezaron a aplicarse el 1 de junio 2014.
2. El coste es el resultado de aplicar al PVL los descuentos oficiales y el IVA.
3. No se ha tenido en cuenta una bajada de PVL que tuvo lugar en el mes de septiembre, a fin de que en los datos de los resultados el único factor sea la extensión de la estabilidad.

RESULTADOS: En el año 2014 se han tratado 18 pacientes con un coste total de 297.356 €. Antes del 1 de junio 2014 se trataron 11 pacientes, con un total de 134 administraciones, que recibieron una dosis media de 1,88 mg (1,5-2,7). El coste total fue de 137.876€, lo que supone un coste/mg de 492,94€. A partir de junio 2014 se han tratado 14 pacientes, con un total de 208 administraciones, que recibieron una media de 2,06 mg (1,2-2,6). El coste total fue de 159.480€, lo que supone un coste/mg de 396€. Si no se hubiera aplicado la nueva estabilidad, el consumo de bortezomib del año 2014 hubiera aumentado a 336.383 €.

CONCLUSIONES: La realización y aplicación de los resultados del nuevo estudio de extensión de la estabilidad de la concentración de bortezomib 2,5mg/ml en la unidad centralizada de preparación de mezclas citotóxicas del Servicio de Farmacia, ha permitido un ahorro de 39.027€ en el año 2014, disminuyendo el coste/paciente un 9,1% y el coste/mg un 19,7%.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

672. MEJORA DE LA PREPARACIÓN DE LOS CARROS DE UNIDOSIS APLICANDO LEAN MANAGEMENT

AUTORES: Alba Aranda G, Simón Pérez R, Matas Montaner C, Orpi Fernández M, Carbonell Artigas N. Consorci Sanitari del Garraf. Ronda Sant Camil s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: Enmarcados en la mejora continua de los procesos en el Servicio de Farmacia nos marcamos como objetivo la mejora de la preparación de los carros de unidosis aplicando la metodología Lean Management.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un Value Stream Map del proceso y un spaghetti flow detectándose los siguientes problemas:

- impresión del censo de cada unidad con identificación de cada cajetín con el nombre del paciente.
- 52 % del total de las devoluciones son fármacos analgésicos de pauta fija no administrados porque el paciente no lo precisa
- 46 % de devoluciones de medicación obstétrica a causa de la corta estancia de este tipo de pacientes
- desplazamientos fuera de la zona de carga de carros para ir a buscar fármacos de gran volumen.
- listado de carga de carro, los fármacos no están ordenados por el mismo orden que su ubicación.

RESULTADOS: Se analizan las causa-raíz de los problemas detectados priorizando las siguientes soluciones:

- eliminar la identificación de cada cajetín con el nombre del paciente ya que enfermería administra la medicación "a pie de cama".
- no dispensar por unidosis los analgésicos metamizol ampollas y dexketoprofeno ampollas y destinar en cada carro de unidosis un cajetín para estos fármacos que se repone des del Servicio de Farmacia.
- no preparar el carro de la planta de obstetricia.
- se estandariza la carga de carros de forma que en primer lugar se carga el carro en la zona de unidosis con toda la medicación disponible en ella y posteriormente se desplaza el carro al almacén para incorporar los fármacos de gran volumen

- se diseñan los listados de carga de unidades en el mismo orden que se encuentran almacenados los fármacos en la zona.

- se organiza la zona de carga aproximando los fármacos de mayor dispensación

Se realiza el Value Stream Map futuro eliminando todas aquellas actividades que no aportan valor añadido al proceso, y un estándar 0 del procedimiento de carga de carro que minimiza los desplazamientos en la carga del carro y elimina aquellos que son innecesarios.

Una vez implantado el estándar de trabajo se ha reducido el tiempo preparación de carros en 40 minutos, un 35 % del tiempo total. De esta forma los carros de unidades se preparan más cerca de su hora de salida y se disminuye en un 20 % los cambios por diferencias posteriores a su preparación.

CONCLUSIONES: La aplicación de la metodología Lean Management ha permitido optimizar la preparación de los carros de unidades disminuyendo el tiempo de preparación y el trabajo innecesario.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

752. MEJORANDO LA EFICIENCIA: PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Gil Martín A, Morales Irala D, Aranguren Oryazabal A, Calvo Alcantara Mj, Lopez Centeno B, Cruz Martos E. Subdirección De Compras De Farmacia Y Productos Sanitarios De Comunidad De Madrid. Madrid. Madrid. España

OBJETIVO: En el año 2013, con la finalidad de establecer distintas estrategias de eficiencia para la gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SF), se creó el grupo de trabajo para la Optimización de Costes Operativos coordinado por el Servicio de Salud.

Una de las estrategias propuestas por el grupo de trabajo era facilitar la posibilidad de compartir con otros hospitales medicamentos de alto impacto económico que, por diversas razones, no iban a ser utilizados por el hospital a corto plazo. Para ello se ha desarrollado una aplicación informática denominada Plataforma de Intercambio de Medicamentos (PIM).

El principal objetivo es describir el funcionamiento de la PIM y evaluar su implantación y los primeros **RESULTADOS:**

MATERIAL Y MÉTODOS: La PIM es una aplicación web que permite a los SF registrar los medicamentos susceptibles de intercambio y que estos puedan ser consultados por los distintos SF, accediendo de una forma rápida y sencilla a la disponibilidad de los mismos.

El objetivo principal de la aplicación es el registro de medicamentos de alto impacto económico y que previsiblemente no vayan a ser utilizados en el centro de origen antes de su fecha de caducidad. No obstante, también puede ser una herramienta útil para compartir medicamentos con dificultades de adquisición por razones diversas como un importe mínimo exigido por el laboratorio o problemas de suministro por parte del proveedor.

Si un hospital tiene interés en adquirir alguno de los medicamentos ofertados, tras cumplimentar determinados campos, la aplicación crea los documentos de cesión y devolución de medicamentos, facilitando así aspectos logísticos.

La aplicación registra los movimientos de medicamentos, gestionando de manera automática los stocks de los mismos en función de los intercambios realizados y elimina de forma automática los medicamentos ofertados que alcanzan su fecha de caducidad y calcula el coste evitado de cada intercambio realizado.

Indicadores de utilización de la PIM:

- Número de medicamentos registrados.
- Número de SF que han registrado medicamentos.
- Número de medicamentos registrados en situación de desabastecimiento.
- Intercambios de medicamentos realizados.
- Coste evitado.
- Máximo coste potencialmente evitable.

RESULTADOS: La PIM se desarrollo entre Octubre-Diciembre 2014 y fue probada y validada por el grupo de trabajo durante el primer trimestre de 2015, poniéndose a disposición de todos los SF a partir de Abril 2015.

Actualmente, se han realizado 69 registros, correspondientes a 59 medicamentos distintos, siendo uno de ellos motivado por una situación de desabastecimiento.

Estos registros han sido realizados por 12 SF. El máximo coste potencialmente evitable en el momento de estudio es de 171.581€.

Hasta el momento de estudio se han realizado 6 intercambios de medicamentos que han supuesto un coste evitado de de 5.621€.

CONCLUSIONES: La PIM ha resultado ser una herramienta ágil y sencilla que permite compartir información acerca de medicamentos próximos a caducar y que pueden ser intercambiados entre los hospitales.

También permite tener información puntual del stock disponible de determinados medicamentos en situaciones de desabastecimiento en cada uno de los hospitales.

A través de la aplicación se han evitado costes directos de adquisición permitiendo una gestión más eficiente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

25. METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA PARA LA MEJORA DEL CIRCUITO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE MATERIALES EN LAS SALAS BLANCAS DE UN HOSPITAL GENERAL TERCIARIO

AUTORES: Valero García S, Font Noguera I, Castell Martínez Mp, Estrela Guardiola A, López Briz E, Poveda Andrés JI. Hospital Universitario La Fe. Avda. Francisco Abril Martorell, 16. Valencia. España

OBJETIVOS: Optimizar el circuito de entradas y salidas de materiales en Salas Blancas (SB) mediante la metodología Lean Seis Sigma.

MATERIAL/MÉTODOS: Situación inicial: Las SB disponían de siete puntos de almacenaje de materiales cuya gestión resultaba difícil y opaca. Asimismo, la ubicación y la comunicación del coordinador externo entre SB y farmacia y el flujo de entradas y salidas de materiales y productos finales no satisfacían a los profesionales implicados. Ámbito: Hospital general terciario de 1.000 camas. Diseño: Observacional y prospectivo. Periodo: Se desplegaron las etapas DMAIC® de noviembre de 2014 a febrero de 2015. Población: Profesionales de las SB. Muestra: Se creó un grupo de trabajo con profesionales implicados en el circuito. Se mapearon los puntos de almacenaje de materiales y se representó gráficamente el mapa de flujo de valor de la reposición de los mismos con análisis de causas de las roturas de stock. También se realizó el mapa del flujo de solicitudes de elaboración de productos. Los desplazamientos se esquematizaron con el "diagrama espaguetti". Acciones: Optimizar el acceso y el puesto de coordinación externo de SB. Simplificar las entradas y salidas de prescripciones de fórmulas magistrales. Simplificar la reposición de material fungible para las SB. Variables: Número de pedidos/día, número de material fungible/día, número de llamadas diarias por peticiones urgentes, número de km recorridos/mes por el coordinador externo, su repercusión en tiempo (h) y coste (euros) de personal. Estas dos últimas variables se midieron antes y después de las acciones implementadas.

RESULTADOS: Se eliminó el depósito de material fungible ubicado a la salida de productos elaborados de las SB pasando el coordinador externo a la zona de recepción de farmacia con disponibilidad de telefonía móvil. El envío y el registro electrónico de solicitudes de fórmulas magistrales redujo los desplazamientos en 63,9 km/mes (63,9 a 0 km/mes), correspondientes a 37,5 horas/mes (45 a 7,5 h/mes) y 315 euros/mes (378 a 63 euros/mes). El nuevo circuito electrónico de reposición diaria de material fungible con base de datos en red compartida suprimió los papeles y los desplazamientos. Así, disminuyó el número de pedidos de material fungible a 3 pedidos/día (14,436 ± 8,6 materiales/día) y el número de llamadas recibidas a 8,5/día. No se disponían de datos previos por destrucción de notas de pedidos y carecer de telefonía. Asimismo, el registro electrónico de los pedidos de materiales permitió la actualización periódica de stocks de almacenes internos. Las mejoras requirieron formación de profesionales y la actualización de procedimientos normalizados de trabajo. Al cierre del proyecto se presentaron los resultados al equipo de farmacia y se aprobaron futuras mejoras.

CONCLUSIONES: La metodología Lean Seis Sigma aplicada a los procesos logísticos y asistenciales de las SB ha permitido normalizar procedimientos (reducción de variabilidad) y aumentar la eficiencia de los circuitos internos (eliminación de desplazamientos), a la vez que mejoró las condiciones de trabajo (satisfacción de los profesionales). A medio plazo, se aplicarán herramientas de Lean para mejorar la estructura y la señalización de los puntos de almacenaje de los materiales en las SB.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

13. MISOPROSTOL USE IN MEDICAL EVACUATION OF SPONTANEOUS ABORTION: DRUG USE EVALUATION STUDY

AUTORES: Samah Ahmad E, Doua Tayseer A, Abdulrouf Valapila P, Afif Mohamad A, Moza Sulaiman A, Kholoud Sulaiman A.

Women's Hospital. Doha, Qatar. Internacional. Qatar

OBJECTIVES: to conduct a drug use evaluation study by investigating the indications, appropriateness of dosing, and clinical outcome of misoprostol-only regimen when used for medical evacuation of spontaneous abortion.

MATERIAL AND METHOD: a retrospective descriptive drug use evaluation study was conducted on all women with spontaneous abortion who received Misoprostol-only regimen for medical evacuation during August 2013. The patients' data were collected using a pre-prepared data collection sheet. The current practice at women's Hospital was compared with the World Health Organization (WHO) recommendation. The WHO approved misoprostol regimens differ according to the gestational age based on the weeks of amenorrhea or last menstrual period. Accordingly, patients were stratified into three main groups, women ≤ 9 weeks, women between 10 to 12 weeks, and women between 13 to 22 weeks of gestation.

RESULTS: one-hundred and seven patients had at least one prescription of misoprostol during August 2013. Thirty-three patients (31%) were included in the analysis. In these patients, the main indication for using misoprostol-only regimen was missed abortion (54.5%). About 15.2% of the patients were ≤ 9 weeks, 51.5% of patients were 10 to 12 weeks, and 33.3% of patients were 13 to 22 weeks. In the first group, patients who were ≤ 9 weeks, 80% of them received an initial dose of misoprostol of 800 mcg, 80% received frequency within WHO recommendation, and 60% received ≤ 3 total doses. Most of the patients had surgical evacuation (80%) as a clinical outcome. In the second group, patients who were 10 to 12 weeks, more than 80% of them received an initial dose of 800 mcg, only 6% received frequency as WHO recommendation, and more than 60% received ≤ 3 total doses. Most of the patients had successful medical evacuation (76.5%) as a clinical outcome. In the third group, patients who were 13 to 22 weeks, more than 80% of them received an initial dose of 400 mcg and more than 70% continued the regimen with 400 mcg dose. More than 80% of them received frequency as WHO recommendation, more than 70% received ≥ 2 doses, and 54% of them had successful medical evacuation as a clinical outcome. Across all patient groups, 20 patients (61%) had successful medical evacuation as a clinical outcome.

CONCLUSIONS: despite that the current practice at women's Hospital was not always in accordance with the WHO recommendation; successful medical evacuation as a clinical outcome was achieved in most of the patients.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1186. PAPEL DEL FARMACEUTICO ANTE LOS DESABASTECIMIENTOS TEMPORALES DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Gutiérrez Vozmediano R, Martínez Valero A, Martí Llorca A, Rodríguez Lucena FJ, Matoses Chirivella C, Navarro Ruíz A.

Hospital General Universitario de Elche. Camí de L'Amàssera, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: El desabastecimiento de medicamentos se define como un problema de suministro de medicamentos que demanda un cambio. Se ha convertido en un problema frecuente que impacta directamente en el paciente. Los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante a la hora de buscar soluciones que repercutan positivamente en la asistencia farmacoterapéutica del paciente. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de los desabastecimientos en nuestro hospital, así como establecer un plan de contingencia para abordar este tipo de situaciones.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo entre enero 2014 y mayo 2015 en un hospital general. Se identificaron todos los medicamentos con problemas de suministro notificados por la AEMPS incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) y se clasificaron por grupo terapéutico. El impacto se definió como el porcentaje de especialidades afectadas por algún problema de suministro respecto del total incluidas en GFT y se clasificaron en 5 categorías: medicamentos con alternativa incluida en la GFT, sin alternativa en el hospital pero disponible a nivel nacional, alternativa disponible como medicamento extranjero (ME), medicamentos sin alternativa terapéutica en el mercado y medicamentos de farmacia comunitaria dispensados en el hospital como ME. Tras la evaluación de los resultados se diseñó un protocolo de actuación.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio un total de 63 medicamentos incluidos en GFT experimentaron algún tipo de desabastecimiento, lo que supone un 6.6% del total de los incluidos en GFT. De estos, 14 (22.2%) pertenecían al grupo terapéutico de antiinfecciosos, principalmente antibacterianos y vacunas; 12 (19%) al del sistema nervioso, la mayor parte antipsicóticos y antidepresivos, y 9 (14.3%) al hormonal, en su mayoría corticoides para uso sistémico. El resto se distribuyeron entre los demás grupos terapéuticos.

Para el 19% de los desabastecimientos había una alternativa disponible en la GFT, para el 28.6% se encontró una alternativa a nivel nacional, el 38.1% de los desabastecimientos pasaron a adquirirse como ME, en el 11.1% de los casos no existían alternativas comercializadas y el 3.2% afectaron a medicamentos de farmacia comunitaria dispensados en el hospital como ME.

Se diseñó un plan de contingencia que incluyó un algoritmo de decisión para simplificar el manejo de los desabastecimientos, el cual considera aspectos como: identificación de pacientes en riesgo, información al médico prescriptor,

situación clínica del paciente, alternativas terapéuticas, cambio de vía de administración, reacondicionamiento de viales, etc.

CONCLUSIONES: El 81% de los desabastecimientos se producen en especialidades sin alternativa en la GFT, lo cual repercute en la carga de trabajo del farmacéutico.

Los resultados observados han motivado la elaboración de un algoritmo de decisión para abordar el problema de los desabastecimientos. El plan de contingencia establecido requiere de evaluaciones posteriores para validar su efectividad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

980. PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ACTUALIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO DEL ÁREA DE FARMACIA

AUTORES: Hierro Pedrosa Cm, Maleno Tomás L, Fernández Carreño V, Barrera Encarnación S, Morales Guerrero C, Castro Vida Má.

Empresa Pública Hospital De Poniente. Ctra Almerimar S/N. Almería. España

OBJETIVO: Evaluar el papel del Técnico de Farmacia (TF) en la actualización y elaboración de los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) del Área de Farmacia, como parte de su trabajo en la mejora de la calidad de los procesos o actividades del área.

MATERIAL Y METODO

Durante un año se han revisado y actualizado todos los PNT del área como método de mejora de la calidad de las actividades desarrolladas en el Área de Farmacia. Se ha constituido un grupo de trabajo formado por los TF del área bajo supervisión de dos Farmacéuticos referentes. Las reuniones del grupo se han realizado con frecuencia semanal. El punto de partida para la mejora de los protocolos o procedimientos de trabajo fueron los PNT existentes. La metodología llevada a cabo fue revisar el índice de PNT, determinar en cuáles de ellos intervenían los TF con funciones concretas, revisar cada uno de ellos exhaustivamente en todos sus apartados para detectar si había habido cambios en responsabilidades, funciones, o actividades. Actualizar los necesarios. Y en base al desarrollo de las competencias y funciones de los TF en el área detectar la inexistencia de PNT para elaborar nuevos PNT desarrollando las mismas en base al documento PNT Guía que incluye Objetivos, Aplicación, Responsabilidades, Descripción y Secuencia de Actividades, Registros y Control de Calidad, Anexos, Bibliografía.

RESULTADOS: Se parte de un número de 13 PNT y se obtienen 36 PNT. Del total de 36 PNT los técnicos intervienen en la revisión, actualización y elaboración de 16 PNT (44,44%). 2 de ellos de reciente creación estaban actualizados. Se han transformado 2 en 4: PNT de Dosis Unitarias se divide en PNT de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU) y en el PNT de Validación Farmacéutica de la Prescripción Electrónica Asistida. PNT de Control de Botiquines se divide en PNT de Revisión Semestral de Botiquines y PNT de Reposición de Botiquines. Todos se elaboran de nuevo ya que los existentes estaban obsoletos. Se han actualizado 3: PNT Reenvasado de medicamentos, PNT de Dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU), PNT de Control de caducidades. Se han elaborado 8 nuevos PNT: Revisión Semestral de Botiquines; Control y Registro de Temperatura Evisense; Sistema Dispensación Automatizada "Omnicell®"; Control y Validación de Temperatura de Medicamentos Termolábiles durante el Transporte Intercentros; Control Temperatura Farmacias Intermedias; Armario Horizontal Automatizado "Carrusel"; Incidencias Cámara Frigorífica, Neveras y Congeladores; Reposición de Botiquines. Se han incorporado el papel del TF en la consulta externa en el PNT de Atención Farmacéutica y Dispensación a Pacientes Externos. La modificación y elaboración de cada PNT ha sido motivada por la implantación de nuevas tecnologías y la incorporación de nuevas funciones de los TF en las actividades del área.

CONCLUSIONES: Se ha conseguido una elevada implicación de los TF. Con ello se logra unificar los criterios para realizar una misma actividad dentro del área de Farmacia, lo que contribuye a la mejora de la calidad de los procesos y aumenta la eficiencia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1094. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS OPIOIDES Y OTROS ANALGÉSICOS

AUTORES: Monje García B, Gimenez Manzorro Á, Ruiz Martínez C, García González X, Revuelta Herrero JL, Sanjurjo Sáez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle del Dr. Esquerdo, 46, 28007 Madrid. Madrid. España

OBJETIVOS: La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) posiciona a los fármacos analgésicos según su potencia en el alivio del dolor. El primer escalón lo forman fármacos analgésicos no opioides utilizados para el dolor leve (AINES, metamizol y paracetamol). Los fármacos opioides (débiles y potentes) constituyen el principal grupo farmacológico para el control del dolor, formando parte del segundo y tercer escalón de analgesia. Los datos de la OMS han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar el tratamiento del dolor empleando analgésicos opioides. Por ello, el consumo de opioides es un importante indicador de calidad asistencial.

El objetivo es describir el perfil de utilización de fármacos opioides y otros analgésicos en el año 2014 y su evolución desde el año 2011 al 2014. Como objetivo secundario conocer el impacto económico de los analgésicos en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo. Se recogieron los datos de consumo en unidades monetarias (€) y las unidades de cada presentación comercial de los grupo farmacológicos (opioides potentes, opioides débiles, AINES, paracetamol y metamizol), mediante el programa de gestión del Servicio de Farmacia (Farhos® Gestión). Se transformaron en dosis diaria definida (DDD) y dosis diaria definida por 100 estancias hospitalarias (DDD/100estancias).

RESULTADOS: En 2014 se consumieron 522.088 DDD de analgésicos, correspondientes a 143,6 DDD/100estancias. La distribución por grupo terapéutico resultó: 49,4 DDD/100estancias (34,4%) AINES, 48,3 DDD/100estancias (33,7%) paracetamol, 23,1 DDD/100estancias (16,1%) opioides potentes, 19,9 DDD/100estancias (13,8%) metamizol y 2,9 DDD/100estancias (2,0%) opioides débiles.

Los opioides potentes más consumidos fueron el fentanilo transdérmico (10,2DDD/100estancias) seguido por la morfina parenteral (10,0DDD/100estancias) y el opioide débil consumido mayoritariamente fue el tramadol (2,3DDD/100estancias). Estos tres representaron el 86,5% del consumo total de opioides.

Entre 2011-2014, el uso de opioides se incrementó en un 21,2%. El fentanilo transdérmico tuvo un incremento del 43,7%, la morfina parenteral del 14,9% y el resto se mantuvo constante.

El gasto en analgesia en 2014 supuso 338.504,5€ (0,41%) del gasto farmacéutico total del hospital, la mayoría en un 91,0% para pacientes ingresados. El gasto en analgesia difiere con respecto al perfil de utilización, siendo la distribución: paracetamol intravenoso (61,3%), opioides potentes (15,5%), AINES (12,8%), metamizol (5,9%), paracetamol oral (3,0%) y opioides débiles (1,5%).

CONCLUSIONES: Se describe un incremento significativo del consumo de opioides, lo que se considera una mejora en el tratamiento y control del dolor. El fentanilo transdérmico y la morfina intravenosa fueron los opioides de mayor consumo.

El gasto en analgesia supone un bajo porcentaje del gasto farmacéutico total, siendo el paracetamol intravenoso el de más impacto económico. Sin embargo, el mayor consumo en DDD de analgésicos es en AINES seguidos de paracetamol.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

662. PRESCRIPCIÓN HOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS EN CONDICIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA

AUTORES: Arocas Casañ V, Mateo Carmona J, García Molina O, Fernández De Palencia Espinosa Má, Blázquez Álvarez Mj, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Desarrollar un proceso de gestión de medicamentos en condiciones Fuera de Ficha Técnica y analizar los tratamientos, indicaciones y unidades clínicas más habituales que los solicitan, qué variables influyen en la decisión de autorización y su impacto económico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un procedimiento según el cual los clínicos cumplimentarían las solicitudes y el Servicio de Farmacia redactaría los informes valorando su eficacia, seguridad, conveniencia y coste. Se analizaron las solicitudes de los últimos cinco años.

RESULTADOS: Se recibieron 834 solicitudes, autorizándose el 88,1%. Las tasas de autorización fueron mayores para los Servicios Pediátricos (95,7% frente a 86,6%; $p < 0,05$). Las razones por las que las prescripciones se consideraron fuera de ficha técnica fueron: diferente indicación (73,2%), combinación diferente (10,2%), línea diferente (8,6%) y edad diferente (8%). El 73,4% de las solicitudes fueron de antineoplásicos, siendo rituximab (120) y bevacizumab (103) los más prescritos. La calidad de la evidencia que avalaba las prescripciones fue moderada-baja, aunque sin demostrar relación directa con la probabilidad de aprobación ($p = 0,413$). El coste de los medicamentos aprobados

fue de 8.567.537 € y el ahorro teórico de los denegados 2.268.642 €. El porcentaje de autorización disminuyó según aumentó el gasto de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$, test t de Student).

CONCLUSIONES: La responsabilidad de evaluación de las prescripciones fuera de ficha técnica ha recaído en los Servicio de Farmacia. La calidad de la evidencia no ha demostrado ser una variable decisiva para la aprobación de los tratamientos. En cambio, la edad y el coste sí que han demostrado influir significativamente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

623. PRINCIPIO ACTIVO VERSUS NOMBRE COMERCIAL: REORIENTANDO LA GESTIÓN DE LA LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Valera Rubio Mm, Marcos Pérez G, Sánchez Gundín J, Recuero Galve L, Marti Gil C, Barreda Hernández D. Hospital Virgen De La Luz. Calle Hermandad Donantes De Sangre. Cuenca. España

OBJETIVOS: Describir la implantación de un proyecto de gestión, almacenaje, prescripción y dispensación por Denominación Común Internacional (DCI) de medicamentos en un Servicio de Farmacia de Gerencia de Atención Integrada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Gerencia de Atención Integrada con hospital general de segundo nivel 96 camas de hospitalización con prescripción electrónica (software Farhos®) y sistema automatizado de dispensación de medicamentos (SADME) y 120 con prescripción manual validada por farmacia con software Farmatools® y carros de unidosis, y Urgencias y UCI con SADME. Fases de la implantación.-

- 1) Planificación y cronograma.
- 2) Revisar la base de datos (BD) del programa Farmatools® y crear un listado de nuevas denominaciones de medicamentos definidos por DCI. No se modifican citostáticos, medicación de pacientes externos ni nutrición enteral.
- 3) Parametrizar el almacén con identificación de baldas, estanterías y pasillos y ubicación actual de medicamentos. Medir el espacio que ocupan éstos y el total de longitud de cada estantería del almacén general y termolábiles. Elaborar el listado con nombre antiguo (comercial), nombre nuevo (DCI), ubicación y espacio.
- 4) Imprimir etiquetas identificativas con denominaciones (antigua y nueva) y colocarlas en estanterías por orden alfabético de DCI según espacio medido para cada bulto. Añadir al listado las nuevas ubicaciones. Formación del personal de Farmacia y al resto de servicios.
- 5) En una única jornada, reordenar almacén con distribución del personal por pares y utilización de dos listados (orden alfabético de DCI y comercial) y modificar nombres en las nuevas BD de Farmatools®, Farhos® y SADME.
- 6) Detectar y reparar errores durante un período de diez días. Comprobar cada ficha de medicamento en cada programa informático y pacto de consumo. Difundir listados de nuevos nombres a través de Intranet. Atender llamadas de la línea habilitada a la resolución de dudas derivadas del cambio.

RESULTADOS: Logística: se renombraron 1217 medicamentos (45 sueros, 43 psicotropos, 168 termolábiles, 29 estupefacientes, 3 de congelador, 21 antídotos y 908 de almacén general). Se midió un total de 34150 cm de espacio en almacén general y se estimó una ocupación de 33787 cm tras la medición de los bultos. Tras la nueva colocación sobraron solamente 360 cm. De la cámara se midió un espacio de 3200 cm y se preveía una ocupación de 3140 cm que coincidió con la real.

Dispensación y prescripción: se validó el 100% de pactos de consumo de 72 botiquines y el 100% de fichas de medicamentos de las BD. Se confirmó que las prescripciones médicas se pudieran realizar por DCI.

Incidencias: se detectaron 3 errores de transcripción en BD, se atendieron 72 consultas telefónicas que quedaron resueltas al 100%. Se creó un buzón de sugerencias y propuestas de mejora.

CONCLUSIONES: La parametrización por DCI de los medicamentos permite una ubicación única permanente así como una facilitación en la memorización de éstos para prescripción y dispensación, independientemente de los procedimientos de adquisición de medicamentos que lleven temporalmente a tener una marca determinada. Se sugiere este cambio como estrategia de seguridad en la práctica asistencial que contenga y reduzca errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

723. PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: IMPACTO EN FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Porta Sanchez A, Leston Vazquez M, Martin Herranz Mi. Chu A Coruña. Las Jubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: Un problema de suministro es una falta continuada y generalizada de un medicamento en las oficinas de farmacia y servicios de farmacia. Suelen ser debidos a problemas en la fabricación del medicamento o problemas en

su distribución. Nuestro objetivo es analizar la incidencia y el impacto de los problemas de suministro de medicamentos en un hospital de nivel terciario durante el periodo de Junio 2014-Mayo 2015.

Método: Estudio retrospectivo de los problemas de suministro de medicamentos notificados por la AEMPs a través del Servicio de Calidad y Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios (SCS de MyPS) de nuestra Comunidad Autónoma (CCAA) y del suministro irregular de medicamentos notificado por los laboratorios farmacéuticos al Servicio de Farmacia (SF). Se recogieron los siguientes datos: código nacional, nombre comercial del medicamento, fuente de notificación, fecha de inicio y su finalización cuando se conoce, alternativas terapéuticas disponibles y medidas de actuación establecidas en aquellos desabastecimiento que afectan a medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GF) de nuestro hospital.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se han notificado 137 problemas de suministro de medicamentos por el SCS de MyPS. Se observa un aumento en el número medio de notificaciones/semana: 2,7 en 2014 (rango:0-4) versus 4,09 en 2015 (rango:1-10). La duración media del problema de suministro fue de 192 días [rango 14-580 días (hay medicamentos con desabastecimiento que se prolongará hasta 2016)]. En 13% (18/137) de los casos no hay alternativa terapéutica, por lo que se requiere su solicitud como Medicamento Extranjero (ME). En (95/137) 69% de los casos existen comercializados otros medicamentos con el mismo principio activo y misma vía de administración y en el 18% (24/137) de los casos se requiere la valoración de otra alternativa terapéutica. El 35,76% (49/137) de los problemas de suministro afectaron a medicamentos incluidos en la GF de nuestro hospital, lo que hizo necesario la revisión del stock disponible, valoración de alternativas terapéuticas y comunicación del problema de suministro a los profesionales sanitarios. Fue necesaria la sustitución por otra presentación del mismo principio activo y misma vía de administración en 14 casos, la adquisición como ME en 11 casos y la restricción de uso a situaciones en las que no se disponía de otra alternativa terapéutica en 2 medicamentos (amiodarona inyectable, hidrocortisona inyectable).

Desde el SF se detectó el suministro irregular de 74 medicamentos por los laboratorios farmacéuticos, 7 de los cuales fueron comunicados al SCS de MyPS de nuestra CCAA ante la ausencia de alternativas terapéuticas, generando posteriormente una alerta de problema de suministro por la AEMPs.

Conclusión: El problema de suministro de medicamentos es un tema de actualidad con un impacto importante dada la magnitud del número creciente de notificaciones que se reciben, y el alto porcentaje de ellas que afectan a medicamentos incluidos en la GF del hospital, generando en algunos casos lagunas terapéuticas. Es necesario que entre los agentes implicados busquen herramientas que mitiguen y resuelvan los problemas de suministro, para garantizar el óptimo suministro de medicamentos a los pacientes que los necesitan.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1243. RECERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA BASE PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA ISO 9001:2015

AUTORES: Navarro Brugueras M, Molins Giribet I, Llobera Serentill MC.

Hospital Santa Maria. Rovira Roure, 44. Lleida. España

OBJETIVO: La recertificación de la comisión farmacoterapéutica como modelo de gestión de calidad para un desarrollo sostenible y base para la implantación de la ISO 9001:2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: A partir de las auditorías internas y de acreditación del Departamento de Salud, se ha orientado la recertificación de la comisión hacia los puntos fuertes de la nueva norma que tiene en cuenta las amenazas y oportunidades así como la monitorización de la calidad. Se han tenido en cuenta el pensamiento basado en el riesgo a lo largo de la norma reemplazando a las acciones preventivas. Más flexibilidad en la documentación. Mayor énfasis en el contexto de la organización. El término tercerización se ha reemplazado por el de aprovisionamiento externo. Los objetivos han incluido la referencia a quién, qué y cuándo. Y se ha hecho referencia explícita a la gestión del conocimiento. Se ha dado más énfasis en los procesos que logran los requisitos para productos y servicios y a la satisfacción del cliente.

RESULTADOS: Se ha conseguido un cumplimiento de los estándares en el uso del medicamento de un 87,5%. 100% de todos los casos que han requerido informe de evaluación previo con conclusión. Respecto a la monitorización de la calidad se ha conseguido un 100% de los objetivos de resultados en salud según las directrices del CatSalut y el 100% del seguimiento de la inclusión de nuevos fármacos en guía, de uso restringido, en cuanto a eficacia y seguridad. Se ha mejorado el registro y análisis de las intervenciones farmacéuticas a través del programa Silicon@. Se han conseguido el 100% de los resultados de comunicación de alertas y reacciones adversas a medicamentos, con elevada satisfacción y puntuación de los usuarios.

CONCLUSIONES: La recertificación de la Comisión Farmacoterapéutica orientada a los principios de la nueva norma está permitiendo abordar con seguridad los nuevos y importantes retos de la terapéutica farmacológica, para un desarrollo sostenible.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1013. SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO

AUTORES: Guerrero Aznar Md, Beltrán García M, Murillo Izquierdo M, López Ruiz Ja, Núñez Ulgar A, Oliva Mompeán F. Hospital Univ. Macarena. Av. Dr. Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Realizar un análisis cuali y cuantitativo del registro de conciliación de la medicación domiciliaria (CMD) mediante indicadores de calidad, en ingresos reglados y urgentes, y detectar áreas de mejora dentro del plan de calidad de la unidad.

Metodología:

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en pacientes intervenidos en la unidad de gestión de cirugía general y digestiva de un hospital regional, durante las dos últimas semanas de febrero de 2015.

Variables estudiadas: porcentajes de ingresos quirúrgicos urgentes y reglados, y de registro de CMD en ambos grupos; porcentaje de pacientes que no necesitan CMD y de pacientes que necesitan CMD (sin registro de CMD, con registro de CMD total o con registro de CMD parcial).

Porcentajes y día de la CMD de: 1.- anticoagulantes orales y heparinas. 2.- antidiabéticos orales e insulinas. 3.- antihipertensivos.

Porcentaje de pacientes pluripatológicos.

Se define CMD total como lista de medicamentos domiciliarios revisada con paciente y con resolución de discrepancias y CMD parcial cuando no se cumple alguna de las condiciones anteriores. Se considera registro de la medicación, la prescripción en orden médica o texto asociado tras CMD.

Fuentes consultadas Historia de salud única del Sistema Sanitario Público Andaluz (Soft-ware Diraya®), historia clínica electrónica intrahospitalaria (Software Atención Especializada DAE®), programa de gestión de Unidosis Landtools.

Se realiza un análisis descriptivo expresado en porcentaje de las variables utilizadas. Para la comparación de porcentajes se usa la prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS: Se estudiaron 92 pacientes. Un 44% fueron ingresos quirúrgicos de urgencias. Del total de pacientes, 32,6% no necesitaron conciliación. De los pacientes que necesitaron conciliación (16,30% sin registro CMD, 27,17% con registro CMD total, 23,91% con registro CMD parcial).

Registros de conciliación por grupos de fármacos: 1.- 100% de pacientes con anticoagulantes orales o tratamientos con heparina al ingreso en cirugía -66,66% en los 3 primeros días- y 80% al alta, 2.- 76,92% de pacientes con antidiabéticos orales e insulinas -70% a las 24 h de la intervención-. 3.- 63,8% de pacientes con antihipertensivos -25% en las primeras 24 h-. Porcentaje de pacientes pluripatológicos: 7%.

Se encontró diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el porcentaje de pacientes reglados con medicación domiciliaria sin registro de conciliación (38,46 %) y el de pacientes intervenidos con ingreso por urgencias sin registro de la conciliación (19,23%).

CONCLUSIONES: Estos indicadores servirán para seguimiento periódico de la calidad de la conciliación en condiciones similares, analizando siempre la variabilidad de circunstancias.

El porcentaje correspondiente a pacientes con medicación domiciliaria sin registro de CMD fue significativamente superior en pacientes reglados. Se acordó como área de mejora la conciliación de todos los pacientes reglados por cirujanos y la conciliación (pendiente de validar por clínico) de pacientes quirúrgicos urgentes en las primeras 24 h directamente por la responsable quirúrgica de farmacia, seleccionándolos a partir del listado de camas de urgencias pendientes de ingreso, ya que la conciliación de estos pacientes ofrecía más dificultad al cirujano.

Se incidirá en especial en conciliación al alta de pacientes con tratamiento anticoagulante y en conciliación de pacientes pluripatológicos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1183. SEGURIDAD Y RENTABILIDAD DE LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DEVUELTOS DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACION

AUTORES: García Perez V, Caro Manzanero Ma, Martín-Pintado Cabanillas E, Lillo Sanchez Mdr, Moreno Diaz R. Hospital Universitario Infanta Cristina. Avenida 9 Junio. Madrid. España

OBJETIVO: La dispensación y administración segura de medicación al paciente es una de las prioridades del Servicio de Farmacia.

Para facilitar dicha tarea, existen en nuestro hospital Sistemas Automatizados de dispensación (SAD), que se utilizan de forma conjunta por el personal de enfermería y de farmacia. Sin embargo, el uso de SAD no está exento de riesgos y su incorrecta utilización puede producir errores de medicación que lleguen al paciente teniendo impacto económico relacionado con pérdidas de medicación así como un aumento de la carga de trabajo para el personal del SF. El objetivo es cuantificar las pérdidas económicas relacionadas con el uso incorrecto de los SAD, así como la detección de errores de medicación derivados de dicho uso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en los meses, de Marzo a Mayo de 2015.

Los Técnicos de farmacia recogen y devuelven al SF la medicación almacenada fuera del SAD en las Unidades de Hospitalización (Estos medicamentos se han extraído por paciente pero finalmente el personal de enfermería no lo ha administrado por diversos motivos [altas, intolerancia, cambio de pautas...]. Una vez en el SF se revisa cada una de las unidades para identificar aquellas que están caducadas, que no han cumplido las condiciones de conservación o cuyo embalaje está deteriorado. Cada uno de estos fármacos será reconocido como un potencial error ya que se trata de medicación disponible en los botiquines hasta su retirada y sería de libre acceso para enfermería. La medicación fue cuantificada y valorada en precio medio. La medicación viable fue introducida de nuevo en el circuito del medicamento y también se cuantificó su valor a precio medio. Para la valoración a precio medio se utilizó el programa de Gestión Económica de Farmatools.

Además se cuantificó en minutos el tiempo empleado por el técnico de farmacia en el SF para la gestión de estos medicamentos.

RESULTADOS: Se identificaron 56 especialidades en mal estado, con un total de 373 unidades, lo cual supuso una pérdida económica de 1669.06; El tiempo medio empleado por un, con un coste de 0.52€ por cada 10 unidades. El total de especialidades devueltas e introducidas de nuevo en el circuito fueron de 376 especialidades, 4221 unidades, lo cual generó unas ganancias para el SF de 2880.44 euros (precio medio del medicamento 7.6). Cuantificamos 90 especialidades de alto riesgo, 666 unidades procesadas, correspondiendo a un 24% del total, se entienden como potenciales errores de medicación ocurridos entre los meses de Marzo, Abril y Mayo del 2015.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que es necesario controlar y gestionar la medicación extraída de los SAD en las UH como parte de las funciones del SF fundamentalmente por la seguridad de los pacientes

El personal técnico del SF posee una cualificación específica en el manejo del medicamento contribuyendo, con esta actividad, a una mayor seguridad del paciente y al Uso racional de los Recursos Farmacéuticos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1224. SELECCIÓN DE LAS INTERACCIONES RELEVANTES EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: Labrador Andújar N, Bustos Morell C, Manzano Lista Fj, Quiros Ambel H, Martínez Sesmero Jm, Moya Gomez P.

Hospital Virgen De La Salud. Avd. De Barber, 40. Toledo. España

OBJETIVO: La prescripción electrónica asistida (PEA) ha demostrado reducir en un 48% los errores de prescripción respecto a la prescripción manual tradicional. Los sistemas de ayuda a la PEA permiten la inclusión de elementos que alertan y facilitan la prescripción, como son las alertas por interacción entre los medicamentos prescritos.

El objetivo es seleccionar las interacciones de medicamentos más relevantes para modificar la base de datos de interacciones existente en el programa de prescripción electrónica Farmatools®, y así reducir el número de interacciones que lleva a un agotamiento por exceso de alertas que distrae de las notificaciones realmente importantes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una selección de las interacciones medicamentosas más relevantes realizando una búsqueda bibliográfica en: "Hansten & Horn (The top 100 drug interactions, 2012)" y "Stockley's drug interactions 2010". Se recogieron aquellas interacciones de significancia grave (definida como aquella interacción que puede causar daño o lesión al paciente), y de significancia moderada (definida como aquella interacción que genera la necesidad de realizar un seguimiento del paciente), de los fármacos incluidos en la guía del hospital. Se elaboró una base de datos en formato excel para recoger los siguientes campos: fármacos implicados en la interacción, gravedad, naturaleza, descripción de la interacción y breve manejo de la interacción. Una vez recopilada la información a incluir se eliminó la base de datos existente y se incorporó la nueva información.

RESULTADOS: La base de datos inicial de interacciones contenía todas las interacciones de la base de datos "Bot Plus" (1943 interacciones), que contiene tanto las interacciones relevantes como las de existencia dudosa. Tras la revisión y selección efectuada se introdujeron un total de 580 interacciones de significancia grave y moderada. Del total de interacciones, 363 fueron de naturaleza farmacocinética y 217 farmacodinámica. Los fármacos con más interacciones (33 cada uno) fueron tacrolimus, sirolimus y ciclosporina; seguidos de acenocumarol y warfarina con 30 interacciones cada uno. La incorporación de las nuevas interacciones y eliminación de las anteriores mejoró el sistema de prescripción al reducir notablemente el número de interacciones que aparecían, permitiendo de manera sencilla la identificación de aquellas interacciones donde es necesario intervenir.

CONCLUSIONES: Los sistemas de ayuda en la PEA son un beneficio para los prescriptores; sin embargo un exceso de alertas por interacciones irrelevantes puede llevar a una falta de atención en aquellas que sí lo merecen. La revisión de las bases de datos incorporadas en los sistemas de PEA por el farmacéutico para limitar las alertas a aquellas realmente relevantes evita el agotamiento del prescriptor mejorando la calidad del sistema informático de prescripción y aumentando la seguridad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

759. SISTEMA CENTRALIZADO DE GESTIÓN DE ANTÍDOTOS

AUTORES: Gil Martín A, Aranguren Oryazabal A, Calvo Alcantara Mj, Lopez Centeno B, Cruz Martos E.

Subdirección De Compras De Farmacia Y Productos Sanitarios De Comunidad De Madrid. Madrid. Madrid. España

OBJETIVO: Con la finalidad de optimizar los costes operativos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SF), desde el Servicio de Salud, se ha coordinado un grupo de trabajo para poder establecer distintas estrategias de eficiencia, como la gestión centralizada de antídotos.

El objetivo es describir y analizar el desarrollo e implantación de un Sistema Centralizado de Gestión de Antídotos (SCGA) para los hospitales de la Comunidad Autónoma (CA).

MATERIAL Y MÉTODOS: El desarrollo del SCGA se ha llevado a cabo en varias fases:

- 1.Revisión de la utilización de antídotos en la CA: protocolos disponibles, pautas de administración, tiempo recomendado para la administración y características especiales de almacenamiento.
- 2.Determinación de los antídotos a incluir en el procedimiento de gestión centralizado.
- 3.Definición del procedimiento de adquisición, almacenamiento y distribución de estos medicamentos.
- 4.Estrategia de información a todos los profesionales sanitarios.

RESULTADOS: 1. Se ha establecido un listado de antídotos para su distribución centralizada, incluyendo aquellos antídotos que cumplen los siguientes criterios: alto impacto económico, utilización esporádica y cuyo tiempo hasta la necesidad de administración permita que puedan ser distribuidos de forma centralizada.

Han quedado incluidos 9 medicamentos, para los cuales se ha fijado un stock mínimo necesario que garantice la cobertura a todos los hospitales de la CA.

Antídotos incluidos: anticuerpos antidigital, antitoxina botulínica, desrazoxano, glucarpidasa, hidroxicobalamina, pentetato cálcico trisódico, silibilina, suero antiofidico y azul de Prusia.

2. Se ha definido un procedimiento para la adquisición, almacenamiento y distribución de estos antídotos de forma coordinada entre los SF y el Servicio de Urgencia Médica (SUM) de la CA. El SUM queda encargando de la adquisición de estos medicamentos, contando para ello con un presupuesto centralizado y estableciéndose el circuito a través del cual los distintos hospitales o SF realizan la solicitud de estos antídotos y el SUM se encarga de su distribución.

3. Se ha desarrollado una página web en la intranet de la CA dónde poder consultar los antídotos gestionados por el SUM, el procedimiento para realizar una solicitud, así como encontrar información sobre la dosificación habitual del antídoto, condiciones de conservación y acceso a la ficha técnica del medicamento. Esta estrategia de información masiva se complementará próximamente con la publicación de una Resolución que regule el procedimiento centralizado.

CONCLUSIONES: El SCGA tiene como objetivo establecer una actuación coordinada y en red entre los SF de la CA para la adquisición, almacenamiento y distribución de antídotos basándose en criterios de seguridad, necesidad y eficiencia.

Esta gestión centralizada, además de ser eficiente, pretende asegurar la disponibilidad y la rapidez de acceso a estos medicamentos, así como minimizar la posible variabilidad existente en los distintos hospitales; contribuyendo de esta manera a mejorar la seguridad del paciente.

1022. TRAMITACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES COMO ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL

AUTORES: Del Moral Alcazar Mc, Saldaña Soria R, Barbero Hernández Mj, Sánchez Ruiz A, Alcalá Sanz A, Horno Ureña F.

Complejo Hospitalario Jaen. Av. Ejercito Español 10. Jaén. España

OBJETIVO: El Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio de 2009, regula la aplicación y disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Estos usos excepcionales, clasifican a los medicamentos en tres grupos: 1. Uso compasivo de medicamentos en investigación que deberán estar sujetos a una solicitud de autorización de comercialización o bien estar siendo sometidos a ensayo clínico. 2. Uso de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas en ficha técnica. 3. Acceso a medicamentos no autorizados en España: se incluyen tanto los medicamentos no autorizados en España y siempre que estén legalmente comercializados en otros Estados, como aquellos que sean requeridos por causa de desabastecimiento de la alternativa autorizada en España. Este trabajo tiene como objetivo clasificar y evaluar las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales tramitadas a través de la AEMPS durante 12 meses en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales tramitadas en el periodo febrero/2014 a febrero/2015. Se analizaron las siguientes variables: número total de solicitudes, número de solicitudes por paciente, servicio prescriptor, fármaco, indicación terapéutica, motivo de solicitud y estado actual del medicamento. Para la recogida de las variables se consultó la web de medicamentos en situaciones especiales de la AEMPS así como las historias clínicas de los pacientes y el programa de gestión económica APD-STOCK®.

RESULTADOS: En el periodo comprendido entre 01/02/2014 a 01/02/2015 se realizaron, desde el Servicio de Farmacia, 264 tramitaciones al departamento de medicamentos en situaciones especiales de la AEMPS para un total de 99 pacientes. De ellas, 103 fueron nuevas solicitudes de tratamiento (TRT) y 161 se correspondieron con solicitudes de continuación de tratamiento. De las 17 UGC prescriptoras, más del 80% de los TRT solicitados, pertenecían a Oncología (17), Urología (16), Hematología (14), Farmacia (10), Pediatría (9), Neurología (8) y Medicina Interna (7). En cuanto a los Principios Activos (PA) se encontró una gran variabilidad ya que, de los 63 fármacos solicitados, sólo 13 TRT fueron para la BCG, 8 para Carmustina y 4 para Trastuzumab Emtasina. El resto de PA poseían 3, o menos, solicitudes de inicio de tratamiento. Por último, se agruparon las nuevas solicitudes según la clasificación recogida en el Real Decreto 1015/2009 obteniéndose los siguientes **RESULTADOS:** 26 TRT fueron definidos como uso compasivo de medicamentos en investigación y 77 como medicamentos no autorizados en España (49 clasificados como Medicamentos Extranjeros y 28 debidos a desabastecimiento de la alternativa autorizada en España).

CONCLUSIÓN: Tras los resultados obtenidos, podemos concluir que esta actividad de gestión de medicamentos en situaciones especiales requiere de la participación activa del farmacéutico ya que conlleva, un seguimiento individualizado por paciente tanto de la recogida de la documentación necesaria para la tramitación de la medicación, como de los procesos de recepción y dispensación de la misma garantizando, con ello, una adecuada actividad asistencial.

261. USO CONTROLADO DE SUGAMMADEX EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Soriano Irigaray L, Roman Marquez E, Garcia Collado C, Dominguez Leñero V, Sierra Garcia F.

Hospital La Inmaculada. Avenidad Doctora Ana Parra. Almería. España

OBJETIVOS: Optimizar el uso de sugammadex, indicado en la reversión del bloqueo neuromuscular inducido por vecuronio y rocuronio en adultos en nuestro hospital, así como, adecuar el uso a las indicaciones aprobadas en ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Investigación cuasiexperimental pre-post exposición de un circuito controlado de dispensación de sugammadex llevado a cabo entre septiembre de 2014 y mayo de 2015. Con el objetivo de optimizar el uso de sugammadex, incluido en el hospital desde septiembre de 2014, se diseñó un circuito controlado individualizado de uso de sugammadex por paciente en consenso con el servicio de anestesia. Para agilizar el proceso y evitar tiempos de espera innecesarios, se decidió pactar un stock de inicio. El médico prescriptor debía rellenar el formulario diseñado, donde se incluían los datos del paciente, la indicación en la que se había utilizado y la posología. Este formulario sería revisado por el farmacéutico responsable, el cual daría el visto bueno, y finalmente, se procedía a la dispensación para reponer el stock. Los datos de consumo se han obtenido del módulo de Gestión Económica del programa Farmatools®.

RESULTADOS: El gasto farmacéutico (septiembre- diciembre 2014) en sugammadex pre- implantación del circuito supuso un total de 6620.5€, consumo mensual medio de 1655.1€ (consumo medio de 23.25 viales/mes). El consumo medio mensual de sugammadex post-implantación del nuevo circuito (enero-mayo 2015) fue de 512.6€, lo cual ha supuesto un gasto total de 2562.8€ (consumo medio de 7.2 viales/mes). El gasto anual estimado pre y post implantación del circuito es de 19861.2€ y 6150,7€ respectivamente. Estos resultados muestran una reducción del gasto farmacéutico total tras la implementación del protocolo de uso del 69% (ahorro de 1142,5€/mes). También se han evaluado la indicaciones en la que se ha utilizado obteniendo un 100% de adecuación a las indicaciones aprobadas.

CONCLUSIONES: La implementación de un circuito controlado de uso de sugammadex por parte del servicio de farmacia ha supuesto un ahorro económico significativo, así como, un uso adecuado del fármaco.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1077. UTILIZACIÓN DE OPIÁCEOS EN UN HOSPITAL DE APOYO

AUTORES: Fuentes Irigoyen R, Gomez Pavon Fj, Tejada González P, Tornero Torres O.
Hospital Ctral De La Cruz Roja. Avda. De La Reina Victoria, 22-26. Madrid. España

OBJETIVO: Realizar un estudio de utilización de analgésicos opiáceos en un hospital de apoyo en los últimos 3 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utiliza la metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud para los estudios de utilización de medicamentos en los hospitales. Se presentan los datos en dosis diarias definidas (DDD) por cada 100 estancias. Los principios activos incluidos son los correspondientes al subgrupo terapéutico N02A (analgésicos opiáceos). Se descartó del estudio el opiáceo débil tramadol. Los datos de consumo se han obtenido del programa de gestión de medicamentos del Servicio de Farmacia FarmaTools (Dominion®) que nos proporciona el número de DDD por unidad de hospitalización. Periodo de estudio: años 2012, 2013 y 2014. Se han considerado sólo los datos de los pabellones de hospitalización: 2 pabellones quirúrgicos; 2 pabellones de geriatría de agudos; 1 pabellón de geriatría de media estancia, 1 pabellón de medicina interna y 1 Unidad de Cuidados Especiales (UCE), este último de sólo 4 camas.

RESULTADOS: El valor global de utilización de opiáceos en DDD/ 100 estancias fue de 4,98 en 2012, 4,04 en 2013 y 4,89 en 2014. El opiáceo más consumido fue cloruro mórfico parenteral (2,57 DDD/100 estancias en 2014; 2,15 DDD/100 estancias en 2013 y 2,21 DDD/100 estancias en 2012) seguido de fentanilo parches sumando todas las dosis (1,66 DDD/100 estancias en 2014; 1,11 DDD/100 estancias en 2013 y 1,90 DDD /100 estancias en 2012). Les siguieron tapentadol comprimidos liberación prolongada, buprenorfina parches, petidina ampollas, morfina comprimidos liberación prolongada, morfina comprimidos liberación inmediata, oxicodona/naloxona comprimidos liberación prolongada y oxicodona comprimidos liberación prolongada, habiendo alguna diferencia en el orden de estos últimos en los diferentes años del estudio. Destaca el incremento del consumo de tapentadol en 2013 (0,27 DDD/100 estancias) y 2014 (0,19 DDD/100 estancias) respecto a 2012 (0,02 DDD/100 estancias) mientras que disminuye de manera proporcional el consumo de buprenorfina parches (0,44 DDD/100 estancias en 2012; 0,26 DDD/100 estancias en 2013 y 0,19 en 2014) y de morfina de liberación prolongada (0,22 DDD/100 estancias en 2012; 0,07 DDD/100 estancias en 2013 y 0,10 DDD/100 estancias en 2014).

En el análisis por pabellones, la UCE fue la que consume mayor número de opiáceos con 38,13 DDD/100 estancias en 2014; 39,30 DDD/100 estancias en 2013 y 40,67 DDD/100 estancias en 2012. El cloruro mórfico ampollas tuvo el mayor consumo (entre 30 y 35 DDD/100 estancias en los 3 años). A la UCE le siguieron los pabellones de geriatría de agudos, medicina interna, geriatría de media estancia y pabellones quirúrgicos en este orden los 3 años, salvo en 2014 año en el que el consumo por geriatría de media estancia superó a medicina interna.

CONCLUSIONES: El consumo de opiáceos globalen DDD/100 estancias en nuestro hospital se ha mantenido estable. El cloruro mórfico ampollas y el fentanilo parches son los opiáceos de mayor consumo. Medicamentos nuevos con mejor perfil de tolerancia como tapentadol muestra una tendencia a mayor consumo en los últimos años en decremento de buprenorfina parches, acorde con el uso en pacientes geriátricos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1046. UTILIZACIÓN DE TICAGRELOR EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO

AUTORES: Fernández González Mp, López Doldán C, Gómez Márquez Am, Casado Vázquez L, Varela Correa Jj, González Pereira Me.

Complejo Hospitalario Ourense. Ramón Puga, 54. Ourense. España

INTRODUCCIÓN: El ticagrelor es un nuevo agente antiagregante plaquetario que tienen como mecanismo de acción el bloqueo del receptor P2Y12 de manera reversible. El ticagrelor, junto con el ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado en la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo SCA (angina inestable, infarto de miocardio sin elevación de del segmento ST (IAMSEST) o infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). En marzo de 2014 la Comisión Autónoma Central de Farmacia y Terapéutica (CACFT) estableció un protocolo de tratamiento con ticagrelor en pacientes adultos con SCA. En él queda restringido su uso a aquellos pacientes en los que clopidogrel (elección en pacientes con alto riesgo de sangrado, tratados con anticoagulantes orales, sometidos a fibrinólisis o en pacientes a tratamiento crónico con AINes) o prasugrel (elección en pacientes con DM) está contraindicado. Además podría valorarse el uso preferente de ticagrelor en pacientes con IRC

OBJETIVOS: estudio de la utilización de ticagrelor en pacientes con SCA en un hospital de segundo nivel en relación a las restricciones emitidas por la CACFT

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de SCA que iniciaron tratamiento con ticagrelor desde junio de 2014 hasta diciembre de 2014.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, ingreso en unidad de críticos, insuficiencia renal crónica (IRC) (CICr

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de la historia clínica informatizada propia de nuestro centro.

RESULTADOS: durante el período de estudio se trataron 44 pacientes con ticagrelor, 15 mujeres y 29 hombres con una mediana de edad de 56,5 años (rango 35-77).

- Diagnóstico final de los pacientes: 52,7% SCACEST, 47,3% SCASEST
- El 90,9 % de los pacientes se adhieren al protocolo emitido por la CACFT
- El 9,1% restante no se ciñe al protocolo:

1. se registra un paciente con historia de hemorragia intracraneal previa en el que ticagrelor está contraindicado
2. se registra un paciente con SCA y manejo clínico conservador candidato a uso con clopidogrel con EPOC (precaución en el uso de ticagrelor en pacientes con asma o EPOC)
3. se registra un paciente con cardiopatía isquémica e intolerancia al AAS tratado con ticagrelor siendo el clopidogrel la única opción.
4. Se registra un caso candidato a tratamiento con prasugrel (paciente con DM, sin alto riesgo de sangrado, peso >60kg, edad

CONCLUSIÓN: -Se observa un importante cumplimiento de las indicaciones que se ajustan al protocolo de utilización.

-De manera rutinaria, sería importante realizar una revisión exhaustiva de la adhesión a los protocolos vigentes sobretodo en el caso de medicamentos que requieren homologación farmacéutica

-Es necesario disponer, dar a conocer y compartir protocolos de utilización fundamentados en la medicina basada en la evidencia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1213. ¿NOVEDAD TERAPÉUTICA EN LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS COMO USO EN SITUACIONES ESPECIALES?

AUTORES: Manzano Lorenzo R, Puebla Garcia V, Fernandez Ruiz-Moron A, Hernandez Tapias S, Borrego Hernando Mi, Arias Fernandez MI.

Clinico San Carlos. C/Profesor Martin Lagos S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Conocer los principios activos más utilizados en situaciones especiales así como las situaciones clínicas en las que más se solicitan en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales tramitadas en población adulta en nuestro hospital desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de mayo de 2015, excluyendo los medicamentos con uso fuera de indicación con un protocolo asistencial en el hospital. Para el análisis de estas solicitudes se ha utilizado la base de datos del programa pk_Usos.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se han realizado un total de 198 peticiones de medicamentos en situaciones especiales de las cuales: 142 gestiones de medicamentos fuera de Indicación (UFI), 33 peticiones de uso compasivo (UC) y 23 extranjeros por paciente (EPP). Los servicios con mayor número de solicitudes fueron: Oncología Médica (26 UFI, 9 UC), Neurología (18 UFI, 10 UC), Reumatología (18 UFI), Oftalmología (17 UFI), Digestivo (10 UFI, 4 UC), Medicina Nuclear (14 EPP), Medicina Interna (6UFI, 4 UC), Otorrinolaringología (10 UFI).

El mayor número de informes de medicamentos fuera de indicación fueron para las patologías: glaucoma refractario (8 solicitudes), lupus eritematoso sistémico (8), cirugía de abdomen catastrófico (8), esclerosis múltiple (6), cáncer de páncreas (6), glioblastoma (5), infección por citomegalovirus (5).

Los principios activos más solicitados fuera de indicación fueron: micofenolato de mofetilo (20), mitomicina (17), capecitabina (10), toxina botulínica (10), bevacizumab (10), octreotido (7), valganciclovir (5), rituximab (4).

Respecto a las evaluaciones de usos compasivos, el mayor número de informes realizados fue para las patologías: esclerosis múltiple (9), infección por virus de la hepatitis c (7), cáncer de mama (2), cáncer de pulmón (2), cáncer gástrico (2) y los principios activos más solicitados: dasabuvir (7), dimetilfumarato (6), nintedanib (4), teriflunomida (3), ramucirumab (2).

Las peticiones de autorización de importación de medicación extranjera por paciente se realizaron fundamentalmente para los diagnósticos: cáncer de próstata (12), cáncer de vejiga (7) y los principios activos: fluorometilcolina (13), mycobacterium bovis (7).

CONCLUSIÓN: Excluyendo los medicamentos solicitados como uso compasivo, cabe destacar que los principios activos más solicitados fuera de indicación son medicamentos con más de 10 años desde su comercialización en España, por lo que no estamos ante casos en los cuales la evidencia científica no se encuentre todavía regulada desde el punto de vista administrativo, sino probablemente ante una ausencia de interés comercial. Teniendo esto en cuenta, sería interesante poder contar, al igual que sucede en otros países con listados de usos de medicamentos fuera de indicación, compartir esta información entre hospitales, y poder realizar protocolizaciones centralizadas.

El farmacéutico de hospital evalúa y gestiona un elevado volumen de medicamentos en situaciones especiales, por lo que es fundamental disponer de herramientas informáticas que faciliten y agilicen estos trámites, así como disponer de protocolos consensuados para las patologías más frecuentes.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1153. ¿POR QUÉ NOS DEVUELVEN MEDICACIÓN?

AUTORES: Lleó Sapena Mj, Ausina Ausina Mj, Perez Cebrian M, Herrero Martín P, García Fuentes L, Poveda Andrés JI. Hospital Universitario La Fe. Avda. De Campanar. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar las causas que generan la devolución de medicación al final del proceso de prescripción-dispensación-administración de Unidades de Hospitalización (UH) con prescripción electrónica y dosis unitaria (DU) de un Hospital Universitario.

MÉTODO: Estudio observacional, prospectivo de 3 meses de duración. Registro de las unidades de medicación devueltas por no administración en los carros elegidos de forma aleatorizada entre los correspondientes a las 22 UH que se dispensan diariamente. Análisis de las causas de la devolución de medicación correspondiente a los tratamientos prescritos con pauta fija y los tratamientos a demanda (PRN), es decir, medicación con administración a criterio del personal de enfermería o solicitud del paciente, en vez de un horario prefijado. Comunicación de los resultados a las supervisoras/as de las UH y propuestas de cambio en el procedimiento habitual de trabajo.

RESULTADOS: Se analizan las medicaciones no administradas de 27 carros correspondientes a 918 pacientes adultos ingresados en las UH. Los tratamientos de la mayoría de los pacientes fueron dispensados en horario de mañana. Sin embargo, en 259 pacientes se realizó en horario de tarde y noche debido a que la prescripción fue modificada en 169 (18,4%) y en 90 (9,8%) por ingreso programado vespertino o por urgencias. Un total de 7.582 medicamentos fueron prescritos electrónicamente, con una media de 8,2 fármacos por paciente. A la llegada al Servicio de Farmacia, entre todos los carros analizados se registraron 1.716 medicamentos devueltos (22,6% del total prescrito). La causa más frecuente fue la confirmación de 981(57,1%) líneas de tratamiento de pacientes que posteriormente fueron dados de alta. Los tratamientos a demanda (PRN) constituyeron la segunda causa de devolución, 411(23,9%). Otras causas incluyeron 270 (15,7%) medicamentos prescritos con pauta fija y no administrados, 32 suspensiones y 22 cambios de vía intravenosa a oral. La medicación a demanda más devuelta fue la metoclopramida i.v. (18,5%), seguido de paracetamol (9,7%), ondansetron (8,7%), tramadol, captopril, dexketoprofeno endovenoso y haloperidol. Entre la medicación con pauta fija devuelta, 45 correspondieron a protectores gástricos, 32 a antibióticos de amplio espectro, 16 a metilprednisolona, 14 a heparinas de bajo peso molecular y 10 a cloruro potásico.

CONCLUSIONES: La falta de suspensión previa al alta del paciente fue la primera causa que generó devolución de medicación. Los fármacos prescritos y devueltos en los carros de medicación condicionados a demanda duplicó a los generados por omisión de tratamiento con pauta fija. Estos resultados fueron comunicados a los responsables del proceso de prescripción-dispensación-administración de las UH para concienciación y mejora de la calidad en el proceso de distribución de DU en estrecha relación con el Servicio de Farmacia.

1040. INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS: EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN

AUTORES: León León A, Pampín Sánchez R, Pena Villanueva P, Goenaga Ansola A, Carbajales Álvarez M, Ayastuy Ruiz A.

Hospital de Cabueñes. Calle Los Prados 395. Asturias. España

OBJETIVO: • Evaluar el grado de adecuación de las indicaciones de uso de Inmunoglobulinas inespecíficas (Ig), al protocolo de utilización instaurado en un hospital de tercer nivel.

• Evaluar el importe económico de dicha utilización en las diferentes indicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes (ambulatorios y hospitalizados) que recibieron Ig durante un intervalo de 6 años (1 de Marzo de 2009 al 28 de Febrero de 2015). Utilizando la historia clínica (en papel e informatizada) y el impreso de solicitud de inmunoglobulinas intravenosas (incluido en el protocolo de utilización del hospital), se recogieron datos demográficos y antropométricos, servicio, diagnóstico, posología y dosis administrada. Empleando el módulo de gestión del programa Farmatools® se obtuvieron los datos para el análisis del coste asociado. Las indicaciones se clasificaron utilizando el sistema empleado en la Clinical Guidelines for Inmunoglobulin Use del British Health Department (2nd Edition 2008 and 2nd Edition Update 2011), en la que se basa nuestro protocolo. Éste las cataloga según la prioridad de tratamiento: ROJO (máxima prioridad, no alternativas terapéuticas), AZUL (hay evidencia, pero existen alternativas), GRIS (evidencia débil, pero patologías poco frecuentes) y NEGRO (no indicado); y según el grado de recomendación/grado de evidencia.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 390 pacientes con una media de edad de 59 años y un peso medio de 73 Kg. La distribución anual de las indicaciones fue la siguiente: ROJAS (51,2%, 48,9%, 48,0%, 37,7%, 35,0% y 42,6%), AZULES (34,2%, 30,6%, 46,0%, 54,1%, 57,5% y 53,7%). GRIS (4,9%, 18,4%, 4,0%, 4,9%, 5,0% y 3,7%) y NEGRAS (9,8%, 2,0%, 2,00%, 3,3%, 2,5% y 0,0%). En este período la estratificación según el grado de recomendación/grado de evidencia, fue la siguiente: 71,0% grado A/Ia-b, 17,0% grado B/Ila-b, 7,3% grado IIIc, 1,42% grado IVc y 3,3% indicaciones no recomendadas y sin evidencia.

El gasto total durante los 6 años fue de 2.972.201 euros, de los cuales, 1.305.242 euros fueron empleados en indicaciones ROJAS, 1.367.543 euros en AZULES, 202.464 euros en indicaciones GRIS y 96.951 euros en indicaciones NEGRAS.

CONCLUSIONES: • Durante el período de estudio el uso de Ig en indicaciones ROJAS y AZULES con una evidencia A/Ia-b y B/Ila-b ha aumentado, en decremento de indicaciones con evidencia débil y para las que su uso no estaría recomendado.

• El número de pacientes que han recibido tratamiento para indicaciones de baja o nula evidencia y el impacto económico asociado a estas es bajo, pero susceptible de ser disminuido.

632. REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: Pardo Pastor J, March López P, Clot Silla E, Garriga Biosca R, Redondo Capafons S, Nicolás Picó J.

Hospital Universitari Mútua De Terrassa. Doctor Robert 5. Barcelona. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización de los preparados de inmunoglobulinas (Privigen® o Flebogamma®) en nuestro hospital.

Comparar la utilización de inmunoglobulinas (IgG) teniendo en cuenta la ficha técnica y la evidencia disponible según la Guía Clínica para el Uso de Inmunoglobulinas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado entre el 2009 y el 2014 en un hospital universitario de 400 camas.

Para conocer el consumo de inmunoglobulinas y la dosis utilizada se consultó la base de datos hospitalaria de dispensación de medicamentos hemoderivados. Para obtener las variables demográficas (sexo, fecha de nacimiento) y diagnósticas se consultó la historia clínica de los pacientes. Se utilizaron las fichas técnicas correspondientes y la adaptación para España de la Guía Clínica para el Uso de Inmunoglobulinas publicada por el Grupo Español de Medicamentos Hemoderivados de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para conocer las indicaciones aprobadas y las recomendaciones sobre el uso de inmunoglobulinas.

En la Guía Clínica para el Uso de Inmunoglobulinas se recogen las recomendaciones según el grado de evidencia, clasificándose según color:

- Rojo: Evidencia alta.
- Azul: Evidencia razonable.
- Gris: Evidencia débil.
- Negro: El uso de inmunoglobulinas no está recomendado.

RESULTADOS: Se prescribieron inmunoglobulinas (IgG) a 123 pacientes, el 58,5% eran hombres. La edad media fue de $56,4 \pm 23,5$ años.

En las indicaciones mayoritarias, las dosis medias acumuladas fueron: $112,8 \pm 51,1$ g en Neuropatía motora multifocal, $102,5 \pm 62,4$ g en Púrpura trombocitopénica idiopática, $137,2 \pm 33,7$ g en Miastenia gravis y $138,4 \pm 46,8$ g en Síndrome de Guillain-Barré.

Los servicios hospitalarios donde se prescribieron fueron: Neurología (48,0%), Hematología (41,5%), Pediatría (8,1%), Medicina interna (0,8%) y Medicina intensiva (0,8%).

Se registraron 44 (35,8%) recomendaciones de evidencia alta, de las cuales 19 (43,2%) fueron Púrpura trombocitopénica idiopática y 14 (31,8%) fueron Síndrome de Guillain-Barré; 64 (52,0%) de evidencia razonable, de las cuales 20 (31,3%) fueron Neuropatía motora multifocal y 15 (23,4%) fueron Miastenia gravis; en nueve (7,3%) casos el uso de inmunoglobulinas no estaba recomendado, siete (77,8%) fueron Esclerosis múltiple, uno (11,1%) fue Esclerosis lateral amiotrófica y shock séptico. Se registraron seis (4,9%) casos donde las inmunoglobulinas se habían utilizado en indicaciones no clasificadas en la Guía Clínica para el Uso de Inmunoglobulinas: dos (33,2%) casos de Neuritis óptica y uno (16,7%) de Síndrome de Clarkson, Encefalomielitis, Escleromixedema y Macroglobulinemia de Waldenström.

En 81 (65,9%) casos las indicaciones se ajustaron a la fichas técnicas correspondientes.

CONCLUSIONES: Actualmente en nuestro hospital el uso de inmunoglobulinas es una importante opción terapéutica en indicaciones clínicas relacionadas con procesos autoinmunes e inflamatorios agudos, debido a su papel inmunomodulador.

Es necesaria la actualización tanto de las fichas técnicas como de las Guías Clínicas a fin de ajustarse a las nuevas indicaciones de la práctica clínica habitual que en este momento son consideradas off-label.

Sigue siendo necesario evaluar cuidadosamente el uso de inmunoglobulinas para intentar minimizar los casos donde no está recomendada su utilización (recomendación de color negro) debido tanto a sus riesgos potenciales como a su elevado coste económico.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

1071. USO DE INMUNOGLOBULINAS INESPECIFICAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE REFRACTARIA

AUTORES: Pérez Robles T, Rodríguez Martín Em, Romero Garrido Ja, Gonzalez Del Valle L, Moreno Ramos F, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVO: El efecto inmunomodulador que presentan las inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas (IGIV) es la base de su utilización en el tratamiento de múltiples enfermedades con un componente autoinmune y/o inflamatorio, muchas de estas patologías no están incluidas en ficha técnica. Este es el caso de la dermatitis atópica grave, indicación no aprobada en ficha técnica, ni suficientemente avalada por la evidencia.

El objetivo del estudio fue describir el uso de las IGIV en el tratamiento de pacientes diagnosticados de dermatitis atópica grave refractaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica grave tratados con IGIV desde mayo de 2012 hasta abril de 2015. Se diseñó una base de datos en donde se recogieron: edad, sexo, tratamientos previos recibidos, número de ciclos administrados, signos de mejoría clínica tras recibir un mínimo de tres ciclos de tratamiento y reacciones adversas relacionadas con el tratamiento. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes y de los registros de dispensación-administración del programa de gestión de pacientes ambulatorios.

RESULTADOS: Un total de 12 pacientes con dermatitis atópica grave fueron tratados con IGIV durante el periodo de estudio, 3 mujeres y 9 hombres, con una mediana de edad de 29,5 años (18-63). Todos los pacientes fueron diagnosticados de dermatitis atópica grave en la infancia y recibieron una media de 5 tratamientos previos a la IGIV, entre ellos: corticoides sistémicos, ciclosporina, azatioprina, metotrexato, micofenolato de mofetilo, fototerapia y tratamientos tópicos. La pauta utilizada de IGIV fue de 1g/kg/cada 28 días. Los pacientes recibieron una media de 6,5 ciclos de IGIV, y siempre en tratamiento concomitante con corticoides orales a bajas dosis. Seis de los 12 pacientes

presentaron una mejoría en su sintomatología con ausencia de brotes durante el tratamiento. El tratamiento con IGIV fue en general bien tolerado. Tres de los 12 pacientes presentaron cefalea durante el tratamiento con IGIV, requiriendo en un paciente el fraccionamiento de la dosis de IGIV en cinco días y en otro la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: La bibliografía referente al uso de IGIV en esta indicación es escasa y los resultados poco concluyentes, sobre todo en pacientes adultos. La respuesta en nuestros pacientes al tratamiento con IGIV fue muy variable y en todos los casos medida de forma subjetiva. La utilización de IGIV en los pacientes permitió en la mayoría de los casos el descenso de la dosis de corticoides disminuyendo así los efectos adversos propios de estos últimos.

El uso de IGIV puede constituir una opción terapéutica de elevado coste económico en situaciones clínicas en las que también están indicados otros tratamientos alternativos. Además, al tratarse de un medicamento hemoderivado de suministro limitado, es necesario establecer criterios de selección y eficacia para optimizar su uso.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

17. UTILIZACIÓN DEL COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS CON RIESGO DE HEMORRAGIA CRÍTICA

AUTORES: González Guerrero C, Roch Santed M, Rivera Sánchez L, Brandariz Núñez D, Juárez Jiménez JC, Montoro Ronsano JB.

Hospital de la Vall d'Hebrón. Paseo de la Vall d'Hebrón, 119-129, 08035 Barcelona. Barcelona. España

OBJETIVO: evaluar la efectividad del complejo de protrombina humano (CPH) en pacientes traumatológicos con hemorragia crítica o riesgo de sufrirla. En segundo lugar, diferenciar la respuesta entre los pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K (indicación aprobada) con los pacientes no anticoagulados (uso off-label).

Método: estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico, llevado a cabo en el área de traumatología de un hospital universitario de tercer nivel entre Junio de 2012 y Junio de 2014. La totalidad de los pacientes que recibieron una prescripción de CPH fueron inicialmente incluidos, y se consultó la historia clínica para la obtención de los datos. Se recogieron datos demográficos, parámetros bioquímicos (hemoglobina, hematocrito, tiempo de Quick, INR y tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa)), dosis de CPH, supervivencia pasadas 24h y 7 días, así como el tratamiento concomitante para revertir la hemorragia. Los parámetros bioquímicos corresponden al momento anterior y posterior a la administración de CPH, a los tres días y a los siete días.

La efectividad es evaluada por el grado de normalización de los parámetros de coagulación y por la supervivencia a los 7 días.

RESULTADOS: 100 pacientes fueron inicialmente incluidos en el estudio. En cuatro de ellos no se encontró evidencia de la administración de CPH, 14 eran pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K, y 82 eran pacientes no anticoagulados con hemorragia crítica ó riesgo de padecerla.

- Promedios de los 14 pacientes anticoagulados: 77.5 años, 71.42% hombres, dosis 1292UI, 28.57% presentaron hemorragia activa, 57.14% tuvieron que ser sometidos a cirugía.

- o Antes de la administración de CPH: hemoglobina 11.99g/dL, hematocrito 36.47%, 186.5x10⁹ plaquetas/L, tiempo de Quick (TQ) 48.43%, INR 4.06, TTPa 40.18seg.

- o Después de la administración de CPH: hemoglobina 10.98g/dL, hematocrito 33.11%, 178.83x10⁹ plaquetas/L, TQ 76.75%, INR 1.275, TTPa 31.25seg.

- o A los tres días: hemoglobina 11.06g/dL, hematocrito 33.13%, 188.5x10⁹ plaquetas/L, TQ 81.63%, INR 1.166, TTPa 29.98seg.

- o A los siete días: TQ 78.25%, INR 1.26, TTPa 29.77seg.

- o Supervivencia pasadas 24h/pasados siete días: 92.86%/85.71%

- o Tratamiento concomitante: vitamina K 28.57%, concentrados de hematíes (CCHH) 21.43%, plasma 14.29%

- Promedios de los 82 pacientes no anticoagulados (off-label): 54.77 años, 71.95% hombres, dosis 1565UI, 62.20% presentaron hemorragia activa, 69.51% tuvieron que ser sometidos a cirugía.

- o Antes de la administración de CPH: hemoglobina 10.62g/dL, hematocrito 31.80%, 211x10⁹ plaquetas/L, TQ 67.42%, TTPa 33.91seg.

- o Después de la administración de CPH: hemoglobina 10.59g/dL, hematocrito 31.34%, 182.55x10⁹ plaquetas/L, TQ 75.30%, TTPa 32.86seg.

- o A los tres días: hemoglobina 10.00g/dL, hematocrito 29.63%, 194.7x10⁹ plaquetas/L, TQ 78.86%, TTPa 32.22seg.

- o A los siete días: TQ 79%, TTPa 31.18seg.

- o Supervivencia pasadas 24h/pasados siete días: 80.49%/71.95%

o Tratamiento concomitante: CCHH 51.22%, plasma 39.02%, fibrinógeno 34.15%, plaquetas 25.61%, ácido tranexámico 17.07%, cloruro cálcico 12.20%, vitamina K 9.76%.

CONCLUSIONES: • El CPH es globalmente efectivo dado que la supervivencia a los siete días es del 85.71%/71.95%, y consigue normalizar los parámetros de coagulación en ambos casos.

• La corrección de la coagulación es más notable entre los pacientes anticoagulados (indicación aprobada) que entre los no anticoagulados (uso off-label).

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1256. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA LA GESTIÓN CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Lerma Gaude V, Moreno Planas Jm, Vicente Gutierrez M, Perez Flores R, Martinez Alfaro E, Sanson Justel A. Complejo Hospitalario Universitario De Albacete. C/ Hnos. Falcó 37. Albacete. España

OBJETIVOS: La aparición en un corto periodo de tiempo de múltiples antivirales de acción directa para el tratamiento de la Hepatitis C, con una evidencia científica en continuo cambio, tratamientos de muy alto coste, con variabilidad en los precios, pacientes que demandan la accesibilidad inmediata a los mismos y con equidad y, todo ello, sin el incremento proporcional de recursos humanos, hace necesario el desarrollo de estrategias que mejoren la eficiencia tanto de la terapéutica como de los procesos asistenciales.

OBJETIVOS: Describir el abordaje multidisciplinar para la gestión clínica del tratamiento de la hepatitis c y analizar los resultados de los seis primeros meses de actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. En noviembre de 2014 se crea un equipo multidisciplinar para el tratamiento de Hepatitis C. Inicialmente formado por tres hepatólogos, una infectóloga, una farmacéutica hospitalaria y dos miembros de la Dirección Médica. Posteriormente se incorporó un internista de otro hospital del Área adyacente.

Periodo de estudio: noviembre 2014 a mayo de 2015. Variables de actividad: número de reuniones, porcentaje de asistencia a las reuniones, mediana de pacientes evaluados/reunión, número total de pacientes evaluados, edad, sexo, grado de fibrosis, porcentaje de informes favorables en primera valoración, motivos que condicionan nueva valoración. Variables de medida de impacto asistencial: tiempo ahorrado en elaboración de informes para autorización por Dirección (se estima una media de 20 minutos/informe). Impacto económico directo: medido como cambio a tratamiento más coste eficiente gracias a disponer de la información del alcance de techo de gasto en el momento de la toma de decisiones. Fuentes de información: actas de las reuniones, módulo de pacientes externos de la aplicación Farmatools® del Servicio de Farmacia, Historia Clínica electrónica. Análisis estadístico se realizó con el programa Minitab 16.

RESULTADOS: Acciones realizadas por el equipo multidisciplinar: elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo; elaboración de protocolo de tratamiento de la hepatitis c (con valoración de opciones más coste eficientes) continuamente actualizado y, valoración de casos presentados.

En el periodo de estudio el número total de reuniones ha sido de 10, con una asistencia del 100%. La mediana de pacientes evaluados por reunión fue de 16 (3 en la primera reunión-30 en última reunión). Número total de pacientes valorados: 136 (64% varones). La mediana de edad fue 53 años (35-79). Porcentajes de grado de fibrosis: F0-F1 7%, F2 16%, F3 24% y F4 53%.Tiempo ahorrado en elaboración de informes: 48,7h. Ahorro estimado: 76.417 euros (derivado de la elección de opción más coste eficiente, gracias a actualización inmediata del protocolo de tratamiento, tras conocer el alcance de techo de gasto).

CONCLUSIONES: El trabajo en equipo multidisciplinar ha proporcionado una mejora en la eficiencia terapéutica, así como, en el proceso asistencial, entre otros motivos al disponer en el momento de la toma de decisiones de una mayor información y al eliminar pasos intermedios. El éxito obtenido ha motivado la inclusión, en los acuerdos de gestión del centro, de éste modelo de abordaje multidisciplinar, para otras patologías.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

106. ANALISIS DE EFECTIVIDAD DE SOFOSBUVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRONICA

AUTORES: Muñoz Contreras Mc, Menendez Naranjo L, Almanchel Rivadeneyra M, Ruiz Jimenez Mdm, Vicente Sanchez S, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de sofosbuvir (SFB) en combinación con otros antivirales para el tratamiento de la hepatitis C crónica (VHC).

MATERIA Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos aquellos pacientes tratados con sofosbuvir desde el 1 de Noviembre de 2014 hasta el 5 de Febrero de 2015. Las variables fueron: edad, sexo, esquema de tratamiento, tipo de paciente respecto al VHC (naive, respondedor parcial o nulo), grado fibrosis, genotipo, trasplante hepático, enzimas hepáticas pre y post-tratamiento, carga viral (CV) inicial, en la semana 4 y 12.

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica de pacientes externos, de la historia clínica electrónica y de la aplicación informática del laboratorio.

La efectividad se midió a través de la respuesta viral (RV), definida como la ausencia de carga viral, pudiendo ser RV rápida (RVR), si se obtiene en la semana 4 y RV final (RVF) tras 12 semanas de tratamiento.

RESULTADOS: El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 33 con una mediana de edad de 57 años [45-70], de ellos el 78,8% eran hombres frente al 21,2% mujeres, siendo sólo dos de ellos (6,1%) coinfectados con VIH. En función del tipo de paciente encontramos: 42,4% de respondedores nulos, 33,3% respondedores parciales y 15,2% naive, del 9,1% de los pacientes restantes no se obtuvieron datos.

Según el grado de fibrosis hepática: F4: 69,7%, F3: 12,1% y desconocido 18,2%. En función del genotipo, el 3 es el más prevalente con un 39,4% seguido del 1b: 27,3%, 1a: 24,2% y 4: 9,1%.

Los pacientes recibieron los siguientes esquemas de tratamiento: 17 pacientes SFB + simeprevir (SMP), 9 pacientes SFB + ribavirina (RBV) e interferon pegilado (PEG-INF) y 7 pacientes SFB + RBV, de ellos el 69,7% eran trasplantados hepáticos.

Los valores medios de las enzimas hepáticas previos al inicio fueron, GOT 73,6 U/L, GPT 72,5 U/L, GGT 112 U/L y fosfatasa alcalina 120 U/L, observándose una disminución al finalizar el tratamiento, GOT 26,8 U/L, GPT 21,7 U/L, GGT 62,1 U/L y fosfatasa alcalina 95,5 U/L.

La CV media al inicio del tratamiento fue de 52.724,6 copias/mL. En el grupo de tratamiento con SFB+SMP se observó RVR en un 47,1% de pacientes y RVF en un 94,1%; SFB+RBV+PEG-INF en la semana 4 hubo un 77,8% de pacientes con CV < 15 copias/mL, obteniendo un 100% de pacientes con CV indetectable en la semana 12; SFB+RBV presentó en la semana 4 un 57,1% de pacientes con CV < 15 copias/mL y un 100% de pacientes con CV indetectable en la semana 12.

CONCLUSIONES: Sofosbuvir en combinación con simeprevir muestra RVR en casi la mitad de pacientes, siendo la tasa inferior para otras combinaciones. En general SFB muestra una gran efectividad ya que alcanza el 100% de RVF con una mejora de la función hepática objetivada por la disminución de las enzimas hepáticas. La alta RVF engloba tanto a pacientes naive como no respondedores a tratamientos previos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1069. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA VIRAL RÁPIDA Y ADHERENCIA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS DE NUEVA GENERACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: MANZANO LISTA FJ, Martínez Sesmero JM, Labrador Andújar N, Quirós Amel H, López Sánchez P, Moya Gomez P.

Complejo Hospitalario De Toledo. Avda. De Barber, 30. Toledo. España

OBJETIVO: Evaluar la respuesta viral rápida y adherencia en semana 4 (RVR4) de las combinaciones de antivirales de acción directa (AAD) libres de interferón en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y analítico, en un hospital de tercer nivel, en el que se analizaron todos los pacientes VHC que inician tratamiento desde abril de 2015 con AAD (Simeprevir -SMV-, Sofosbuvir -SOF-, Daclatasvir -DCV-, Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF+LPV), Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonnavir (OMB/PPV/RTV), Dasabuvir (DSV), todos ellos con o sin Ribavirina (RBV) y libres de Interferón.

La datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica (sexo, edad, genotipo, grado de fibrosis obtenido por Fibroscan, IL28B, co-infección por VIH, tipo de paciente según respuesta previa a tratamiento o no -naive, no respondedor, respondedor parcial o recaedor-, trasplantado -sí o no-, estrategia terapéutica actual con AAD y previsión de la duración de tratamiento, RVR4). Así mismo, se realizó un test diseñado para evaluar la probabilidad de no adherencia antes del inicio del tratamiento con AAD, así como un análisis de adherencia en semana 4 a través del registro de dispensaciones en la aplicación Farmatools® v2.5.

El análisis estadístico de los datos se realizó con SPSS® v21. Se construyeron tablas de contingencia multidimensionales (Test de Ji cuadrado corregido) estableciendo grupos que confrontaban con la variable principal RVR4 (sí o no).

RESULTADOS: Se analizaron 136 pacientes que iniciaron AAD frente al VHC; 42 (30,65%) mujeres; edad media 55,68±9,84 años; 39 (28,7%) pacientes co-infectados por VIH; 103 (75,7%) presentaban un grado de fibrosis F3-F4; genotipo, 1a 35 (25,7%), 1b 69 (50,7%), 1c 1 (0,7%), 3a 14 (10,3%), 4a 15 (11%); IL28B: CC 10 (7,4%), CT 57(41,9%) y TT 16(11,8%); 82 (60,3%) eran naive, 41 (30,1%) no respondedores y 13 (9,6%) recaedores; y 11 (8,1%) pacientes con trasplante previo.

Combinaciones AAD: 1 paciente (0,75%), RBV+DSV+OMB/PPV/RTV 11 (8,08%) con RBV+SMV+SOF, 6(4,41%) con RBV+SOF, 8 (5,88%) RBV+SOF+DCV, 14 (10,29%) con RBV+SOF+LPV, 3 (2,20%) con RBV+OMB/PPV/RTV, 3(2,20%) con RBV+OMB/PPV/RTV+DSV, 19 (13,97%) con SMV+SOF, 32 (23,52%) con SOF+DCV, 40(29,41%) con SOF+LPV, 8(5,88%) con OMB/PPV/RTV+DSV y 1 (0,75%) con OMB/PPV/RTV; con previsión de duración 8 semanas: 1 (0,73%) paciente, 12 (8,82%) 12 semanas y 15 (11,02%) pacientes con duración prevista de 24 semanas.

La probabilidad de no adherencia antes de iniciar tratamiento con AAD se objetivó en 10 pacientes (4,4%) estaban en esta categoría. Tras las primeras 4 semanas de tratamiento, se sospechó no adherencia en 12 pacientes (8,8%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en este grupo antes-después ($p = 0,458$). Así mismo, tampoco se encontraron diferencias entre grupos una vez elaboradas las tablas de contingencia, confrontando RVR4 con el resto de variables cualitativas examinadas ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio corrobora lo ya reflejado en los ensayos clínicos de registro de los nuevos AAD, no encontrándose diferencias en la efectividad tras cuatro semanas de administración entre diferentes subgrupos de población. Hay que destacar la incipiente sospecha de no adherencia en nuestros pacientes, que habrá de seguir evaluándose, sobre todo de cara a su posible impacto en el resultado final del tratamiento con AAD.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

266. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE TERAPIA INMUNOSUPRESORA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

AUTORES: Plasencia Garcia I, Jurado Lopez R, Marques Güell E, Ocaña Gomez Ma, Fernandez Lopez E, Merino Alonso J.

Hospital Ntra. Sra. Candelaria. Ctra. Del Rosario, S/N. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Evaluar las causas que han promovido cambios de la terapia inmunosupresora de pacientes trasplantados de hígado y analizar las alternativas utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados de hígado durante el año 2014 y su seguimiento desde el día del trasplante hasta 31 mayo de 2015. Para ello se revisó nuestra base de datos en formato Excel® que se cumplimenta de forma prospectiva con información relativa a los pacientes trasplantados de hígado a los que se les da información al alta sobre medicación y medidas higiénico-dietéticas. Revisando los informes de evolución de la consulta de Digestivo, se recogieron los siguientes datos: cambio de tratamiento inmunosupresor (si hay), fecha de la modificación, motivo del cambio y consecuencias en el tratamiento inmunosupresor.

RESULTADOS: Se revisó información relativa a 38 pacientes, de ellos 4 (10,5%) fueron exitus antes de recibir el alta hospitalaria tras el trasplante. De la muestra obtenida de 34 pacientes, 18 pacientes (53%) sufrieron cambios de tratamiento inmunosupresor. La distribución por fármaco afectado fue la siguiente: 16 pacientes con micofenolato de mofetilo (89%), 4 de ellos con valganciclovir asociado y 2 pacientes con tacrólimus (11%). La media de días para la suspensión del tratamiento fue de 115 (rango 6-310). En el grupo de micofenolato fue de 133 días (rango 32-310), de micofenolato asociado a valganciclovir de 70 (rango 20-140) y en los dos pacientes con tacrólimus fue de 6 y 185 días.

Las causas de modificación fueron: neutropenia (9, 49%), afectación tumoral (5, 27%), leucopenia (1, 6%), plaquetopenia (1, 6%), alteraciones digestivas (1, 6%) y toxicidad neurológica (1, 6%).

Estos efectos provocaron en los pacientes: suspensión del tratamiento (13, 72%), de ellos 11 en el grupo del micofenolato y dos en el grupo de tacrólimus, reducción de dosis (2, 11%), reducción de dosis con posterior suspensión (1, 6%) y suspensión con reintroducción a dosis menores (2, 11%) todos ellos para el micofenolato.

En el 56% de los pacientes se mantuvo la suspensión del inmunosupresor que causó el problema clínico ajustando las dosis del resto de tratamiento inmunosupresor, mientras que en todos los casos cuya causa de suspensión fue afectación tumoral (4 micofenolato y 1 tacrólimus) se cambió a everólimus, en el caso de toxicidad neurológica secundaria a tacrólimus se cambió a ciclosporina y en dos casos de neutropenia secundaria a micofenolato se reintrodujo a dosis menor.

CONCLUSIONES: El fármaco inmunosupresor con mayor riesgo de toxicidad que ha implicado modificación del tratamiento es el micofenolato de mofetilo, especialmente asociado a valganciclovir.

La asociación micofenolato-valganciclovir parece estar relacionado con una reducción en el número de días necesarios para la aparición de toxicidad.

El inmunosupresor prescrito en caso de afectación tumoral es el everólimus.

Es frecuente que la suspensión del tratamiento inmunosupresor se mantenga en el tiempo y no sea necesario añadir medicación.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

936. ANEMIA ASOCIADA A RIBAVIRINA EN REGÍMENES LIBRES DE INTERFERON PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Irigoyen Rodriguez I, Luri Fernández De Manzanos M, Echeverría Gorriti A, Pellejero Jimenez R, Ortega Eslava A, Serrano Alonso M.

Clínica Universidad De Navarra. Avenida Pio Xii, 36. Navarra. España

OBJETIVO: Describir la incidencia y severidad de la anemia asociada al tratamiento con ribavirina (RBV) usada en combinación con antivirales de acción directa (AAD) en regímenes libres de interferón (IFN) en pacientes con hepatopatía avanzada por el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas y los registros de dispensación de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos de los pacientes adultos que recibieron RBV con AAD al menos 8 semanas (abril 2014-junio 2015).

Se revisó el cumplimiento terapéutico y se recogieron datos demográficos: edad, sexo; clínicos: genotipo viral, grado de fibrosis hepática; farmacológicos: AAD, ajuste de dosis por peso y función renal de RBV, terapias concomitantes y analíticos: hemoglobina sanguínea (Hb).

Se definió anemia como Hb

RESULTADOS: Once pacientes recibieron RBV en asociación con AAD y sin IFN, con una buena adherencia al tratamiento. La mediana (rango) de edad fue de 57 años (42-67), 7 hombres y 4 mujeres. El genotipo más prevalente fue el 1b (n=6) seguido del 1a (n=4). Ocho (72,7%) pacientes presentaron fibrosis avanzada (F3-F4) con diagnóstico de cirrosis y tres pacientes tenían recidiva de VHC en el injerto post-trasplante. Siete pacientes recibieron la combinación de ombitasvir/paritaprevir/ritonavir más dasabuvir, 2 sofosbuvir con simprevir y 2 sofosbuvir con daclatasvir. Todos los pacientes presentaron un aclaramiento renal de creatinina mayor de 60mL/min y a ninguno se le añadió un nuevo tratamiento mielosupresor en el periodo estudiado.

La Hb basal media (desviación estándar) fue de 14,1 (\pm 1,8)g/dL. En 9 (81.8%) pacientes la Hb bajó más de 1 g/dL y en 4 (36,36%) más de 2 g/dL. Siete (63,6%) presentaron anemia: 3 leve y 4 moderada. El descenso de Hb entre el valor basal y el mínimo fue de media (desviación estándar) 2,2 (\pm 1,8) g/dL. No hubo ningún caso de anemia severa. Tres (27.7%) pacientes requirieron ajuste de dosis de RBV y dos (18,2 %) administración de EPO. Ningún paciente tuvo que interrumpir el tratamiento debido a que se consiguió controlar la anemia.

CONCLUSIONES: La anemia es un efecto secundario frecuente (63.6%) en los regímenes que combinan RBV junto a los nuevos AAD en ausencia de IFN.

Se ha estudiado un grupo de pacientes con hepatopatía avanzada, en los que se consiguió controlar la anemia mediante las medidas farmacoterapéuticas citadas, sin comprometer en ningún caso la continuación del tratamiento.

El análisis de muestras de población mayores permitirá concluir datos sobre la seguridad de la RBV junto a los AAD, lo que contribuirá a establecer el papel de la RBV en los nuevos regímenes libres de IFN.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1056. CONSULTA MONOGRÁFICA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA: ACTIVIDAD E INTERVENCIONES

AUTORES: Gayoso Rey M, Iglesias Neiro P, Castro Domínguez Jm, Casanova Martínez C, Romero Ventosa Ey, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Universitario De Vigo. Pizarro X/N. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Cuantificar la actividad asistencial y el número de intervenciones y problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en una consulta de Atención Farmacéutica (AF) a pacientes con tratamiento para la hepatitis C crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico observacional prospectivo de cuatro meses de duración, desde febrero a mayo de 2015, de la actividad e intervenciones llevadas a cabo en una consulta monográfica de AF a los pacientes a tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa (AAD) para la infección crónica por hepatitis C.

La actividad asistencial de la consulta monográfica se cuantifica distinguiendo entre el número de pacientes que inician tratamiento y el número total de pacientes a los que se ha dispensado medicación cada mes. La actividad de la consulta se extrae del programa de gestión de citas de Admisión y del programa de dispensación (Silicon®).

En la consulta de AF se realiza un seguimiento farmacoterapéutico individualizado del paciente (entrevista clínica), registrando en un soporte electrónico los PRM detectados. La resolución de consultas de los pacientes y clínicos junto con la gestión de medicamentos en situaciones especiales se registra como "información", siendo un parámetro independiente.

Se ha seguido una clasificación de PRM consensuada por el grupo de trabajo de continuidad asistencial de nuestro Complejo Hospitalario. Existen 14 tipos de PRM: "1")Administración errónea; "2")Características personales del paciente; "3")Conservación inadecuada; "4")Contraindicación; "5")Dosis, pauta o duración no adecuada; "6")Duplicidad terapéutica; "7")Errores de dispensación; "8")Errores de prescripción; "9")Incumplimiento; "10")Interacciones; "11")Otros problemas de salud que afecten al tratamiento; "12")Probabilidad de efectos adversos; "13")Problema de salud insuficientemente tratado; "14")Otros.

RESULTADOS: El número global de tratamientos iniciados en el período de estudio es de 252. En febrero iniciaron tratamiento 29 pacientes y se dispuso medicación a un total de 88, se realizaron 12 consultas de "información" y 4 PRM "8". En marzo iniciaron tratamiento 28 pacientes y se dispuso tratamiento a un total de 110, se resolvieron 6 consultas de "información", 1 PRM "4", 4 PRM "8", 1 PRM "9" y 1 PRM "11". En abril iniciaron tratamiento 73 pacientes, se dispuso medicación a 159, se registraron 60 consultas de "información", 2 PRM "5", 4 PRM "8" y 1 PRM "10". En mayo iniciaron tratamiento 122 pacientes y se dispuso medicación a 253, se resolvieron 102 consultas de "información", 1 PRM "1", 11 PRM "5", 13 PRM "8", 2 PRM "9", 11 PRM "10" y 1 PRM "12".

CONCLUSIONES: La actividad asistencial de la consulta de AF a pacientes con hepatitis C crónica se ha triplicado con la entrada en vigor el 1 de abril de la Estrategia Terapéutica para la hepatitis crónica en el Sistema Nacional de Salud. El número de intervenciones realizadas y la demanda de información son muy elevadas y aumentan proporcionalmente con el número de pacientes atendidos en la consulta monográfica. Esto pone de manifiesto la importancia de la existencia de la consulta de AF a pacientes con hepatitis C crónica.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

489. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE DECISIÓN TERAPÉUTICA PARA LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Ynfante Milá Ji, Rodríguez Molíns E, Yáñez Feria D, Bayo Pavón MI, Jiménez Macías Fm, Contreras Rey Mb.

Juan Ramón Jiménez. Ronda Norte S/N. Huelva. España

OBJETIVO: La introducción de los nuevos fármacos contra el virus de la hepatitis C ha supuesto una revolución en el tratamiento de esta patología con resultados espectaculares, pero a un coste muy elevado.

Las negociaciones a nivel central y autonómico con la Industria Farmacéutica han permitido ir disminuyendo los costes, pero los sucesivos cambios introducidos con inusitada rapidez han complicado la capacidad de decisión terapéutica más eficiente.

Ante esta necesidad surgió la idea de contar con una herramienta que permitiera, de una manera fácil y segura, la elección de la terapia más costo efectiva, comprobando su aplicabilidad clínica en pacientes monoinfectados atendidos en un hospital de segundo nivel

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la bibliografía de consenso de las Asociaciones Europea y Española para el estudio del hígado (EASL 2015 y AEEH 2015) así como otros estudios de relevancia publicados hasta mayo de 2015, seleccionando para cada genotipo aquellas combinaciones de fármacos que presentaban una eficacia mínima, medida como respuesta viral sostenida, del 80%.

Se agrupó a los pacientes según tres condiciones:

Tratamiento previo (si/no) Cirrosis (si/no) cirrosis compensada (si/no) y una cuarta variable según particularidades del ensayo clínico implicado (Carga viral, Tolerancia a interferón, Datos analíticos)

Por último se calculó el coste real de cada tratamiento completo (precio medio farmacia de las semanas totales de tratamiento), en base a los acuerdos a nivel nacional y autonómico de riesgo compartido o techos de gasto.

Con todo el material se ha elaborado una tabla a modo de algoritmo de decisión, en la que según el genotipo del virus y las características del paciente se llega a la combinación terapéutica y duración más costo efectiva.

Se presentó en sesión clínica a los médicos de digestivo implicados, a los que se les facilitó un impreso y una dirección web donde poder consultarla desde cualquier sitio del área hospitalaria.

RESULTADOS: La opinión manifestada verbalmente y por escrito de los facultativos resultó muy favorable

Tras la implantación se modificaron prescripciones inmediatamente anteriores con una disminución de más de 24.000 € en algunos casos.

CONCLUSIONES: La elaboración y aplicación de esta sencilla herramienta ha sido de gran ayuda en la selección de medicamentos de alto grado de eficacia y al mejor precio.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

44. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES: González de la Fuente G, González García J, Gutiérrez Nicolás F, Nazco Casariego GJ, Calzado Gómez G, Bullejos Molina M.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Carretera Ofra s/n, 38320. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Evaluar los primeros resultados de efectividad con los nuevos antivirales de acción directa (AAD), medidos como respuesta final al tratamiento (RFT), en el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 7 meses de duración (noviembre 2014 – mayo 2015), en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de VHC y que iniciaron tratamiento con alguno de los nuevos AAD. A partir de las historias clínicas se registraron las siguientes variables: edad, sexo, genotipo (Gt), esquema, tiempo de tratamiento, polimorfismo del IL28b, naive o previamente tratados (PT), grado de fibrosis y coinfección con VHB o VIH. La efectividad del tratamiento se midió evaluando la RFT. En los esquemas de tratamiento que incluyeron el simeprevir+pegIFN+Rb se tuvieron en cuenta las reglas de parada aplicadas a dicho tratamiento a las 4, 12 y 24 semanas.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 17 pacientes (88% varones con una mediana de edad 53 años[42-73]). El 23,5% fueron pacientes naive. Todos con fibrosis F4 y sin coinfección. Los pacientes fueron tratados: 6 con simeprevir+sofosbuvir+Rb (100% Gt-1 y PT), 8 tratados con Sofosbuvir+pegIFN+Rb (50% PT, 75% Gt-3 y 12% Gt-1); y 3 con simeprevir+pegIFN+Rb (100% PT, 2 Gt-1 y 1 Gt-4).

Con el esquema simeprevir+sofosbuvir+Rb, 5 pacientes lograron respuesta viral rápida a las 4 semanas (RVR) de los que 3 tuvieron RFT. El paciente que no logró RVR si alcanzó RFT, por tanto la efectividad fue del 67%. De los pacientes que no alcanzaron RFT, en uno hubo que suspender el tratamiento por toxicidad.

De los pacientes tratados con Sofosbuvir+pegIFN+Rb el 50% no alcanzaron RVR pero todos obtuvieron RVF, mostrando una efectividad del 100%.

Los 3 pacientes tratados con simeprevir+pegIFN+Rb fracasaron al tratamiento (2 no cumplieron la regla de parada a las 4 semanas y el otro a las 24 semanas) con una efectividad del 0%.

La RFT en función de PT vs. naive fue del 62,5% vs 100% (p=0.14).

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo hemos querido mostrar la efectividad, en un hospital de tercer nivel, de los nuevos AAD, que fue del 70,6%. A pesar del que el tamaño muestral no permitió encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los naive y los PT, se observó una tendencia en la falta de respuesta en estos últimos. Futuros trabajos permitirán aumentar la población de estudio y analizar las respuestas a más largo plazo, y de esta forma conocer datos más representativos de efectividad para estos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

216. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR Y DACLATASVIR EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

AUTORES: Madera Pajin R, Asensi Diez R, Yunquera Romero L, Gonzalez Chavez J, Gajardo Alvarez M, Muñoz Castillo Im.

Hospital Regional Universitario De Malaga. Avenida Carlos Haya S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad y seguridad de Sofosbuvir (SOF) y Daclatasvir (DCV) en el tratamiento de la infección por virus C (VHC) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes en tratamiento con SOF+D-CV sin Ribavirina (RBV) entre Septiembre 2014-Mayo 2015. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y de la aplicación de dispensación del Servicio de Farmacia. Se analizaron las interacciones farmacológicas (IF) con la medicación habitual del paciente a través de la página Web hep-druginteractions.org/interactions.aspx de la Universidad de Liverpool. Variables recogidas. Demográficas: edad, sexo; Clínicas: carga viral (CV) basal, Respuesta Viral Rápida (RVR) semana 4, CV semanas 8, 12 y 24 (CV8, CV12 y CV24) en UI/ml, Respuesta viral sostenida (RVS) semana 12/24, grado de fibrosis (METAVIR), coinfección VIH, receptor de trasplante (hepático u otros); Tipo de paciente según tratamientos anteriores y respuesta, duración de tratamiento pautado para VHC y tratamiento habitual domiciliario; Efectos adversos (EA).

RESULTADOS: Se incluyeron 26 pacientes. El 57,7% eran mujeres. Edad media: 59,7±7,4 años. El 61,54%(16/26) de los mismos tenían prescrito SOF+DCV 12 semanas y el 38,46%(10/26) 24 semanas. Grado de fibrosis: F4 en el 69,23% de los pacientes, F3 en el 19,23% y F2 en el 7,69%. Genotipo: 61,53% genotipo 1(62,5% 1b, 25% 1a, 12,50% sin determinar) y el 38,47% genotipo 3. El 7,69%(2/26) eran coinfectados con VIH (tratamiento con 2ITIAN+ 1 inhibidor de la integrasa y/o de la proteasa). El 30,7%(8/26) habían recibido un trasplante de hígado previo al tratamiento, el 3,8%(1/26) un trasplante renal y 7,7%(2/26) estaban en lista de espera activa de trasplante hepático. El 50%(13/26) de los pacientes habían recibido tratamiento previo para el VHC, de los cuales: el 76,93% fueron tratados con ribavirina (RBV) y Peg-interferon-alfa 2a (PR) y el 23,07% con PR y boceprevir/telaprevir. Se disponía de datos sobre el tipo de respuesta del 42,30%(11/26): 63,64% fueron respondedores nulos, 27,27% respondedores parciales y el 9,09% recaedores. El % de pacientes con CV basal >800.000 UI/ml fue del 50%. El % de pacientes que alcanzaron RVR en semana 4 fue del 88,46%. El 96,15% de los pacientes tenían CV8 indetectable. A fecha de corte del estudio, el % de pacientes con CV12 indetectable fue del 61,54%(16/26) y de los tratados a 24 semanas, CV24 indetectable fue del 70%(7/10). Del resto de pacientes no se disponía de CV, ni de RVS de ningún paciente a fecha de corte del estudio. No se registraron EA significativos en la población estudiada y en general fue bien tolerado. No se encontraron IF con la medicación habitual.

CONCLUSIONES: La combinación SOF+DCV en el tratamiento de hepatitis por VHC disminuye la CV y la mantiene indetectable. Parece una alternativa segura. Sin embargo, sería necesario esperar a los resultados de RVS semanas 12/24 de todos los pacientes y estratificar entonces los resultados en base al tipo de paciente, genotipo y duración de tratamiento para poder extraer conclusiones más fiables y analizar si son concordantes con los resultados obtenidos en el ensayo clínico AI444-040.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

854. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR EN EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES: Fortes Gonzalez Ms, Armesto Quintas G, De Miguel Bouzas Jc, Villamayor Blanco L, Herrero Poch L, Freire Vazquez C.

Hospital Povisa. Calle Salamanca, Nº 5. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Evaluar los resultados obtenidos con Ledipasvir/Sofosbuvir (LDV/SOF) frente a la hepatitis C (VHC) en condiciones reales de utilización en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del total de pacientes diagnosticados con VHC que recibieron tratamiento con LDV/SOF tras la entrada en vigor del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C del Sistema Nacional de Salud publicado en abril de 2015. Se recogieron las siguientes variables: características demográficas, genotipo, polimorfismo IL28, elastografía previa al tratamiento, presencia de cirrosis o coinfección por VIH, tratamiento previo, carga viral, efectos adversos e impacto clínico. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y del aplicativo de laboratorio.

RESULTADOS: Desde la aprobación de la nueva estrategia terapéutica han iniciado tratamiento con LDV/SOF un total de 29 pacientes, de los cuáles se excluyeron 7 por no haber cumplido al menos 15 días de tratamiento al momento del estudio. Del total de 22 pacientes seleccionados (edad media: 53,1 años) un 86,4% eran hombres, 22,7% estaban coinfectados por VIH y el 50,0% eran cirróticos (59,1% incluyendo a aquellos etiquetados como probables). En cuanto al genotipo, la distribución fue la siguiente: 1a (54,5%), 1b (22,7%), 3a (13,6%) y 4 (9,1%). En la elastografía previa al tratamiento, el 50,0% eran F4, 18,2% F3 y 31,8% F2. La determinación del polimorfismo rs12979860 en el gen de IL28B se realizó en el 90,9%, resultando el 70,0% CT, 20% TT y 10% CC. De los 14 pacientes (63,6%) que habían recibido terapia previamente: el 42,9% no toleraron el tratamiento con interferon + ribavirina, 21,4% habían recaído, 14,3% eran no respondedores, 14,3% respondedores nulos y 7,1% respondedores parciales.

La media de ARN-VHC al inicio del tratamiento era de 1.419.194 UI/ml (0-6.478.354). En el 18,2% de los pacientes se asoció ribavirina a LDV/SOF. La mediana de duración del tratamiento en el corte del estudio fue de 6 semanas (2-7). En este momento se había determinado la carga viral al 63,6% de pacientes, resultando indetectable en el 64,3%, con un promedio de 73,2 UI/ml entre aquellos con RNA positivo. 4 pacientes (18,2%) presentaron un total de 10 efectos adversos (EA), que no motivaron la suspensión del tratamiento (temporal o permanente) en ningún caso. La fatiga fue el EA más frecuente (30,0% del total de EA), que experimentaron 3 pacientes (13,6% del total de pacientes). La incidencia de otros EA fue: cefalea (5,4%), pesadillas (5,4%), insomnio (5,4%), prurito (5,4%), Petequias (5,4%), sensación febril (5,4%) y diarrea (5,4%). Los EA fueron manejados con lorazepam, cleboprida, dimeticona y recomendaciones de hidratación. No se produjeron ingresos por el tratamiento.

CONCLUSIONES: Aunque de momento se disponen de pocos datos por el reciente inicio de utilización los antivirales de acción directa, en nuestra cohorte de pacientes LDV/SOF se ha comportado como un fármaco seguro, con una baja incidencia de efectos adversos leves sin repercusión clínica, que coinciden con los descritos en la literatura científica.

Son necesarios estudios más prolongados, sin embargo, LDV/SOF ha demostrado una gran rapidez en la reducción de la carga viral.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

656. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS FÁRMACOS PARA LA HEPATITIS C

AUTORES: Martín Rizo L, Perez Puente P, Gajardo Álvarez M, Garrido Ameigueiras Mr, Martín Cillero Mt, Fernández Lisón Lc.

Hospital San Pedro De Alcántara. Avenida Pablo Naranjo S/N. Cáceres. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de los nuevos tratamientos comercializados para la hepatitis C a la hora de negativizar el RNA del virus en sangre.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo realizado en los meses de enero-mayo de 2015 en el hospital. Reclutamos a todos los pacientes que llegaron a nuestra consulta de farmacia para iniciar tratamiento con Sofosbuvir, Simeprevir, Sofosbuvir/ledipasvir o Dasabuvir/paritaprevir/ombitasvir/ritonavir. En una tabla tipo Excel se recogieron los siguientes datos para cada uno de los pacientes: Nombre del paciente, fecha de nacimiento, genotipo de hepatitis, polimorfismo (si procede), grado de fibrosis utilizando el FIBROSCAN como prueba de medida, tratamientos previos, tratamiento actual, duración prevista, fecha de inicio de tratamiento, efectos adversos y valores de RNA en suero al inicio y a las dos, cuatro, ocho, y doce semanas. La obtención de los datos se llevó a cabo mediante la consulta de la historia clínica informatizada del paciente, el programa informático de analíticas del hospital, el programa informático de pacientes externos del Servicio de Farmacia y el formulario que el facultativo debía entregar a farmacia para la solicitud del tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 13 pacientes, 6 hombres y 7 mujeres con una media de edad de 57,23 años. Dos de ellos (15,38%) presentan polimorfismo IL28B, ninguno presenta co-infección con VIH y 11 (84,61%) de los pacientes habían recibido algún tratamiento previo. En cuanto a los genotipos de VHC, el 23% presentan genotipo 1a; 53,89% 1b; 7,69% 1c y el 15,38% son genotipo 4.

Los tratamientos recibidos fueron: 5 (38,4%) sofosbuvir/simeprevir, 4 (30,8%) sofosbuvir/ledipasvir, 2 (15,4%) dasabuvir/paritaprevir/ombitasvir/ritonavir, 1 (7,7%) simeprevir y 1 (7,7%) paritaprevir/ombitasvir/ritonavir. Ocho de estos tratamientos llevaron asociado ribavirina.

La duración del tratamiento fue de 12 semanas salvo en dos de ellos que fue de 24.

Cuatro de los pacientes finalizaron su tratamiento durante el estudio, negativizando el RNA del virus a las 4 semanas en el 50% de los pacientes y a las 8 semanas en el 100%.

Los 9 pacientes restantes siguen en tratamiento porque no han finalizado las 12 semanas. Por ello, solo hemos recogido los datos a las cuatro semanas obteniendo que un 44,4% (4 pacientes) han negativizado el RNA del virus y otro 44,4% presenta menos de quince copias.

En cuanto a los efectos adversos, sólo dos pacientes (15,38%) han referido cansancio y otros dos (15,38%) han experimentado cierta fotosensibilidad y eccemas en las manos.

CONCLUSIONES: Se aprecia que estos fármacos negativizan el RNA del virus de forma rápida e independientemente de la carga viral y que, aparentemente presentan pocos efectos adversos. Estos datos son muy esperanzadores para este grupo de pacientes más graves en los que casi se habían agotado las posibilidades de tratamiento. Sin embargo, la finalidad de estos fármacos es mantener una respuesta viral sostenida por lo que, será necesario llevar a cabo un seguimiento a largo plazo y en un mayor grupo de pacientes para obtener resultados más concluyentes.

844. EFECTOS ADVERSOS DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Caballero Requejo C, García Coronel M, Franco Miguel Jj, García-Molina Sáez C, Trujillano Ruiz A, Onteniente Candela M.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Avd. Intendente Jorge Palacios , 1. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la seguridad de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD) en los pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de referencia de área que asiste a una población de 220.000 habitantes. Se llevó a cabo desde septiembre 2014 a mayo 2015. Se incluyeron todos los pacientes iniciaron y completaron el tratamiento con AAD en dicho periodo, tanto pacientes naive como previamente tratados, así como mono infectados y coinfectados con VIH. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se realizó un seguimiento de los pacientes evaluando la seguridad del tratamiento mediante los valores de hemoglobina (Hb) (anemia: Hb

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes. El 67,9% fueron hombres y la edad media $55\pm 6,4$ años. 3 pacientes estaban coinfectados con VIH. El tratamiento con AAD se distribuyó: 46,4% sofosbuvir más simeprevir, 42,9% sofosbuvir (de los cuales el 91,6% asociados a INF más ribavirina(RBV), y el 8,4% asociado a RBV). Dos pacientes fueron tratados con simeprevir asociado a INF+RBV y un paciente con dasabuvir más ombitasvir, paritaprevir y ritonavir. Los EA más frecuentes fueron: trombopenia (46,4%) anemia (21,4%), síndrome pseudogripal (21,4%); náuseas y malestar gastrointestinal (21,4%), de los cuales un paciente tuvo que ser tratado con ondansetrón y otro con metoclopramida; rash cutáneo (28,6%), siendo dos de ellos tratados con antihistamínicos, y otro con corticoides, describiéndose en otro caso hipersensibilidad solar; insomnio (25%); síndrome ansioso-depresivo(17,9%); y neutropenia (10,7%), recibiendo uno de los pacientes una dosis de filgrastim. Los pacientes tratados con terapias libres de IFN presentaron una media de $1,2\pm 1$ EA, mientras que los que sí recibieron INF desarrollaron una media de $2,9\pm 1,5$ EA. El 46,4% de los pacientes estuvieron tratados con INF, que fue asociado a una mayor frecuencia de aparición de síndrome pseudogripal en comparación con los tratamientos libres de INF (46,2% vs 0%; $p=0,005$). El 57,1% recibieron RBV, presentando éstos una mayor frecuencia de anemia frente a los pacientes sin RBV asociada (37,5% vs 0%; $p=0,02$). Fue más frecuente un mayor número de efectos adversos (más de 3) en pacientes tratados con INF comparados con los pacientes en tratamiento con terapias libres de IFN (38,5% vs 0%; $p=0,01$).

CONCLUSIONES: Las reacciones adversas siguen siendo frecuentes, pero están más asociadas a los tratamientos con AAD combinados con INF y RBV que a las terapias libres de IFN. Los nuevos AAD son en general bien tolerados, ya que todos los pacientes pudieron completar el tratamiento. Como podemos observar, el uso del IFN y RBV siguen siendo limitantes debido a la aparición de EA como el síndrome pseudogripal y anemia respectivamente.

692. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON AGENTES ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Gómez Martínez M, Gómez Esteban A, Oro Fernández M, Garay Sarria C, Illaro Uranga A, Valero Domínguez M.

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Av. Valdecilla S/N. Cantabria. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de las nuevas terapias libres de interferón en el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC), medida como supresión de la carga viral (CV) a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento (RVS12), en los pacientes de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron los pacientes que iniciaron tratamiento en situación de acceso expandido para el VHC con sofosbuvir más daclatasvir o simeprevir hasta mayo de 2015. Se recogieron datos demográficos, bioquímicos y hematológicos; genotipo viral, grado de fibrosis hepática y respuesta a tratamientos previos; CV al inicio y a las 4 semanas de tratamiento, y a las 12 y 24 semanas tras finalizado. Se analizaron los resultados de eficacia por intención de tratar.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes (80 % hombres) tratados con las nuevas terapias libres de interferón con una media de edad de 57 años (50-72). 11 pacientes presentaban fibrosis de grado F3/F4 (73,3%) y los 4 restantes estaban trasplantados. 10 pacientes eran genotipo 1, 2 pacientes genotipo 3 y 3 pacientes genotipo 4. Respecto al tratamiento previo, 6 pacientes eran respondedores nulos, 6 eran "naïve", 2 no habían tolerado el tratamiento y 1

había recaído. Las combinaciones terapéuticas empleadas fueron: sofosbuvir y daclatasvir en 13 pacientes y sofosbuvir y simeprevir en 2 pacientes. La duración del tratamiento fue de 24 semanas en todos los pacientes excepto en uno que fue trasplantado en la semana 17 de tratamiento y lo suspendió. La CV media al inicio fue de 1993681 copias/ml (1320-11900000). Un 80% de los pacientes (12/15) obtuvieron RVR y el 86,6% (13/15) consiguió RVS12. No se dispone aún de suficientes datos de RVS24, si bien, uno de los pacientes con CV detectable en la semana 12 presentó RVS a la semana 24. Respecto a los parámetros bioquímicos los pacientes presentaron una mejoría de las transaminasas: valores medios de ALT basal 77,1 U/L, a la semana 4 de 26,7 U/L y en la semana 12 de 25,2 U/L; valor de AST basal de 91,4 U/L, a la semana 4 de 36,3 U/L y a la semana 12 de 34,2 U/L. Ningún paciente desarrolló anemia secundaria al tratamiento y ninguno suspendió el tratamiento debido a toxicidad o ineficacia antes de alcanzar la duración recomendada.

CONCLUSIONES: Las terapias libres de interferón reducen la carga viral del VHC de forma rápida y eficaz, mejorando la función hepática y con muy buena tolerancia. Las principales limitaciones del estudio son el reducido tamaño muestral, la variabilidad de la población respecto a genotipo, grado de fibrosis y fármacos empleados y la falta de datos de RVS24, todo ello debido al reciente acceso a estos medicamentos. Son necesarios, por tanto, más estudios que ayuden a establecer la estrategia más coste-efectiva para cada tipo de paciente.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1054. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPO 1

AUTORES: Pena Villanueva P, Goenaga Ansola A, Leon Barbosa A, Pampin Sanchez R, Garcia Fernandez MI, Barbazan Vazquez J.

Hospital De Cabueñes. C/ De Los Prados 395. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de telaprevir en combinación con interferón-alfa y ribavirina en el tratamiento de la hepatitis C crónica genotipo 1 en nuestro hospital y compararla con los resultados de los ensayos clínicos pivotaes. Describir el perfil de seguridad en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes tratados con triple terapia (enero de 2013-mayo 2015). Se recogió de la historia clínica los siguientes datos: edad, sexo, genotipo viral, polimorfismo IL28b, grado de fibrosis basal según escala METAVIR, pacientes naïve o previamente tratados, la carga viral (CV) basal y tras 4, 8, 12, 24 y 48 semanas de tratamiento, y 24 semanas después de la última dosis planificada del fármaco.

La eficacia se definió como la obtención de respuesta viral sostenida (RVS), es decir, CV indetectable 24 semanas después de finalizar el tratamiento, y se comparó con la de los EC.

Se analizaron los motivos de interrupción del tratamiento: reacciones adversas (RA) graves, reglas de parada (CV>1000 UI/ml en la semana 4, disminución

La seguridad se evaluó recogiendo las RA sufridas.

RESULTADOS: En nuestro hospital se trataron 40 pacientes: edad entre 45 y 70 años, el 75% eran hombres y 50% genotipo 1A (3 sin subtipo). Polimorfismo IL28b: CC(9 pacientes), CT(22), TT(7) y 2 sin dato. Grado de fibrosis: F0(2 pacientes, pero con manifestaciones extrahepáticas), F2(1), F3(14) y F4(23). 14 eran pretratados y 26 naïve.

Finalizaron tratamiento 21 pacientes: 5 durante 24 semanas y 16 durante 48. De los 19 restantes, 5 suspendieron por RA graves, 13 por reglas de parada (7 fueron respondedores nulos y 6 parciales) y 1 voluntariamente.

De los 21 que finalizaron, se alcanzó RVS en 14 (7 naïve y 7 pretratados), 4 recidivaron tras finalizar, 1 fue traslado y de 2 no se cumplieron las 24 semanas post-tratamiento.

Nuestros resultados fueron una RVS del 27% en naïve (con un 92% de pacientes con fibrosis F3-F4) y del 50% en pretratados (F3-F4=94%).

En el ensayo ADVANCE (naïve con F3-F4=22%) se alcanzó una RVS del 75% y en el ensayo REALICE (pre-tratados con F3-F4=48%) un 64%.

Respecto a la seguridad, los efectos adversos y número de pacientes afectados fueron: anemia con Hb

CONCLUSIONES: Los resultados de curación alcanzados fueron inferiores a los publicados en los EC. En parte puede explicarse por el mayor grado de fibrosis hepática en nuestra población.

Los eventos adversos de nuestros pacientes concuerdan con los descritos en la ficha técnica del medicamento, con la salvedad de la trombosis de la vena retiniana.

75. EFICACIA Y TOXICIDAD DE LA TRIPLE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA

AUTORES: Aparicio Rubio C, De la Vega Zamorano I, Carrascosa Piquer O, Cornejo Uixeda S, García del Busto Enguer N, Sánchez Alcaraz A.

Hospital Universitario de la Ribera. Carretera de Corbera km 1. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y toxicidad de la triple terapia (peg-interferón, ribavirina y un inhibidor de la proteasa vírica Simeprevir/Telaprevir) en el tratamiento de la infección por el virus de la Hepatitis C crónica (VHC).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se evaluaron los pacientes en tratamiento con triple terapia desde enero 2012 hasta abril 2015, con dosis de simeprevir de 150mg/día o telaprevir 2250mg/día más ribavirina de 1000mg/día y peg-interferón de 100mcg/semana (dosis recomendadas para pacientes entre 65-80kg). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, coinfección por VIH, grado de fibrosis, respuesta a tratamientos previos, carga viral inicial y a las 12 semanas y reacciones adversas.

Los datos se recogieron de las aplicaciones informáticas Abucasis y la Historia Clínica Electrónica (SIAS).

RESULTADOS: La triple terapia fue instaurada a 35 pacientes con hepatitis C (42.9% simeprevir y 51.1% telaprevir) con una edad media de 53 años.

En cuanto al grado de fibrosis de los pacientes tratados con simeprevir, el 13% eran F2, el 40% F3, el 47% F4 y ningún paciente con grado de fibrosis F0 o F1, y con telaprevir el 14,4% eran F1, el 19% F2, el 19% F3, el 19% F4 y sin datos en el resto de pacientes (28.6%).

Respecto a la respuesta a tratamientos previos (interferón+ribavirina) en los pacientes tratados con simeprevir, el 27% no habían sido tratados anteriormente (naïve), el 33 % respondedores nulos, el 7% eran recaedores, el 7% no respondedor parcial y el 27% el dato no estaba disponible.

En los pacientes tratados con telaprevir, el 19% no habían sido tratados anteriormente (naïve), el 66.7% eran recaedores, el 9,5 % respondedores nulos y el 4,5% el dato no estaba disponible.

La efectividad del tratamiento (carga viral negativa a las 12 semanas de instaurar la triple terapia) según el grado de fibrosis fue del 100% en F2, 83.3% en F3 y 71.43% en F4 con simeprevir y con telaprevir del 100% en F1, 75% en F2, 50% en F3, 75% en F4 y 66,6 % en los pacientes con grado de fibrosis desconocido.

La efectividad del tratamiento con simeprevir según la respuesta a tratamientos previos fue del 100% en pacientes naïve, 100% en recaedores, 100% en respondedores parciales, 60% en respondedores nulos y 75% en los pacientes con respuesta desconocida a tratamientos previos y con telaprevir del 100% en pacientes naïve, 71,4% en recaedores y 100% en los pacientes con respuesta desconocida a tratamientos previos. El tratamiento no fue efectivo en ninguno de los pacientes respondedores nulos.

Con simeprevir, el 80% presentó reacciones adversas siendo las más frecuentes: trastornos hepato biliares (40%), hematológicos (33.3%) y cutáneos (20%).

Con telaprevir, el 90,4% presentó reacciones adversas siendo las más frecuentes: toxicidad cutánea (42.8%), hematológicas (33.3%) y trastornos gastrointestinales (23.8%).

CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos no observamos una diferencia significativa entre el tratamiento con simeprevir y telaprevir en cuanto a eficacia y toxicidad ya que el tamaño muestral no es significativo (n=35).

Sin embargo, parece que simeprevir presenta un mejor perfil de eficacia y seguridad en el tratamiento de VHC.

1217. EL VALOR AÑADIDO DEL FARMACÉUTICO EN LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C

AUTORES: Ribed Sanchez A, Ibañez García S, Giménez Manzorro A, Rodríguez González C, Sarobe Gonzalez C, Sanjurjo Sáez M.

Hospital Gral. Univ. Gregorio Marañón. Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la hepatitis C con los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD) requiere un abordaje multidisciplinar y un seguimiento farmacoterapéutico (SFT) intensivo debido a su reciente comercialización, a la escasa evidencia sobre su efectividad y seguridad en la práctica clínica y elevado coste.

OBJETIVO: Analizar el impacto, en términos de seguridad y eficiencia, de la intervención del farmacéutico durante el SFT de los pacientes que inician tratamiento con AADs.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: estudio observacional, descriptivo, prospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes que inician tratamiento con AADs durante el periodo 01/04/2015 – 31/05/2015.

Metodología del programa de SFT:

(i) Diseño de un protocolo, consensado con los servicios de Digestivo e Infecciosas, que describe los criterios de indicación, selección y duración del tratamiento de acuerdo a las recomendaciones establecidas por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), así como un check-list de las variables demográficas, farmacoterapéuticas y clínicas a monitorizar en cada visita programada al Servicio de Farmacia.

(ii) Diseño de una Base de Datos, que incluye el registro de las intervenciones según la clasificación de Overhage et al y la gravedad de los errores interceptados según el NCC MERP.

(iii) Documentación de los resultados del SFT en la Historia Clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron 295 pacientes (68,5% hombres) con una edad media de 58(DE=7,6) años. La mayoría presentaron grado de fibrosis F4 (75,6%). El 8,8% presentaron cirrosis descompensada y el 21% de los pacientes eran coinfectados. El 40,3% no habían recibido tratamiento previamente, el 49,2% había fracasado a biterapia y el 10,5% a triple terapia. El perfil de prescripción fue: ombitasvir/paritaprevir/ritonavir +/- dasabuvir en el 59,7%, y sofosbuvir/ledipasvir en el 38,3%. Seis pacientes recibieron otras combinaciones. El 66,4% recibieron ribavirina y el 37,3% tenían un régimen de 24 semanas.

Durante el SFT se realizaron 115 intervenciones, con una tasa de aceptación del 97%. Se detectaron 3 errores de gravedad G/H, que correspondieron a 2 interacciones del AAD (una con primidona y otra con salmeterol) y una sobredosisificación de ribavirina en un paciente hemodializado. 103 (89,6%) errores fueron de gravedad D/E/F, y 9 (7,8%) categorizados como ausencia de error/ error sin daño (clase A/B/C).

Los principales motivos de intervención fueron: 55 (47,8%) interacciones que requirieron vigilancia estrecha/suspensión del tratamiento concomitante, 34 (29,6%) errores en la técnica de administración y 7 (6,0%) errores de dosis. La mayoría de interacciones con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir fueron con productos de herbolario y zumo de pomelo (25,6%), y con sofosbuvir/ledipasvir con antagonistas de calcio (13,4%).

Tras el consenso con los servicios especialistas, la selección y duración de la terapia se ajustó en un 94,6% a la terapia más eficiente según las recomendaciones del SERMAS. El 5,4% restante fueron terapias justificadas clínicamente. Además del protocolo, se realizaron 6 intervenciones relacionadas con la selección del tratamiento y 2 con la duración, que conllevaron a un ahorro directo de 75.133 euros (PVL- 7,5%+IVA).

CONCLUSIÓN: El papel del farmacéutico ha sido fundamental en la detección de interacciones relevantes, en la información de la correcta técnica de administración y en la selección de la terapia más eficiente.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

949. ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO FRENTE AL VHC EN FUNCIÓN DE LA COMPATIBILIDAD CON LA TERAPIA CONCOMITANTE

AUTORES: López Broseta Pa, Sanchez Parada L, Jornet Montaña S, Martin Marques M, Montoliu Llopis S, Canela Subirada M.

Hospital Universitari Joan Xxiii. Avenida Mallafré Guasch N 4. Tarragona. España

OBJETIVO: Determinar el tratamiento farmacológico más adecuado frente al VHC, de entre las posibles opciones terapéuticas para un paciente, en función de las interacciones con su medicación habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde Marzo de 2015, para cada paciente candidato a iniciar tratamiento, se evaluaron las interacciones de cada una de las posibles combinaciones terapéuticas frente al VHC con su medicación habitual. A través del programa de historia clínica informatizada se recogió la medicación habitual del paciente y los parámetros clínicos para su caracterización: clasificación virológica, grado de fibrosis hepática, existencia o no de tratamiento previo y tipo de respuesta.

Una vez caracterizado al paciente y elegidas las alternativas farmacológicas, se comprobó la existencia de interacciones con la medicación habitual mediante bases de datos (hep-druginteractions, micromedex, uptoDate y lexicomp). En caso de no haber sido estudiada la interacción, se revisó la farmacocinética.

RESULTADOS: Se estudiaron 12 pacientes infectados por el VHC candidatos a tratamiento, 10 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 51 años.

El 75% de los pacientes eran genotipo 1 y el 25% genotipo 3.

El grado de fibrosis(F) que presentaban era: F0 un 16,7%, F2 un 25%, F3 un 25% y F4 un 25% de los pacientes. No se conocía el grado de fibrosis para uno de los pacientes (8,3%).

El 75% de los pacientes se había tratado anteriormente frente al VHC.

Todos ellos eran polimedcados, con una media de 7.8 fármacos.

Los 12 pacientes eran candidatos a recibir tratamiento con Dacalatasvir+Sofosbuvir. En 5 de ellos esta combinación presentaba interacciones relevantes con su tratamiento habitual y en uno esta terapia estaba contraindicada por insuficiencia renal(IR). En el resto de pacientes podría considerarse tratamiento de elección.

La terapia con Sofosbuvir+Simeprevir no fue tratamiento de elección en ninguno de los 9 pacientes candidatos, debido a interacciones relevantes en 8 casos y en un paciente por IR.

El tratamiento con Ledipasvir/Sofosbuvir estaba indicado en 9 pacientes. En 3 de ellos había alguna interacción (en 2 pacientes no fueron relevantes) y un candidato fue nuevamente descartado por IR. En 7 pacientes fue propuesto como uno de los tratamientos de elección.

Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir+Dasabuvir estaba indicado en 9 pacientes. Todos presentaban alguna interacción que desaconsejaba su uso, por lo que no fue recomendado.

La combinación Daclatasvir+Simeprevir no era terapia de elección en ninguno de los pacientes, pero fue seleccionada para el paciente con IR debido al alto número de interacciones con Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir +Dasabuvir y a que estaba contraindicado el uso de Sofosbuvir por su IR.

CONCLUSIONES: Se detectaron un elevado número de interacciones entre la medicación habitual de los pacientes polimedcados y las nuevas terapias para el tratamiento frente al VHC.

La combinación que menos interacciones presentó ha sido Ledipasvir/Sofosbuvir y la que más Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir+Dasabuvir

Se hace necesaria la participación del farmacéutico en el estudio de las interacciones antes del inicio del tratamiento, orientando así al clínico en la selección de la terapia más adecuada.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

761. ESTUDIO DE LA ADHERENCIA, SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C.

AUTORES: Sanchez - Rubio Ferrandez L, Becares Martinez Fj, Tortajada Esteban Ev, Arias Moya Ma, Bonilla Porras M, Hernandez Segurado M.

Fundacion Jimenez Diaz. Avda Reyes Catolicos, 2. Madrid. España

OBJETIVO: Realizar una revisión de los pacientes en tratamiento con los nuevos Antivirales de Acción Directa para el virus de la Hepatitis C en un Hospital General de tercer nivel, para determinar cual ha sido la adherencia, efectos adversos más frecuentes y efectividad en la semana 4 del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con los nuevos Antivirales de Acción Directa (Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir +/- Dasabuvir +/- Ribavirina, Sofosbuvir/Ledipasvir +/- Ribavirina y Sofosbuvir/Daclatasvir +/- Ribavirina) entre el 1 de Abril de 2015 y el 31 de Mayo de 2015 en nuestro Hospital. Los datos presentados en este trabajo corresponden al seguimiento de efectividad, adherencia y seguridad de la semana 4 del tratamiento.

Las variables determinadas en el estudio fueron:

- Carga Viral (CV): Revisión de las analíticas de cada paciente en la Historia Clínica Electrónica.
- Efectos Adversos más frecuentes: Mediante recogida en la Consulta de Atención Farmacéutica a pacientes externos, siguiendo el procedimiento de entrevista clínica al paciente con patologías víricas. Los datos obtenidos de dicha entrevista se registran.

RESULTADOS: En el momento de la recogida de datos habían alcanzado la semana 4 del tratamiento un total de 118 pacientes, que son aquellos que se incluyeron en el estudio. 57 pacientes (48,3%) recibieron Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir+/- Dasabuvir +/- Ribavirina y 57 pacientes (48,3%) recibieron Sofosbuvir/Ledipasvir +/- Ribavirina y 4 (3,3%) Sofosbuvir/Daclatasvir +/- Ribavirina.

Un total de 9 pacientes (7,6%) son coinfectados por el VIH, y 86 (72,8%) presentan un grado de fibrosis F4.

Adherencia: en 4 de los 118 pacientes se constató que estaban tomando el tratamiento con una posología errónea.

Seguridad: En pacientes en tratamiento con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir +/- Dasabuvir +/- Ribavirina los Efectos Adversos más frecuentes fueron Cansancio (19,3%), Picores (12,3%), insomnio (10,5%), Cefalea (10,5%), y trastornos gastrointestinales (7%). En pacientes que recibían Sofosbuvir/Ledipasvir +/- Ribavirina: cansancio (19,3%), cefalea (12,2%), insomnio (8,7%) trastornos gastrointestinales (1,7%). En pacientes tratados con Sofosbuvir/Daclatasvir +/- Ribavirina: cansancio (50%)

Un 20,3% (24 pacientes) no han presentado ningún efecto adverso durante el tratamiento.

No hubo ningún abandono hasta la semana 4 por efectos adversos en ninguno de los dos grupos.

Efectividad: presentan Carga Viral Indetectable en la analítica de la semana 4 un total de 105 pacientes (88,9 %), 11 pacientes (9,3%) carecen de datos, y 2 pacientes (1,7%) presentan CV detectable aunque con valores < 200 copias RNA/ml.

CONCLUSIONES: Los nuevos Antivirales de Acción Directa para el tratamiento de la Hepatitis C han demostrado un avance muy importante en este campo ya que han presentado buenos datos de eficacia desde la semana 4 del tratamiento, aunque es necesario esperar a los resultados de Respuesta Viral Sostenida.

Además, presentan muy buena tolerancia, lo cual contribuye a una mejor adherencia. Ningún paciente ha tenido que abandonar el tratamiento debido a los Efectos Adversos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

799. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NUEVOS FÁRMACOS PARA HEPATITIS C CRÓNICA EN PACIENTES COINFECTADOS

AUTORES: Montecatine Alonso E, Soriano Martínez M, García-Avello Fernández-Cueto A, Poyatos Ruiz LL, Rodríguez Pérez AÁ, Lluich Colomer A.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avenida Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar el uso e impacto de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD) frente al virus de la hepatitis C (VHC) en pacientes coinfectados por VIH/VHC y determinar la evolución del estado inmunológico y virológico del VIH antes y después del tratamiento con AAD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos de un hospital de tercer nivel incluyendo los pacientes coinfectados que hubieran iniciado tratamiento con los AAD desde Noviembre de 2014 hasta Marzo 2015. Los fármacos autorizados en ese periodo eran: Sofosbuvir (SOF), Simeprevir (SMV) y Daclatasvir (DCV).

Los datos recogidos fueron: demográficos, genotipo VHC y grado de fibrosis hepática (escala METAVIR). En los pacientes que finalizaron las 12 semanas de tratamiento con AAD al final del periodo de inclusión: recuento de CD4 (cel/ μ L) y porcentaje de pacientes con ARN-VIH < 20 copias/ μ L basal y al final del tratamiento anti-VHC.

También se evaluó si fue necesaria la adecuación del tratamiento antirretroviral (TAR) ante la adición de la nuevos AAD.

RESULTADOS: Se incluyeron 63 pacientes, con una edad media de 50 (\pm 6.3) años, de los cuales 54 (85,7%) eran hombres y 9 (14,3%) mujeres. En cuanto a los genotipos, 21 (33.3%) eran genotipo 1a; 17 (26.9%) 1b; 6 (9.5%) tipo 3; y 19 (30.2%) tipo 4.

El número de pacientes con fibrosis F0-1 fue 1 (1.6%), 16 (25.4%) con F2, 11(17.5%) F3 y 36 (57.1%) F4.

En 47 (74.6%) pacientes tratados con SMV se adecuó el TAR por las contraindicaciones que éste presenta con fármacos como los Inhibidores de la Proteasa, Efavirenz, Etravirina o Nevirapina.

De los 26 (41.3%) pacientes tratados con DCV, a 22 (84.6%) se les redujo la dosis a 30mg por la presencia de ATV en sus tratamientos, controlando así, el aumento de AUC de DCV que produce el ATV.

El ARN-VHC al finalizar el estudio fue indetectable en todos los casos, exceptuando un paciente que fracasó al tratamiento con SOF+SMV, por presentar a las 12 semanas 251 copias/ μ L.

En un paciente se registró una reacción adversa por fotosensibilidad debido a SMV que requirió la suspensión del tratamiento y en otro paciente un aumento de la CV-VIH final por la adecuación realizada en el TAR.

En 25 de los 40 (63.5%) pacientes que finalizaron el tratamiento a las 12 semanas se observó un descenso del recuento de CD4 (cel/ μ L), siendo las medianas de inicio y de fin, 527 (51-1434) y 354 (48-913), respectivamente. Consideramos que la muestra era demasiado pequeña para calcular p.

CONCLUSIONES: En este estudio se pone en manifiesto la efectividad y seguridad de los nuevos fármacos para la Hepatitis C Crónica en pacientes coinfectados. Además, observamos que la adecuación del TAR y la adición de los nuevos AAD no altera la CV del VIH, pero sí reduce el recuento de CD4, por tanto sería recomendable un seguimiento de estos niveles tras finalizar el tratamiento anti-VHC, dada la importancia del estado inmunológico en estos pacientes y el riesgo que suponen las infecciones oportunistas.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

744. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: Caballero Requejo C, Franco Miguel Jj, Garcia Coronel M, Trujillano Ruiz A, Onteniente Candela M, Gil Candel M.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Avd. Intendente Jorge Palacios , 1. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD) en los pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional realizado en un hospital de referencia de área que asiste a una población de 220.000 habitantes, de septiembre 2014 a mayo 2015. Se incluyeron todos los pacientes que completaron el tratamiento con AAD en este periodo de tiempo, tanto pacientes naive como previamente tratados, así como mono infectados y coinfectados con VIH. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. El Servicio de Farmacia recibió las prescripciones médicas de cada paciente, valorando su adecuación o no a las guías e informes de posicionamiento terapéutico y remitiéndolas a Dirección Médica, autorizando éstos el inicio de tratamiento. Desde el Servicio de Farmacia se realizó un seguimiento de los pacientes, valorando la eficacia mediante el valor de la carga viral (CV).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 28 pacientes completaron el tratamiento. El 67,9% fueron hombres y la edad media $55\pm 6,4$ años. El 71,4% de los pacientes estaban a cargo del Servicio de Digestivo, mientras que el 28,6% a cargo del Servicio de Infecciosas. 3 pacientes estaban coinfectados con VIH. La media de valores de rigidez hepática medida mediante Fibroscan® fue de $16,1\pm 5,2$ kilopascales, teniendo el 78,6% de los pacientes un grado de fibrosis F4. Los genotipos se distribuyeron de la siguiente forma: G1b (39,3%), G1 (21,4%), G3a (14,3%), G1a (10,7%), G3 (10,7%) y G4 (3,6%). En cuanto al tratamiento previo, el 67,9% había sido tratado con biterapia y el 17,9% con triple terapia, siendo un 32,1% recidivantes y un 32,1% null responders, encontrando un 14,3% intolerantes a interferón (IFN) y un 7,1% respondedores parciales. El 14,3% eran pacientes naive. El tratamiento con AAD se distribuyó: 46,4% sofosbuvir más simeprevir, 42,9% sofosbuvir (de los cuales el 91,6% asociados a INF más ribavirina (RBV), y el 8,4% asociado a RBV). Dos pacientes fueron tratados con simeprevir asociado a INF+RBV y un paciente con dasabuvir más ombistasvir, paritaprevir y ritonavir. El 89,3% fueron tratados durante 12 semanas, mientras que un 10,7% durante 24. La media de CV basal fue de 3.455.479 UI/ml, teniendo el 71,4% de los pacientes una CV alta ($CV > 800.000$ UI/ml) al inicio del tratamiento. En la semana 4, el 51,7% de los pacientes tuvo CV indetectable y un 31% CV detectable inferior a 15UI/ml. Al final del tratamiento, el 96,4% de los pacientes tuvo CV indetectable, encontrando en un paciente una CV de 269 copias.

CONCLUSIONES: Los nuevos AAD, tanto en combinaciones libres de interferón como asociados a éste, muestran un alto porcentaje de respuesta viral (96,4%) al final del tratamiento en nuestra población de estudio, incluso en pacientes que no respondieron previamente una triple terapia. Es necesario continuar el seguimiento de estos pacientes para evaluar si mantienen una respuesta viral sostenida, que se realizará mediante un control de la CV a los seis meses tras la finalización del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

257. EVALUACIÓN DE RESPUESTA/SEGURIDAD DEL SOFOSBUVIR/LEDIPASVIR EN PACIENTES HEPATITIS C CRÓNICA (G1B) NAIVE A LAS 4 SEMANAS DE TRATAMIENTO Y EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO POR UNIDAD PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Fernandez Espinola S, Galan Retamal C, Garrido Fernandez R, Padilla Marin V.

Hospital De Antequera. C/ Poeta Muñoz Rojas, S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Evaluar respuesta/seguridad en pacientes VHC G1b naive (mono infectados) en monoterapia con Sofosbuvir/Ledipasvir a las 4 semanas de tratamiento, siendo monitorizados y recibiendo atención farmacéutica especializada.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sofosbuvir/Ledipasvir (Sof/Led) fue aprobado por la AGEMyPs el 1/04/2015. Se incluyen en el estudio todos los pacientes que iniciaron tratamiento durante el mes de abril 2015 con Sof/Led con VHC G1b naive. Se recogieron datos epidemiológicos paciente, datos analíticos (GOT, GPT, CV) al inicio y a las 4 semanas de tratamiento y reacciones adversas en esas 4s. También se obtuvo el tratamiento domiciliario de todos los pacientes a través de la aplicación Diraya-Primaria, evaluándose las interacciones de su terapia de base con Sof/Led mediante la web hep-druginteractions de la universidad de Liverpool. Las interacciones medicamentosas relevantes y las intervenciones farmacéuticas realizadas fueron comunicadas al digestivo responsable del paciente y quedaron recogidas en su historia clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron 16 pacientes en el periodo de estudio mencionado, siendo la edad media de los sujetos de 60 años, con un intervalo de 27 a 79 años, con mayor presencia de hombres (68%, n=11) que mujeres (32%, n=5).

Dentro del grupo de estudio, la distribución por grados de fibrosis fue la siguiente: 9 pacientes F4, 4 pacientes F3 y 3 pacientes F2.

Las valores medios de GOT, GPT y Carga viral previo al inicio de tratamiento fueron respectivamente, 76 U/L 37°C (con un intervalo 26-204 U/L 37°C), 88 U/L 37°C (con un intervalo 40-186 U/L 37°C) y 14.600.000 cop/ml (con un intervalo 36.000.0000-4.000.000 cop/ml).

A las 4 semanas las cargas virales de todos los pacientes fueron negativas (

Se analizaron las posibles interacciones medicamentosas de SOF/LED con el tratamiento domiciliario de todos los pacientes previo al inicio del tratamiento. Se emitieron 6 recomendaciones terapéuticas: 1 interrupción temporal de Rosuvastatina 10mg y 5 adecuaciones de pauta posológica con Omeprazol 20mg para hacerlo coincidir Sof/led. EL 100% de las recomendaciones fueron aceptadas por los digestivos responsables y recogidas en la historia clínica del paciente.

Las reacciones adversas detectadas en las 4 primeras semanas de tratamiento fueron cansancio (n=3, 18%) e insomnio y picor (n=2, 12%). Y en todos los casos fueron descritas por los pacientes como leves y no incapacitantes para su vida cotidiana.

CONCLUSIONES: - Negativización carga viral y normalización de niveles GOT y GPT a las 4 semanas en todos los casos estudiados.

- Perfil de reacciones adversas bajo a las 4 semanas de tratamiento.

- Presencia de interacciones con medicamentos que tienen un alto nivel de uso en la población estudiada (IBP, Estatinas). Estas interacciones precisan de evaluación e intervención clínica por parte de personal especializado que no ponga en riesgo la terapia anti-VHC.

- Medicamento de alto impacto económico que justifica una atención farmacéutica individualizada para optimizar los resultados del mismo.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1103. EVALUAR EL IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO HEPATITIS C CRÓNICA CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DIRECTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Parada Aradilla Ma, Martínez Bernabé Em, Terré Ohme S, Gonzalez Martínez J, Ruiz Poza D, Albertí Valmaña R.

Corporació De Salut Del Maresme I La Selva. C/Sant Jaume, 209-217. Barcelona. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la atención farmacéutica (AF) en el tratamiento Hepatitis C Crónica (HCC) con los nuevos antivirales directos (AAD) en un hospital comarcal.

MATERIAL Y METODOS: Periodo de estudio 8 meses (octubre 2014-mayo 2015).

El farmacéutico recibe las solicitudes de inicio de tratamiento de HVC, valida teniendo en cuenta tres aspectos: adecuación al Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud y directrices autonómicas, informe de interacciones (Micromedex, Lexi Interact y Hepdrug Liverpool) y adecuación según criterios de coste-efectividad (tabla estandarizada). AF visita de inicio: entrevista y entrega de dípticos informativos, conciliación del tratamiento y adaptación al plan horario del paciente. Se dan instrucciones sobre la administración y conservación. Se indican signos de alerta y principales reacciones adversas a medicamentos (RAM), se entrega calendario de dispensación (fecha de inicio-fin) y teléfono/correo electrónico para consultas.

AF seguimiento, semana 2: llamada para valoración de tolerancia al tratamiento y consultas sobre manejo de reacciones adversas y nuevos tratamientos.

AF dispensación, semana 4,8 (tratamientos 12 semanas) y 12, 16, 20 (tratamientos 24 semanas). Valoración de la adherencia (recuento de medicación y registro de dispensaciones) y tolerancia.

El registro de la AF se realiza a través del curso clínico.

Criterios de exclusión: pacientes que no habían completado 4 semanas de tratamiento (periodo de máxima AF).

RESULTADOS: Se han validado un total de 24 tratamientos, de los que tres tuvieron que ser modificados por el médico por no ajustarse a los criterios de validación.

Los 24 pacientes, 66% varones, mediana de edad 54 (P25-P75 : 49-58) presentaban grado de fibrosis F4. El 79,16% (19) eran genotipo 1, el 54,16% (13) eran naïf y 16,66% (4) eran coinfectados VIH. Al finalizar el periodo de estudio 11 pacientes habían completado el tratamiento VHC.

Visitas realizadas: 88 con médico responsable VHC y 116 visitas de AF de las cuales 20,69% (24) son de inicio, 20,69% (24) llamadas de seguimiento, 48,28% (56) visitas de dispensación y control de la adherencia y 10,34% (12) consultas extras de pacientes (6 por RAM y 6 por interacciones). En el control de adherencia se detectan tres incidencias, tres pacientes declaran haber extraviado uno o dos comprimidos del total del tratamiento evaluado. El 100% de los pacientes son adherentes.

El 33,33% (8) pacientes no han declarado ninguna RAM. Se han recogido 34 RAM siendo las más frecuentes: astenia 20,59% (7), cefalea 14,71% (5), prurito 11,76% (4), alteraciones del sueño 11,76% (4) y dolores musculares 8,82% (3).

El tiempo medio dedicado por el farmacéutico a la AF es de 180 min por paciente, 60 minutos informe validación, 60 minutos visita inicio, 15 minutos llamada seguimiento, 15 minutos dispensación y control adherencia y 30 minutos consultas extras.

CONCLUSIONES: El farmacéutico realiza un 24,14% más de visitas que el médico durante el tratamiento.

El 73 % (135 minutos) del tiempo que dedica el farmacéutico a la AF se emplea en las primeras cuatro semanas.

El 100% de los pacientes son adherentes y ningún paciente ha abandonado el tratamiento por RAM.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1207. EXPERIENCIA TEMPRANA CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C: RESULTADOS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES: Mayo López C, Hernández Muniesa B, Ontañón Nasarre A, Andrés Rosado A, Carrasco Torrents A, García Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. C/ Camino Del Molino, 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de fármacos antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de la hepatitis C.

Analizar, en los pacientes que inician tratamiento, el grado de adecuación al "Protocolo para el abordaje del tratamiento a los pacientes con Hepatitis C de la Comunidad Autónoma de Madrid".

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de efectividad y seguridad de AAD en pacientes diagnosticados de hepatitis C crónica, en un hospital de segundo nivel, en el periodo diciembre 2014-junio 2015.

Se elabora una base de datos donde se registra: genotipo/subtipo, grado de fibrosis, grado de enfermedad (cirrosis compensada/descompensada), terapia previa, fecha de inicio/fin, duración, carga viral (CV) basal, semana 4, 8, 12 y 24, respuesta fin de tratamiento (RFT) y respuesta viral sostenida (RVS). Los datos son obtenidos de la historia clínica electrónica (Selene). Así mismo se recogen datos de laboratorio como bilirrubina, hemoglobina y filtrado glomerular. De la entrevista con el paciente se obtienen datos de tolerancia (efectos adversos) y cumplimiento terapéutico.

La variable principal de efectividad es la RVS definida como CV

La adecuación al protocolo se calcula como porcentaje de pacientes que han iniciado el tratamiento más eficiente según las pautas establecidas por la CAM.

RESULTADOS: Han iniciado tratamiento 56 pacientes, 11 de ellos coinfectados VIH-VHC: 42,85%(24) Sofosbuvir/Ledipasvir, 26,8%(15) Sofosbuvir/Simeprevir, 26,8%(15) Ombitasvir/Paritaprevir/r/Dasabuvir Y 3,57%(2) Sofosbuvir/Daclatasvir. El 94,6%(53) han recibido la combinación más eficiente, excepto tres pacientes que han iniciado la segunda combinación eficiente por motivos de interacciones o incompatibilidad. En el momento actual han finalizado tratamiento 8 pacientes, alcanzando el 100% la RFT. 30 pacientes (55,4%) han recibido más de 4 semanas de tratamiento, consiguiendo el 90,32% CV indetectable (

De estos 30 pacientes, el 16,6% no tuvieron ningún problema asociado a la medicación. El 23,3% manifestaron cansancio, 20% mialgias, 16,6% malestar gastrointestinal, 16,6% prurito, 10% mareo y 6,66% disnea. Un paciente presentó anemia severa (Hb 7mg/dl) con necesidad de eritropoyetina, dos presentaron enrojecimiento de manos, uno suspendió tratamiento por sepsis biliar en el contexto de cirrosis descompensada, y otro paciente ingresó con bloqueo AV, en el contexto de paciente de edad avanzada (80 años).

El cumplimiento terapéutico fue del 100% en todos los pacientes, salvo un olvido puntual en uno de ellos.

CONCLUSIONES: Resultados preliminares muestran una disminución rápida de la CV, incluso en las primeras semanas de tratamiento, con buen perfil de tolerancia en la mayoría de los casos. El cumplimiento terapéutico del 100% refleja la comodidad y facilidad de la pauta posológica de las terapias basadas en AAD. Resultados de RVS en próximos meses nos permitirán evaluar la verdadera efectividad de los tratamientos. La elección del tratamiento se basó en criterios clínicos y de eficiencia.

921. IMPACT OF DIRECT ANTIVIRALS FOR HEPATITIS C INITIATION ON ADHERENCE TO HIV MEDICATIONS

AUTORES: Martínez Sesmero JM, Manzano Lista FJ, López Sánchez P, García Palomo M, Moya Gómez P. Complejo Hospitalario de Toledo. Avenida de Baber nº30. Toledo. España

OBJECTIVE: To investigate whether initiating direct antivirals for hepatitis C virus (DA-HCV) treatment affects adherence to concomitant human immunodeficiency virus (HIV) medications.

MATERIAL AND METHODS: Observational and prospective study of all adult co-infected HIV-HCV patients who initiated DA-HCV at the outpatient pharmacy department in a 680 bed teaching hospital from September 2014 to April 2015. Clinical and pharmacotherapeutic variables registered from medical records were: age, sex, HCV genotype, IL-28B, fibrosis, previous response or naïve, transplant (yes or not), HIV viral load and CD4 cell count at the beginning of DA-HCV, combination and time on the present stable antiretroviral regimen, DA-HCV combination. To assess Primary Adherence (PA) related to DA-HCV we used an structured self-report questionnaire at the beginning of DA-HCV treatment; to assess Secondary Adherence (SA) to HIV medication we used structured self-report questionnaire 4 weeks after the beginning of DA-HCV treatment and the dispensing registry. The comparison between SA before and after the beginning of DA-HCV was developed using a pre-post statistical analysis with SPSS® 15.0.

RESULTS: A total of 39 co-infected patients were analyzed; mean age 48,5±6,2 years; 29 males (74,3%); 7 (17,9%) genotype 1a, 8 (20,5%) genotype 1b, 7 (17,9%) genotype 3, 17 (43,7) genotype 4; IL-28B, 13 (33,3%) CC, 16 (41,0%) CT, 10 (25,7%) TT; 3 (7,7%) F0-1, 5 (12,8%) F2-3, 31 (79,5%) F3-4; 10 (25,6%) naïve, 11 (28,2) relapsers, 10 (25,6%) null-responders, 8 (20,6%) partial responders; no transplant patients; mean HIV viral load 453±342 copies/mL; mean CD4 cell count 289±78 cells/mL; 22 (56,5%) Integrase Inhibitor based regimen, 12 (30,7%) Protease Inhibitor based regimen, 2 (5,1%) Non-Nucleoside based regimen, 3 (7,7%) other regimen; mean time on the present stable antiretroviral regimen 9,2±4,8 months; 4 (10,2%) PEG-Interferon+Ribavirine+Simeprevir, 10 (25,6%) Sofosbuvir+Ribavirine, 10 (25,6%) Sofosbuvir + Ledipasvir, 7 (17,9%) Sofosbuvir+Simeprevir, 4 (10,2%) Sofosbuvir+Daclatasvir, 2 (5,1%) Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir+Ribavirine, 2 (5,1%) Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Ribavirine. The PA to DA-HCV was 94±2,3%. The SA to HIV medication after the DA-HCV initiation was 89,1±5,8% versus 86,2±4,6% (p = 0,327).

CONCLUSIONS: In this population study there was no statistically significant difference between SA to HIV medication before and after the DA-HCV initiation. It is important to assess the ongoing evolution of SA to HIV medication, moreover when PA and SA to DA-HCV could change in the future, and possibly the SA to HIV medication and the impact on clinical success in both diseases. The key role of the hospital pharmacist in this setting will guarantee these issues.

170. IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES Y DE LA POLIMEDICACIÓN EN LA SELECCIÓN DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA EN ESPAÑA

AUTORES: Andrade Bellido RJ, Yu - E, Lucena Gonzalez MI.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos. Málaga. España

INTRODUCCIÓN: Los nuevos antivirales de acción directa (AAD) suponen una esperanza de curación para una amplia mayoría de pacientes con hepatitis C. Los AAD aunque muy seguros presentan un riesgo potencial de interacción farmacológica (DDI). Se analizan las características demográficas, prevalencia de comorbilidades y uso de medicación asociada con posibilidad de interacción en pacientes con hepatitis C crónica en España.

MÉTODOS: Se ha usado la base Datos Longitudinales de Pacientes (DLP España) que recopila información a partir de historias clínicas de aproximadamente 900 médicos generales y 700 especialistas en España que atienden a 900.000 pacientes /año. Se incluyeron pacientes con un diagnóstico ICD-9 70.44 (HCC con coma hepático) o ICD-9 70.54 (HCC sin coma hepático) o al menos una prescripción de interferón pegilado o ribavirina entre enero de 2009 y diciembre de 2014. Se analizaron los 12 meses más recientes de seguimiento de cada paciente.

Se analizaron las comorbilidades utilizando códigos ICD-9. Las comedificaciones fueron clasificadas basándose en la página web <http://www.hep-druginteractions.org/>, según su potencial de producir DDI con alguno de las 4 combinaciones de AAD (ledipasvir/sofosbuvir; LDV/SOF, daclatasvir; DCV, simeprevir; SMV, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir; OBV/PTV/r + DSV) en rojo -no se debe administrar conjuntamente con al menos uno de los 4 AAD-, o ámbar -presenta posibles interacciones con al menos uno de los 4 AAD y no está contraindicado con ninguno.

RESULTADOS: 301 de 311 pacientes con HCC cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 61 años ($\pm 14,8$ DE) y el 56% eran varones. Las mujeres eran de edad más avanzada que los hombres (67 años frente a 56 años). El 86% de los pacientes tenían al menos una comorbilidad y el 12% tenían ≥ 4 . Los diagnósticos subyacentes más frecuentes fueron síndromes de dolor crónico que afectaron al 55% de sujetos, seguido de ansiedad/trastornos de angustia (22%) y diabetes mellitus tipo 2 (20%).

Entre los fármacos prescritos, 21 se clasificaron como rojos y se prescribieron al 29% de los pacientes. Aproximadamente 8 de cada 10 pacientes (79%) recibió ≥ 1 fármaco contraindicado o con potencial DDI con al menos una de las cuatro combinaciones AAD y al 37% se le prescribió ≥ 3 fármacos con DDI. Sin embargo, un único paciente (0,33%) recibió un fármaco contraindicado para los 4 AAD y el 6,6% de los pacientes recibía un fármaco rojo o ambar frente a todos los AAD.

Las comorbilidades más frecuentes que determinaron prescripción de fármacos con DDI fueron dolor y toxicomanía (56%), trastornos cardiovasculares (50%), ansiedad (31%) y depresión (24%).

CONCLUSIÓN: En pacientes con hepatitis crónica C en España hay una frecuencia significativa de comorbilidades y medicaciones asociadas con potencial de interacción farmacológica con los nuevos AAD. El elevado porcentaje de pacientes que reciben tratamiento potencialmente contraindicado a al menos uno de las 4 combinaciones AAD aconseja una selección individualizada del régimen antiviral más apropiado. Las actividades de formación destinadas a mejorar el conocimiento de las posibles interacciones farmacológicas con los regímenes AAD presumiblemente mejoraran el proceso de decisión terapéutica en la hepatitis C crónica.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

937. INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA: NUESTRA EXPERIENCIA

AUTORES: Franco Sereno Mt, Áreas Del Águila VI, Fernandez Marchante Ai, Alañón Pardo Mm, Benet Gimenez I, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. C/ Obispo Rafael Torija, S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y tolerancia al tratamiento con triple terapia (TT): inhibidores de la proteasa (IP) (Telaprevir, Boceprevir y Simeprevir) asociados a Ribavirina e Interferon Pegilado (RBV-PEG) para la hepatitis C crónica (HCC).

MATERIAL Y METODO: Estudio observacional prospectivo de Febrero 2012-Junio 2015 de todos los pacientes con HCC que iniciaron TT.

Variables recogidas: demográficas, genotipo, grado de fibrosis hepática (F), tipo de paciente según respuesta al tratamiento previo (naïve, recidivante, respondedor parcial (RP), no respondedor (NR)) y coinfección por VIH.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se recogieron los valores de carga viral (CV) al inicio, en semanas 4-12-24 y 48 del tratamiento y a las 12 ó 24 post-tratamiento (respuesta viral sostenida (RVS) si CV indetectable). Se analizaron las causas de suspensión (toxicidad o fracaso de la terapia), necesidad de tratamiento de soporte y los efectos adversos detectados en el seguimiento farmacoterapéutico.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 70 pacientes iniciaron tratamiento con TT: 57.14% Telaprevir, 20% Boceprevir y 22.85% Simeprevir.

Las características basales de los pacientes por IP fueron:

Telaprevir (n:40) edad media 48.15 ± 8.34 años, 70% varones. El 57.5% genotipo 1b y el 62.5% grado de fibrosis $\geq F3$. Tipo de paciente: 32.5% recidivante, 30% NR, 20% RP y 17.5% naïve. Dos pacientes coinfectados por VIH.

Boceprevir (n:14) edad media 49 ± 10.82 años, 71.4% varones. Con un 71.4% tanto genotipo 1b como grado de fibrosis $\geq F3$. Tipo de paciente: 35.7% naïve, 28.57% recidivante, 21.42% NR y 14.28% RP.

Simeprevir (n:16) edad media 49.81 ± 8.26 años, 75% varones. El 56.25% y el 37.5% con genotipos 1b y 4 respectivamente; el 50% con grado de fibrosis $\geq F3$. Tipo de paciente: 37.5% naïve, 31.25% NR, 18.75% recidivante, 6.25% RP y 6.25% respuesta desconocida. Un paciente coinfectado por VIH.

La efectividad por IP fue:

Telaprevir 29 RVS (74.35%), 9 fracasos de la terapia (ocho durante y uno post-tratamiento), 1 suspensión por toxicidad (anemia) y 1 tratamiento no valorable pendiente de alcanzar 12 semanas post-tratamiento

Boceprevir 5 RVS (35.71%), 8 fracasos de la terapia (seis durante y dos post-tratamiento) y 1 suspensión por toxicidad (pancitopenia).

La efectividad de Simeprevir a las 12-24 semanas de tratamiento fue 14 pacientes con CV indetectable (87.5%) y dos fracasos durante el tratamiento.

Los pacientes presentaron como efectos adversos mayoritarios: cansancio (60% telaprevir, 44.8% boceprevir, 37.5% simeprevir), prurito (44.8% boceprevir, 37.5% simeprevir, 35% telaprevir), anemia (28.5% boceprevir, 25% telaprevir) e hiperbilirrubinemia (31.25% simeprevir).

Fue necesario tratamiento de soporte con eritropoyetina (nueve pacientes con telaprevir, uno con boceprevir y uno con simeprevir), factores estimulantes de colonias (un paciente con cada uno de los IP) y eltrombopag (un paciente con boceprevir).

CONCLUSIONES: La TT se utilizó mayoritariamente en pacientes pre-tratados y con grado de fibrosis hepática elevado. La RVS fue mayor en los pacientes tratados con telaprevir, que con boceprevir; el tratamiento con simeprevir ha sido efectivo a las 12-24 semanas de tratamiento de la mayoría de los pacientes. El cansancio y el prurito fueron los efectos adversos más frecuentes de la TT; la anemia fue el efecto adverso ligado principalmente a telaprevir y boceprevir y la hiperbilirrubinemia a simeprevir.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1141. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y A TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: Oliva Oliva A, Rodríguez Cajaraville L, Corral Alaejos A, Cordero Sánchez M, Rodríguez Pérez A, Calvo Hernández Mv.

Hospital Universitario De Salamanca. Paseo San Vicente 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas en una población de pacientes con Hepatitis C tratados con los antivirales de acción directa y atendidos a en la unidad de pacientes externos de un hospital de cuarto nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogen datos de todos los pacientes (n=89) que acuden a recibir medicación en el período diciembre 2014- mayo 2015. La distribución según las diferentes características de la enfermedad es la siguiente: Genotipo: 1b: 48,2%; 1a: 31,9%; 2: 0,1%; 3: 11,3%; 4: 8,4%.

Prevalencia del grado de fibrosis: F4: 77,5%; F3: 13,5%; F2: 4,5%; F0-F1: 3,4%; Carcinoma: 1,1%.

Cirrosis descompensada: 31,5%.

Coinfección con VIH: 18%.

Pretratamiento: 63%; 10% con triple terapia.

La distribución de los esquemas de tratamiento utilizados es la siguiente: Sofosbuvir-Simeprevir, 33,7%; Sofosbuvir-Ribavirina, 11,2%; Sofosbuvir-Daclatasvir, 10,1%; Ombitasvir-Paritaprevir/ritonavir-Dasabuvir-Ribavirina, 10,1%; Sofosbuvir-Daclatasvir-Ribavirina, 7,9%; Sofosbuvir-Ledipasvir, 7,8%; Sofosbuvir-Simeprevir-Ribavirina, 6,7%; Sofosbuvir-Ledipasvir-Ribavirina, 5,6%; Ombitasvir-Paritaprevir/ritonavir-Dasabuvir, 4,5%; Sofosbuvir-Peginterferón-Ribavirina, 1,1%; Simeprevir-Peginterferón-Ribavirina, 1,1%.

Las solicitudes de tratamiento recibidas en el Servicio de Farmacia son evaluadas por un comité diseñado al efecto. Tras la autorización el paciente es evaluado mensualmente por el médico prescriptor y recoge la medicación en el Servicio de Farmacia.

Se realiza atención farmacéutica y se llevan a cabo las intervenciones necesarias, que se clasifican en las siguientes categorías: 1-Idoneidad del esquema de tratamiento, 2-Medicación concomitante, 3-Administración, 4-Reacciones adversas, 5-Adherencia.

RESULTADOS: Se han realizado 91 intervenciones en 58 pacientes (1,6 intervenciones por paciente), clasificadas como sigue:

1- 36,3%: Cambio de esquema de tratamiento (24); Retraso en el inicio de tratamiento a la espera de otro esquema más eficaz (3); Reducción de la duración de tratamiento (3); Cambio en la dosis (3).

2- 31,9%: Suspensión de medicamento por interacción (8); Recomendación por interacción potencial (8); Suspensión de medicamento por innecesario e interacción dudosa (5); Retraso en el inicio de tratamiento por interacción (3); Recomendación de medicamento por problema no tratado (3); Corrección de pauta por interacción (2).

3- 15,4%: Corrección de pauta de medicación general (12); Cambio en el horario de administración (1); Recomendación por dificultad en la deglución (1).

4- 11%: Mitigar reacción adversa (5); Reducción de dosis de ribavirina (5).

5- 5,5%: Recuento de comprimidos por sospecha de incumplimiento (5).

El 88% de las intervenciones fueron aceptadas.

El 37,4% de las intervenciones supone un impacto potencial en la efectividad de los tratamientos, el 34,1% en la seguridad y el 16,4% han proporcionado una reducción en el coste de los tratamientos que asciende a 163.344 €. La respuesta viral rápida se ha conseguido en 50 de 53 pacientes; en el resto el resultado está pendiente.

CONCLUSIONES: -La rápida y continua introducción de los antivirales de acción directa en terapéutica, con escaso número de pacientes incluidos en los ensayos clínicos, ha provocado la necesidad de modificaciones y readaptación de los tratamientos.

-Los antivirales de acción directa han presentado muy pocas reacciones adversas graves. Sin embargo las intervenciones por interacciones han sido elevadas.

-Las intervenciones farmacéuticas pueden mejorar los resultados de este tipo de tratamientos, siendo necesaria la utilización de programas para la evaluación de la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

615. NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA: DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Benitez Garcia B, Moreno Ramos F, Gonzalez Fernandez Ma, Jimenez Nacher I, De Sebastian Rueda M, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Pº De La Castellana, 246. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta viral rápida, así como la carga viral (CV) al final del tratamiento en los pacientes con hepatitis C crónica tratados con los nuevos antivirales de acción directa (AAD).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos con hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento con AAD entre noviembre de 2014 y febrero 2015 y que habían finalizado antes de junio de 2015.

Se recogieron las siguientes variables demográficas, clínicas y analíticas: edad, sexo, coinfección con VIH (sí/no), tratamiento previo (sí/no), tipo de respuesta a tratamiento previo, genotipo, grado de fibrosis hepática, AAD recibido, duración de tratamiento y CV basal, en la semana 4 y al final del tratamiento.

Se definió respuesta viral rápida (RVR) como CV

RESULTADOS: Un total de 34 pacientes iniciaron tratamiento con AAD en el periodo estudiado, de los cuáles incluimos 32 en el estudio, ya que 2 fueron exitus. El 68.8% fueron varones. La mediana de edad fue 59 (44-80). De los 32 pacientes un 71.9% eran coinfectados VIH. Con respecto al tratamiento previo, eran naive 15 (46.9%) pacientes, respondedores nulos 12 (37.5%) y 5 (15.6%) recidivantes. El genotipo más frecuente fue el 1b, en un 68.8% de los pacientes. El grado de fibrosis fue F4 en 27 (84.4%) pacientes y F3 en 5 (15.6%). Los esquemas de tratamiento fueron los siguientes:

- Sofosbuvir+Simeprevir+Ribavirina: 13 (40.6%) pacientes, de los cuáles 10 pacientes se trataron durante 12 semanas y 3 durante 24 semanas.
- Sofosbuvir+Simeprevir: 3 (9.4%) pacientes, 2 tuvieron una duración de 24 semanas y 1 paciente de 12 semanas.
- Simeprevir+Interferon pegilado+Ribavirina: 6 (18.8%) pacientes, en tratamiento durante 24 semanas.
- Exviera+Viekirax+Ribavirina: 3 (9.4%) pacientes durante 12 semanas.
- Sofosbuvir+Daclatasvir: 5 (15.6%) pacientes durante 24 semanas.
- Sofosbuvir+Daclatasvir+Ribavirina: 1 paciente durante 24 semanas.
- Sofosbuvir+Ribavirina: 1 paciente durante 16 semanas.

La CV basal fue inferior a 800.000 UI/mL en 12 (37.5%) pacientes y superior o igual a 800.000 UI/mL en 20 (62.5%). Consiguieron RVR 24 (75%) pacientes, 3 (9.4%) tuvieron una CV superior a 30 UI/mL y de 5 pacientes no hay dato. La CV al final del tratamiento fue indetectable en el 96.9% de los pacientes. En solo 1 paciente la CV fue detectable, que se podría explicar por la mala adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES: Los pacientes fueron tratados mayoritariamente con pautas que contenían sofosbuvir y simeprevir por ser aprobados por la Agencia Española del Medicamento antes que el resto de AAD. Los resultados de RVR y los de la CV al final del tratamiento fueron semejantes a los estudios publicados con estas combinaciones de fármacos. A pesar de los buenos datos debemos esperar a los resultados de respuesta viral sostenida de la semana 12 para evaluar la efectividad de estos fármacos en la práctica clínica.

1038. NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA: DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y MANEJO DE SUS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN LA PRÁCTICA HABITUAL

AUTORES: Granja Berna V, Sánchez Gil C, Collados Arroyo V.

Hospital Infanta Elena. Avda. Reyes Católicos, 21. Madrid. España

OBJETIVOS: Detectar y analizar las potenciales interacciones entre los nuevos Antivirales de Acción directa (AADs) para el tratamiento de la Hepatitis por virus C (VHC) y el tratamiento domiciliario de los pacientes que van a recibir estos medicamentos. Describir su manejo en la práctica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo llevado a cabo en pacientes monoinfectados que iniciaron tratamiento para la VHC con los nuevos AADs entre los meses de abril y mayo de 2015 en nuestro hospital.

Se revisa la historia clínica (HC) de los pacientes. Se realiza una entrevista clínica a todos los pacientes al inicio de su tratamiento con AADs, para confirmar la información recogida en su HC y completar su perfil farmacoterapéutico.

Se realiza una búsqueda activa para detección y clasificación de las posibles interacciones farmacológicas mediante la consulta de la ficha técnica de los medicamentos, la base de datos de interacciones de la Universidad de Liverpool (www.hep-druginteractions.org) y Lexicomp®. En aquellos casos donde no se dispone de información se consulta con el laboratorio.

Se establecen 4 niveles de gravedad: (A) datos no disponibles; (B) no se espera interacción clínicamente significativa, (C) Potencial interacción (D) Evitar medicación.

El análisis de los datos se realiza utilizando la frecuencia para variables cualitativas y la media, desviación estándar y rango para las cuantitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 43 pacientes. La edad media fue de 53,7 años (DE: 10.2), rango 33-73. El 83,7% de los pacientes iban a iniciar tratamiento con Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir + Dasabuvir ± Ribavirina, el 2,3% con Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir + Ribavirina y el 14% con Sofosbuvir/Ledipasvir ± Ribavirina.

El 69,8% de los pacientes estaba en tratamiento con algún medicamento al inicio de la terapia con AADs, con una media de 3,2 (DE: 3), rango 0-13, medicamentos crónicos por paciente.

Se detectaron un total de 73 (52.5%) interacciones: 64 (46%) se clasificaron como C y 9 (6,5%) como D. En un 21,6% de los casos la información se obtuvo de ficha técnica, en un 64,8% de las bases de datos de la Universidad de Liverpool y Lexicomp®. En un 13,7% fue necesario contactar con el laboratorio, no encontrándose datos disponibles en el 6.5% de los casos.

Los fármacos más implicados fueron: antihipertensivos 13,4%; IBPs 15,9%; hipnóticos-sedantes 9,8%; corticoides 8,5%; hipolipemiantes 6,1% y levotiroxina 6,1%.

Se realizaron 14 cambios de tratamiento domiciliario y se suspendieron 17. En 6 tratamientos se modificó la dosis o la frecuencia de administración.

El 12,9% de los medicamentos recogidos durante la entrevista clínica no estaban registrados en la HC, de los que 2 estaban contraindicados y 5 presentaban potencial interacción.

CONCLUSIONES: Existe una elevada frecuencia de potenciales interacciones entre los nuevos AADs y el tratamiento domiciliario de los pacientes, por lo que es muy importante realizar una estrecha monitorización de estos pacientes. Es necesaria la coordinación y una vía rápida de comunicación entre el farmacéutico y el facultativo para la detección, prevención y resolución de posibles interacciones medicamentosas que pueden comprometer la eficacia y seguridad del tratamiento para la VHC.

1083. NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIVIRALES PARA LA HEPATITIS C: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, SATISFACCIÓN

AUTORES: Ruiz Darbonnens Si, Pons Martinez L, Bonete Sanchez M, Herraiz Robles P, Marcos Ribes B, Talens Bolos Ma. Hospital San Juan De Alicante. Ctra. Alicante - Valencia, S/N. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y el perfil de efectos adversos de los nuevos tratamientos antivirales contra el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo que incluyó a los pacientes que iniciaron terapia frente al VHC desde enero hasta mayo del 2015. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, genotipo del VHC y tratamiento prescrito),

variables de efectividad (carga viral –CV- indetectable al finalizar el tratamiento) y de seguridad (efectos adversos referidos en historia clínica, en aquellos pacientes que hubiesen completado al menos 1 mes de tratamiento).

En aquellos pacientes que finalizaron la terapia, se midió el grado de satisfacción con la atención farmacéutica recibida mediante una encuesta de tipo Likert, con 5 posibles respuestas cerradas (1: muy bajo, y 5: muy alto).

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 79 pacientes. La edad media fue de 53,9±11,2 años y el porcentaje de hombres del 65%. La distribución por genotipos del VHC fue: genotipo 1a à 17 (22%); genotipo 1b à 35 (44%); genotipo 2 à 1 (1%); genotipo 3 à 15 (19%); genotipo 4 à 9 (11%); y genotipo 5 à 2 (3%).

68 pacientes (86%) recibieron tratamiento con sofosbuvir y 11 (14%) con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir. En 26 casos (33%) se asoció ribavirina al tratamiento.

De los 68 pacientes que recibieron sofosbuvir: 35 (51%) fue asociado a simeprevir; 14 (21%) a ledipasvir, 14 (21%) a daclatasvir y 5 (7%) a interferón.

De los 11 que recibieron ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, en 10 (91%) se asoció a dasabuvir.

Al finalizar el período de estudio, 11 pacientes habían concluido el tratamiento. La carga viral en todos ellos fue indetectable.

En 19 pacientes no se pudo evaluar la toxicidad por no haber completado el primer mes de tratamiento. En los 60 restantes, las reacciones adversas más frecuentes fueron: cansancio/fatiga (50%), insomnio (42%), síntomas gripales -rinitis, congestión, escalofríos y/o malestar general- (33%), anemia (28%), aumento de bilirrubina (27%), prurito (27%) y aumento del apetito (25%).

En 54 pacientes (90%) se detectó algún efecto secundario; sólo 1 (2%) caso motivó la suspensión del tratamiento por hiperbilirrubinemia.

El grado de satisfacción promedio fue de 4,8±0,4 (alto-muy alto).

DISCUSIÓN:

Las nuevas terapias para el VHC representan una opción efectiva con un perfil de seguridad favorable.

Se considera marcador de respuesta viral sostenida una CV indetectable tras 12 semanas post-finalización del tratamiento. Sin embargo, una CV indetectable al final de la terapia puede ser un factor predictivo de respuesta, tal y como se ha considerado en este estudio.

A pesar del elevado porcentaje de efectos adversos registrados, todos, excepto uno, fueron de carácter leve. Un 40% de los regímenes farmacológicos incluyeron ribavirina con ó sin interferón, fármacos que incrementan la toxicidad de la terapia.

Contrariamente a lo descrito en la bibliografía, se produjo un aumento en el apetito de los pacientes.

Son necesarios más estudios de utilización de estos medicamentos, con mayor tiempo de seguimiento y una población más amplia, para poder aportar evidencia científica a la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

252. NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C: IMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN FARMACEUTICA

AUTORES: Rudi Sola N, Estefanell Tejero A, Borrás Trias L, Oliver Ferrer E, Sanchez Perez I, Gorgas Torner MQ.

Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-Universitat Autònoma Barcelona. PARC TAULI, 1 08208. Barcelona. España

OBJETIVOS: Analizar, clasificar y comparar las intervenciones farmacéuticas realizadas antes y después de la introducción de los antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de la hepatitis C.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo pre-post comercialización de los AAD. Como fuente de datos se utilizó la aplicación de pacientes externos de Farmacia Ambulatoria. Los periodos comparados fueron entre 2010-12 para biterapia con Peginterferon+ribavirina y 2013-2015 con AAD con/sin Peginterferon+ribavirina. Las variables recogidas fueron: número pacientes tratados, número intervenciones farmacéuticas realizadas, número intervenciones/paciente, tiempo medio/intervención y tiempo medio dedicado/paciente.

Las intervenciones se clasificaron en: PRM, Económicas, Educación e información, Incumplimiento de Guía Farmacoterapéutica/Protocolos y Consultas.

RESULTADOS: Durante el periodo post-comercialización de los AAD se trataron 232 pacientes, realizando 958 intervenciones farmacéuticas. La media de intervenciones por paciente fueron 4.13 (1-14), dedicando 88 min/pac/tto y una media de 21.37 min/intervención (5-30) a lo largo de todo el tratamiento. En la etapa pre-AAD los pacientes

tratados fueron 203, con 370 intervenciones realizadas. La media de intervención/paciente fue 1.82 (1-10), dedicando 18.37min/pac/tto y una media de 10.08 min/intervención (5-30).

Si comparamos el tipo de intervenciones realizadas, en ambos periodos las más frecuentes fueron la detección de PRM y la educación/información de pacientes: en el periodo pre-AAD se intervino mayoritariamente por la detección de PRM (0.8 PRM/pac) seguido de intervenciones para la educación/información al paciente (0.62/pac) y con los AAD la intervención más frecuente fue la educación/información (1.99/pac) seguida de los PRM (1.5 PRM/pac). Destacar también el incremento importante en el número de consultas recibidas (0.35 consultas/pac con AAD vs 0.14 consultas/pac pre-AAD), siendo el motivo principal la consulta por interacciones en el periodo con AAD (63 de 81).

CONCLUSIONES: Los nuevos tratamientos para la hepatitis C, a pesar de su menor duración, han requerido una mayor dedicación del farmacéutico por cada paciente y tratamiento iniciado, lo que se ha traducido en un mayor número de intervenciones realizadas.

En cuanto al tipo de intervenciones, la información y educación del paciente y las consultas recibidas son en las que se observa un mayor incremento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

809. OPORTUNIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN HEPATITIS B CRÓNICA: UN COMPROMISO CON NUESTROS PACIENTES

AUTORES: Gomez Rivas P, Serrano Vicente Mc, Viñuales Armengol Mc, Torres Sopena L, Amador Rodríguez Mp. Hospital General San Jorge. Avda Martinez De Velasco 36. Huesca. España

OBJETIVOS: - Describir la distribución de tratamientos para hepatitis B crónica (HBC) en nuestros pacientes.

- Analizar la monitorización analítica del tratamiento en nuestra población.

- Estudiar la respuesta al tratamiento, la adherencia y la persistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes con dispensaciones de tratamientos para HBC entre 01/01/2014 - 15/03/2015 a partir de la aplicación informática de gestión de la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia (UDPE). Se recogió información sobre su tratamiento actual, líneas anteriores y evolución analítica (serológica y niveles de DNA-VHB). Se calculó su adherencia en el último año a partir de los registros de dispensación (proporción de dosis que recogió el paciente con respecto al total de las prescritas durante un año) y su persistencia (porcentaje de pacientes que estuvieron menos de 15 días sin tratamiento durante ese mismo año (adherencia > 95%))

RESULTADOS: En el periodo del estudio se atendieron en nuestra UDPE a 40 pacientes (30 hombres, 10 mujeres). La distribución de tratamientos actuales fue: 20 tenofovir, 14 entecavir, 2 lamivudina, 1 adefovir+lamivudina y 3 entecavir+tenofovir. Por líneas, hubo 22 pacientes en primera, 7 en segunda, 4 en tercera, 2 en cuarta y 2 en quinta. En cuanto a la monitorización analítica encontramos gran variabilidad en los tiempos de seguimiento: la respuesta primaria se evaluó solamente en 9 pacientes (análisis en la semana 12), el control correspondiente a las 24 semanas se solicitó entre las semanas 17 y 38, y el control a las 48 semanas entre la 40 y 77. Para analizar la respuesta estudiamos tres subgrupos: pacientes HBeAg+ (7), pacientes HBeAg- (30) y pacientes en profilaxis de reactivación (3). En la semana 48 en el primer grupo encontramos (excluyendo 1 paciente que está en semanas previas): 4 pacientes en respuesta virológica (RV), 1 en respuesta parcial (RP), 1 en rebote virológico (R). En cuanto a la respuesta serológica (RS), 2 tenían seroconversión (SC) confirmada (ACHBe +) y pérdida de AgHBe, 2 pendientes de confirmar y 3 no desarrollaron RS. En el segundo grupo encontramos (excluyendo 4 pacientes sin analíticas y 2 en semanas previas) 21 pacientes en RV, 1 en RP y 2 en R. Ninguno de los pacientes en profilaxis desarrolló reactivación del virus. La adherencia media fue del 94.6±8%. La persistencia fue del 68.75%.

CONCLUSIONES: - El tratamiento más usado en HBC es tenofovir seguido de entecavir. Un 37.5% de los pacientes no responden en primera línea.

- Hay una gran variabilidad en el seguimiento analítico de la respuesta al tratamiento.

- Son candidatos a atención farmacéutica por falta de respuesta o de adherencia: un tercio de los pacientes HBeAg- y la mayoría de los pacientes HBeAg+

- Se podría mejorar la respuesta al tratamiento para HBC mediante una atención multidisciplinar (Digestivo, Microbiología y Farmacia) y un consenso del seguimiento de resultados.

589. PERFIL DE LOS PACIENTES CON NUEVOS ANTIVIRALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS POR VIRUS C

AUTORES: Casas Martínez A, Rodríguez Penin I, Rey González L, Valcarce Pardeiro N.

Hospital Arquitecto Marcide. Avda. De La Residencia, S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir las características de los pacientes que inician terapia con los nuevos antivirales para el tratamiento de la hepatitis por virus C., su utilización y tolerancia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo de todos los pacientes que iniciaron tratamiento en un hospital de segundo nivel, a partir de la publicación de la Estrategia Terapéutica para la Hepatitis Crónica causada por virus C en el Sistema Nacional de Salud. Periodo de estudio: 1/04/2015-9/06/2015). Para cada paciente se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, genotipo de virus, carga viral, polimorfismo ILB28, grado de fibrosis hepática, tratamientos previos y tipo de respuesta (respondedor nulo, recidivante, no respondedor), presencia de mono infección o coinfección con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), opción terapéutica elegida, duración del tratamiento y tolerancia. Fuente de datos: programa oficial de registro de pacientes con hepatitis C .

RESULTADOS: Setenta pacientes iniciaron tratamiento (39 hombres), media de edad: 57 años (34-77). Ocho pacientes presentaban coinfección con el VIH. Distribución por genotipo: 50 (70%) genotipo 1 (44% 1b, 34% 1a, 11% no especificado), 11 (16%) genotipo 4, 8 (11%) genotipo 3 y 1 paciente genotipo 2. Polimorfismo ILB28 (n=57): 50% CT, 34% CC y 16% TT. Grado de fibrosis (fibroscan): 44 pacientes F4, 21 pacientes F3, 4 pacientes F2 (1 coinfectado, 1 planificación de embarazo, 1 artritis por virus C, 1 alto riesgo de contagio), 1 paciente F0 (linfoma no Hodgkin). Treinta y tres pacientes recibieron tratamientos previos: 16 pacientes respondedores nulos, 13 no respondedores y 4 recidivantes. Carga viral media al inicio de las nuevas terapias: 2.056.000 copias/ml. Distribución según tipos de tratamiento: sofosbuvir/ledipasvir: 48 pacientes, sofosbuvir/daclatasvir: 9 pacientes, paritaprevir/ombistasvir/ritonavir+dasabivir: 8 pacientes, sofosbuvir/simeprevir: 4 pacientes y sofosbuvir: 1 paciente. Un 54% de los tratamientos no incluyeron ribavirina.

La duración propuesta del tratamiento fue de 12 semanas en 45 pacientes, 24 semanas en 20 y 8 semanas en 5. Valoración de la tolerancia (n=56): 44 pacientes sin ningún efecto adverso, 11 presentaron cansancio y cefalea leves y un paciente experimentó cansancio intenso, anorexia y pérdida severa de peso.

CONCLUSIONES: -Todos los pacientes cumplieron las recomendaciones de la Estrategia Terapéutica para la Hepatitis Crónica causada por virus C, priorizando aquellos con fibrosis hepática significativa (F3-F4) e incluyendo en situaciones excepcionales los pacientes con menor grado de fibrosis.

- La tolerancia al tratamiento fue muy buena incluso superior a la reflejada en la bibliografía, favorecida por la corta duración de la terapia.

1119. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y SEGURIDAD DE ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA HEPATITIS C EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

AUTORES: Marzal Alfaro Mb, Giménez Manzorro A, Romero Jiménez R, Martínez Fernández-Llamazares C, Herranz Alonso A, Sanjurjo Saez M.

Hospital Gral. Univ. Gregorio Marañón. Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Los datos que prueban la eficacia de los antivirales de acción directa (AAD) en pacientes con trasplante hepático son limitados.

Nuestro objetivo fue describir el perfil de prescripción y seguridad de los AAD en pacientes trasplantados en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de Enero a Junio de 2015. Se incluyeron pacientes trasplantados infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) que iniciaron tratamiento con AAD en ese periodo.

Las variables del estudio se recogieron prospectivamente en una base de datos Access. Se analizaron como variables basales: datos demográficos, variables relacionadas con la infección y el tratamiento y datos analíticos. Como variables de respuesta se analizaron la carga viral (CV) en semana 4 y la normalización de los niveles de ALT y AST.

Los efectos adversos se recogieron mediante entrevista clínica en la semana 4 en el Servicio de Farmacia.

RESULTADOS: Se incluyeron 18 pacientes, 77,8% hombres. La edad media de los pacientes fue 60,7 años (SD=5,6). Doce pacientes (66,7%) presentaban genotipo 1b, tres (16,7%) genotipo 1a y tres (16,7%) genotipo 3. Un paciente era coinfectado VHC-VIH.

Se trataron a diez pacientes (55,5%) cirróticos o F4, cinco F3 (27,8%) y tres F2 (16,7%). La mediana de los valores de fibroscan fue 13 Kpa (RIC 10,4-22,5). Siete pacientes (38,9%) presentaban una puntuación MELD \geq 10.

Diez pacientes (55,5%) eran naive al tratamiento, seis (33,3%) respondedores nulos a biterapia, uno (5,6%) recidivante a biterapia y uno (5,6%) respondedor nulo a triple terapia. La media de hemoglobina al inicio de tratamiento resultó 14,3g/dL (SD=1,9) y de plaquetas 132,2*103/mcL (SD=77). Los valores medianos de transaminasas fueron: ALT 45,0 UI/mL (RIC 37,8-59,8) y AST 39,0 UI/mL (RIC 35,0-53,0). Presentaban Albúmina

Los esquemas de tratamiento utilizados fueron: Sofosbuvir/Ledipasvir+Ribavirina (n=9, 50,0%), Dasabuvir+Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Ribavirina (n=2, 11,1%), Sofosbuvir+Simeprevir+Ribavirina (n=2, 11,1%), Sofosbuvir+Daclatasvir+Ribavirina (n=2, 11,1%), Sofosbuvir+Daclatasvir (n=2, 11,1%), Sofosbuvir/Ledipasvir (n=1, 5,6%). La duración prevista del tratamiento fue de 12 semanas en 11 pacientes (61,1%) y 24 semanas en 7 (38,9%) pacientes.

Diez pacientes tuvieron seguimiento hasta semana 4. De ellos, 6 (60%) alcanzaron niveles normales de AST y/o ALT y 9 (90%) tuvieron CV indetectable. El paciente que no negativizó en semana 4 tuvo CV indetectable en semana 12.

La media de la disminución de hemoglobina en semana 4 fue de 1,1g/dL (SD=1,3). En el grupo de pacientes con RBV la disminución fue de 1,6g/dL (SD=1,3), mientras que en el resto no se observó esta disminución.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron: fatiga (n=6, 33,3%), insomnio (n=4, 22,2%), confusión (n=4, 22,2%), cefalea (n=4, 22,2%) y disnea (n=3, 16,7%). Ningún paciente abandonó el tratamiento.

CONCLUSIONES: La combinación de antivirales usada más frecuentemente en pacientes trasplantados fue Sofosbuvir/Ledipasvir+Ribavirina y la duración de 12 semanas la más habitual.

Se encontraron efectos adversos al tratamiento en la mayoría de los pacientes pero ninguno requirió abandono o suspensión del mismo. Sin embargo, la reciente comercialización de estos fármacos hace necesaria una vigilancia estrecha de las reacciones adversas detectadas y la notificación de las mismas a los centros de farmacovigilancia correspondientes.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1045. RIESGO DE REACTIVACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON RITUXIMAB: CRIBADO INICIAL Y PROFILAXIS

AUTORES: De Basagoiti Gorordo A, Belaustegui Foronda A, Ros Bernaola G, Bustinza Txertudi A, Baskaran Kaltzakorta Z, Gil Lemus Ma.

Hospital Universitario Cruces. Pza. De Cruces, 12. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Evaluar la realización del cribado del virus de la hepatitis B (VHB) previo al inicio del tratamiento con rituximab y la estrategia terapéutica establecida en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se seleccionaron pacientes adultos que iniciaron tratamiento con rituximab durante el año 2013, recogiendo los siguientes datos: fecha de inicio y fin del tratamiento con rituximab, serología de VHB previa al tratamiento y profilaxis establecida (incluyendo fármaco y duración).

En base a las guías clínicas actuales de la European Association for the Study of the Liver y la Asociación Española para el Estudio del Hígado, se consideró como cribado inicial correcto la serología completa (HBsAg y anti-HBc) realizada dentro de los 3 meses previos al tratamiento con rituximab. Se definió como tratamiento profiláctico adecuado aquel mantenido durante 12 meses tras el fin de tratamiento con el anticuerpo monoclonal, como refiere la nota informativa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS, 25/7/14).

Para la obtención de los datos se utilizaron los programas Oncowin® y Farhos®, y se revisaron las historias clínicas electrónicas. El análisis de los datos se realizó mediante SPSS®12.0.

RESULTADOS: Un total de 102 pacientes iniciaron tratamiento con rituximab en nuestro hospital durante el año 2013.

En el 29.4% de los pacientes el cribado serológico fue incorrecto, debido a los siguientes motivos: ausencia de serología en el 30% de los casos, serología completa pero fuera del tiempo establecido en el 53.3%, serología incompleta aunque dentro del tiempo establecido en el 13.3%, y serología incompleta y fuera del tiempo establecido en el 3.3%. En uno de los pacientes con serología incompleta, el resultado de HBsAg fue negativo por lo que no recibió tratamiento profiláctico. Revisando su historia detectamos una serología realizada un año antes del inicio con rituximab con anti-HBc positivo.

9 pacientes en total iniciaron tratamiento profiláctico por serología VHB positiva; 5 con lamivudina y 4 con tenofovir. En 8 de ellos el cribado serológico se realizó correctamente. En el paciente restante el tratamiento se instauró en un episodio previo por resultado anti-HBc positivo en 2010 y 2012, que se negativizó en el 2013.

El tratamiento profiláctico para la prevención de la reactivación del VHB fue adecuado en 3 de los 9 pacientes e inadecuado en 1 (11 meses de tratamiento). De los 5 restantes, 3 fallecieron en ese intervalo de tiempo, uno fue trasladado a otro centro para seguimiento de su patología y el último caso corresponde al paciente con negativización serológica, al que se le suspendió el tratamiento con lamivudina al finalizar el tratamiento con rituximab.

CONCLUSIONES: La estrategia terapéutica establecida en los casos con riesgo de reactivación de VHB detectados es en general adecuada en nuestro hospital. Sin embargo, el cribado de VHB previo al tratamiento con rituximab es insuficiente. Estos resultados sugieren que debemos realizar un control más estrecho del cribado de VHB al inicio de tratamiento con rituximab.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

333. SEGURIDAD DE SIMEPREVIR EN COMBINACIONES CON PEG-INTERFERON, RIBAVIRINA Y SOFOSBUVIR EN HEPATITIS C CRÓNICA AVANZADA GENOTIPOS 1 Y 4

AUTORES: Fernandez Martin Jm, Urda Romacho J, Martos Rosa A, Gonzalez Vaquero D, Morales Molina Ja, Acosta Robles P.

Agencia Publica Empresarial Hospital Poniente. Crta. Almerimar S/N. Almería. España

OBJETIVO: Simeprevir (Inhibidor de la proteasa NS3/4A) y sofosbuvir (inhibidor de polimerasa NS5B) son los primeros agentes antivirales directos de segunda generación de toma única diaria que han permitido su uso en terapia libre de interferón. El grado de afectación hepática de los pacientes, así como el perfil de seguridad e interacciones de simeprevir con el resto de medicación justifican un especial seguimiento. Nuestro objetivo es describir el perfil de efectos adversos e interacciones farmacológicas de simeprevir, ribavirina (RBV) y PEG-Interferón alfa 2a/b (SIME-PEG-IFN-RBV), y de simeprevir y sofosbuvir con/sin RBV (SIME-SOFOS-RBV y SIME-SOFOS). **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo en Hospital Comarcal entre Octubre 2014- Mayo 2015 de pacientes en tratamiento con simeprevir. Se revisaron historias clínicas y analíticas mediante plataforma informática integrada Ariadna® y registro dispensaciones de pacientes externos. Interacciones comprobadas en programa HEP-iChart®. Anemia: hemoglobina= B7, por lo que sería prudente plantear otras alternativas en cirrosis descompensada. La atención farmacéutica es clave para garantizar el correcto cumplimiento del tratamiento así como la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

126. SOFOSBUVIR VS. SIMEPREVIR EN COMBINACIÓN CON INTERFERON PEGILADO Y RIBAVIRINA PARA TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

AUTORES: Menendez Naranjo L, Muñoz Contreras C, Almanchel Rivadeneyra M, Vicente Sanchez S, Sanchez Garre Mj, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clinico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar y comparar la eficacia y tolerancia de la combinación de interferón pegilado (PEG), ribavirina (RBV) con sofosbuvir (SOF) vs. simeprevir (SIM), en pacientes con hepatitis crónica C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes tratados con SOF o SIM más PEG y RBV desde que se inició su dispensación en septiembre 2013 hasta finalización del tratamiento. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, duración, genotipo virus C, tipo de paciente según respuesta al tratamiento previo (naive, no respondedor y recidivante), grado de fibrosis (F), carga viral (CV) inicial, en semana 4, 12 y 24, efectos adversos (EA). Todos los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica Silicon® para pacientes ambulatorios, de la historia clínica electrónica y de los registros de seguimiento de las consultas de atención farmacéutica.

RESULTADOS: 12 pacientes mono infectados iniciaron tratamiento con SIM más PEG y RBV, 9 hombres y 3 mujeres con edad media de 53,5 años. Por el tipo de pacientes 3 eran naive, 3 no respondedores y 6 recidivantes a PEG más RBV. Según el genotipo: 3 presentaban genotipo 1a, 8 genotipo 1b y 1 genotipo 4. Por grado de fibrosis: 1 paciente F4, 4 F3, 6 F2 y 1 F1. La CV en semana 4 fue: menor a 15 copias en tres casos e indetectable en el resto. En semana 12 todos presentaron CV indetectable y en semana 24: 1 paciente presento 74.000 copias, 1 paciente menos de 15 copias, 6 fueron indetectables y 2 están pendientes. Del total de pacientes, 10 finalizaron tratamiento (24 semanas) y en dos se suspendió el tratamiento por efectos adversos graves en semana 12 y 14 por anemia y pancitopenia respectivamente. 6 pacientes presentaron al menos uno de los siguientes EA: síndrome pseudogripal, prurito, labilidad emocional, astenia, insomnio.

11 pacientes (uno de ellos coinfectado, dos transplantados) iniciaron tratamiento con SOF más PEG y RBV, 9 hombres y 2 mujeres con edad media de 57,2 años. La duración del tratamiento fue de 12 semanas. Por el tipo de pacientes 5 eran no respondedores y 6 recidivantes. Según el genotipo tenemos: 1 paciente con genotipo 1b, 9 con

genotipo 3 y 1 con genotipo 4. Todos los pacientes eran F4. La CV en semana 4 fue: menor a 15 copias en 6 casos e indetectable en 5. En semana 12 todos presentaron CV indetectable. 5 pacientes tuvo alguno de los siguientes EA: insomnio, síndrome pseudogripal, cefalea, cambios de humor pero no obligaron a suspender ningún tratamiento

CONCLUSIONES: El 100% de los pacientes que finalizaron tratamiento con SOF alcanzaron CV negativa mientras que con simeprevir lo hicieron un 66,6% a falta de dos resultados pendientes. No se suspendió ningún tratamiento con sofosbuvir a pesar de que casi la mitad de los pacientes presentaron algún EA mientras que con el tratamiento con simeprevir hubo dos interrupciones por EA graves.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

604. TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES CON GRADO DE FIBROSIS BAJO

AUTORES: Benito Ibáñez V, Fernandez Vicente M, Delgado Cuesta S, Hermida Perez C, Fernandez Piñeiro N, Cabia Fernandez L.

Hospital Universitario De Burgos. Avda. Del Cid, 96. Burgos. España

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) se ha visto incrementado con un arsenal de fármacos con un alto grado de respuesta en los últimos meses. Debido al impacto económico que supondrá el uso en todos los pacientes infectados, la idea inicial era priorizar los pacientes con alto grado de fibrosis (F3-4 según el FibrosScan). Pero esto se ha visto modificado en los últimos meses considerando también a los F2.

OBJETIVO: Analizar los inicios de tratamiento de hepatitis C con los nuevos fármacos antes de la salida de la última estrategia del Sistema Nacional de Salud en pacientes con grado de fibrosis bajo F1 y algunos F2.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel de los pacientes en tratamiento con los nuevos fármacos para la VHC con grado de fibrosis F1-2. Los datos se han obtenido del programa de dispensación a pacientes externos y de la historia clínica digitalizada, siendo: edad, sexo, grado de fibrosis, genotipo, tratamiento actual, tratamiento previo, comorbilidad.

RESULTADOS: Desde octubre de 2014 hasta marzo del 2015, se iniciaron 101 pacientes con las nuevas terapias. De ellos el 4,95% son F1, y el 6,93% F2. Se incluyeron en el estudio a 12 pacientes (con edades comprendidas entre los 40 y 68 años; 41,66% mujeres). El genotipo predominante fue el 1b con un 58,33%, seguido del 4 (25%), 2 y 1a (8,33%).

El 33,33% de los pacientes fue naïve para el tratamiento. El 50% fueron respondedores nulos a interferón(IFN)+ribavirina(RBV), el 8,33% respondedores parciales a telaprevir+IFN+RBV, y el otro 8,33% restante abandonó el tratamiento anterior por reacciones adversas graves a IFN.

El 75% de los pacientes tenían comorbilidades, ya sea con distintas manifestaciones extrahepáticas (enfermedades autoinmunes en su gran mayoría como púrpuras, porfirias...) como con manifestaciones hepáticas graves indicadoras de tumor. El 16,66% de pacientes fueron tratados por un alto nivel de contagio y el 8,33% tenían deseos de procrear.

Todos los pacientes a excepción de uno, tratado con simeprevir+IFN+RBV consiguieron la indetectabilidad de la carga viral a las cuatro semanas de tratamiento.

DISCUSIÓN: En los últimos meses las estrategias del SNS para el tratamiento de la hepatitis C se han modificado en diversas ocasiones. Uno de los motivos es que priorizar exclusivamente con el grado de fibrosis deja fuera a diversos pacientes con grado de fibrosis bajo pero con unas comorbilidades importantes que requieren de tratamiento urgente. Esto lo hemos corroborado al valorar las historias clínicas de nuestros pacientes con grados de fibrosis F1-F2. La posibilidad de tratamiento y curación que ofrecen los nuevos fármacos para la hepatitis C amplía enormemente el número de pacientes a tratar. Esto obliga a priorizar a los mismos. Tras el estudio de los pacientes F1-F2 de nuestro hospital, creemos que para tratar de forma efectiva es fundamental considerar todas las características fisiopatológicas de los pacientes, y no sólo las derivadas del VHC.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

406. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD E IMPACTO DE UNA CUENTA DE TWITTER DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN.

AUTORES: Montero Delgado A, Plata Paniagua S, Merino Alonso J, Valladolid Walsh A.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria. Ctra. Del Rosario, 145. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Algunas de las estrategias básicas de prevención de errores de medicación y creación de una cultura de seguridad entre profesionales sanitarios son la educación, la formación y la difusión de información específica sobre seguridad en el uso de medicamentos.

Twitter es una red social muy dinámica y participativa que permite a profesionales sanitarios comunicarse y compartir información de manera rápida y sencilla, lo cual potencia la difusión de la información publicada.

El objetivo del estudio fue analizar los datos de actividad, alcance social y participación de una cuenta de Twitter creada para difundir entre profesionales sanitarios información relacionada con la seguridad del paciente y medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El período de estudio comprende desde el primer tuit (04/07/2014) hasta el 31 de Mayo de 2015, excepto las métricas de interacción e impresiones, que corresponden al período Septiembre 2014-Mayo 2015.

Para la extracción de los datos se utilizaron 5 servicios web (SocialBro®, Twitter Analytics®, Twitonomy®, Klout® y Pmpeep®).

Las diferentes variables obtenidas se clasificaron en 4 categorías (Actividad, Comunidad, Interacción e Influencia).

RESULTADOS:

ACTIVIDAD

Se publicaron un total de 1501 tuits (4,5 tuits/día), siendo un 40% tuits propios, un 44% retuits (RT) de otras cuentas y un 16 % respuestas a tuits y menciones. De los mensajes publicados, un 70 % enlaza a otros contenidos, el 67 % contiene al menos un hashtag (HT) y el 40 % contiene al menos una imagen adjunta.

Los HT donde más tuits se publicaron fueron #SegPac (274) y uno propio asociado a la cuenta (230).

COMUNIDAD

Al concluir el período de estudio el número de seguidores de la cuenta era de 2781, con una media de crecimiento mensual de 247 seguidores. El contenido publicado por la cuenta desde Septiembre de 2014 ha sido visto más de 566.000 veces (> 69.000 impresiones/mes). El alcance potencial de la cuenta fue de 214.000 usuarios/mes.

El potencial máximo de difusión de la cuenta se alcanza de lunes a miércoles a las 20:30-22:30 pm.

INTERACCIÓN

El contenido publicado por la cuenta es RT por otros usuarios en un 40,76% de los tuits (RT totales = 4367), siendo la media de éstos RT de 7,21. El 38,09 % de los tuits obtienen un "favorito" (2109 en total, 3,71 de media).

La tasa de interacción media con la comunidad resultó del 6% (rango 4,8-7,4%).

INFLUENCIA

La cuenta fue incluida en un total de 53 listas (19 /1000 seguidores) y actualmente dispone de un coeficiente Klout de 56.

A través del hashtag asociado a la cuenta se recibieron más de 100 fotos relacionadas con isoapariencia de medicamentos o de situaciones que predisponen al error de medicación.

CONCLUSIONES: Twitter es una red social que facilita la comunicación y la difusión de información entre profesionales sanitarios en materia de seguridad del paciente y errores de medicación.

La cuenta está en constante crecimiento de seguidores y publica contenido con bastante frecuencia. Los tuits reciben gran cantidad de interacción de su comunidad, lo cual demuestra que despiertan interés entre sus seguidores.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

417. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD, CONTENIDO E IMPACTO DE UN BLOG PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES: Plata Paniagua S, Montero Delgado A, Valladolid Walsh A, Merino Alonso J.

Complejo Hospitalario De Albacete. Hermanos Falco, N° 37. Albacete. España

OBJETIVOS: Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (nTICS) nos proveen de herramientas y plataformas 2.0 que permiten el acceso y difusión de la información de una forma rápida, sencilla y dinámica. Es por ello, que el uso de estos servicios web aplicados a la salud cada vez está más extendido.

El objetivo de este estudio fue evaluar la actividad, el contenido y el impacto social de un blog creado como plataforma principal de un proyecto de difusión de errores de medicación haciendo uso de herramientas 2.0.

MÉTODOS: El proyecto se inició en Septiembre de 2013. En el blog se publican artículos con el objetivo de difundir entre profesionales sanitarios potenciales errores de medicación, para así ayudar a mejorar la cultura de seguridad y la educación en materia de uso racional de medicamentos.

La temática de los artículos se eligió entre los mensajes recibidos por alguna de las otras plataformas que forman parte del proyecto (Facebook o Twitter) o bien sería un tema de interés propuesto por los autores.

Para el análisis estadístico del blog se utilizó la herramienta que proporciona el propio gestor del blog (Blogger®).

RESULTADOS: Tras 21 meses desde el inicio del proyecto, el blog ha recibido 72900 visitas (3500 visitas/mes aproximadamente), de las cuales el 67% han sido en los últimos 9 meses, coincidiendo con la implantación de nuevas estrategias de publicación y de la creación de las nuevas cuentas oficiales en redes sociales (6230 visitas/mes en 2015). Se han publicado un total de 63 artículos (3 al mes, rango 7-1), siendo la temática más habitual urgencias y paciente crítico con un 21% del total de artículos (13 de 63), seguido de oncología con un 19% (12 de 63).

El blog cuenta con un total de 36 suscriptores.

Desglosado por visitas en diferentes países, el blog recibe desde España el mayor número de visitas (66%) seguido de Estados Unidos (22%) y México (4,5%) y resto de países un 7,5%.

La plataforma web desde donde más se accede al blog es www.facebook.com, siendo el 46% de todos los accesos realizados a través de dispositivos móviles.

CONCLUSIONES: La utilización de las nTICS aplicadas a la salud, como los blogs o las redes sociales, proporciona un altavoz eficaz para aumentar el impacto y difusión de información sanitaria entre profesionales de la salud.

La ritmo de publicación del blog es aceptable y el contenido que prevalece es el referente a errores de medicación.

Basándonos en los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la temática tan específica del blog, el alcance, aceptación e impacto que se ha conseguido es muy satisfactorio para los autores.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1251. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS APLICACIONES CON CALCULADORAS MÉDICAS PARA DISPOSITIVOS MÓVILES

AUTORES: Cantudo Cuenca Mr, Montero Delgado A, Robustillo Cortes Mdl.

Hospital Univ. De Valme (Área Gtión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548,9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar el contenido de las aplicaciones para dispositivos móviles (apps) disponibles que incluyen calculadoras médicas, así como evaluar su calidad mediante el MARS score.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo llevado a cabo en mayo de 2015. Se realizó una búsqueda en una de las principales tiendas para smartphone, Google Play (Android), de apps que incluían calculadora médicas, empleando el término "medical calculator".

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: no estar relacionada con los objetivos del estudio; no gratuitas; calculadora únicamente de un parámetro, una enfermedad o un área clínica; categoría distinta a "medicina"; idioma diferente a inglés o castellano; financiada por la industria farmacéutica.

Las variables recogidas fueron: idioma, última actualización, número de descargas, valoración, número de valoraciones, autoría, si tenían referencias bibliográficas y si disponían de buscador, base de datos y favoritos.

Se analizó el contenido de las apps, examinándose el tipo de fórmula médica que incluían según una clasificación previamente establecida: (1) antropometría; (2) cardiología-hematología, (3) electrolitos, nutrición y endocrinología, (4) nefrología, (5) unidad de cuidados intensivos(UCI)-urgencias, (6) farmacología, (7) otras.

La calidad de las apps se evaluó a través del MARS score, cuestionario formado por 23 ítems agrupados en cuatro dimensiones (compromiso, funcionalidad, estética e información) más una sección de ítems subjetivos. A cada ítem se le otorgaba una puntuación mediante una escala de cinco puntos (1-inadecuado a 5-excelente). Para ello, las apps seleccionadas se descargaron en ambos sistemas operativos.

Para la recogida y análisis de datos se utilizó Excel 2007®.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 450 apps. Sólo 10 cumplían los criterios de inclusión, identificándose cinco apps para Android y otras cinco, tanto para esta plataforma como para iOS (App Store). Sólo cuatro apps estaban disponibles en castellano. Seis de ellas se habían actualizado durante el año anterior al estudio. Todas tenían más de 500-1000 descargadas, siendo la más descargada "Medical". Ninguna tuvo una valoración por los usuarios menor a 4 (sobre 5), siendo la media 4.3 ± 0.2 y la mediana del número de valoraciones, 35.5 (IQR:18.3-269.3). La mejor valorada era MedicApp (4.7/5). En la mitad de las apps se especificaba tanto la autoría como referencias bibliográficas. Sólo dos disponían de buscador y de base de datos, mientras que una de favoritos.

En cuanto al contenido, el 80.0% incluían el cálculo del índice de masa corporal (IMC) y del aclaramiento de creatinina mediante Cockcroft-Gault. En la mitad de las apps se incluían la fórmula para el cálculo de área de superficie

de corporal y el anión GAP. El 40.0% tenían la escala de riesgo tromboembólico CHADS2 y hemorrágico HAS-BLED, así como alguna de las escalas pronósticas de neumonía, la escala Glasgow y Child-Pugh.

La puntuación media obtenida en el MARS score fue de 3.9 ± 0.5 ; siendo las apps con mayor puntuación "AF Global Calculator" y "Medical" ($4.4/5$). La sección mejor evaluada fue: funcionalidad (4.9 ± 0.2) y estética (4.5 ± 0.7), mientras que la peor fue el compromiso (3.0 ± 0.4)

CONCLUSIONES: La mayoría de las fórmulas que incluyen las calculadoras médicas de las apps pertenecen al área de nefrología y UCI-urgencias. Las apps disponibles tienen una calidad media.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

599. APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

AUTORES: Martín Blas C, Liras Medina Á, Onteniente González A, Reques Sastre B, Martínez Nuñez Me, Negro Vega E. Hospital Universitario De Getafe. Ctra. Toledo Km12500. Madrid. España

OBJETIVO: En septiembre de 2014, el grupo TECNO de la SEFH publicó los "Indicadores de Calidad de las Nuevas Tecnologías" que permiten determinar el grado de funcionamiento, calidad y seguridad de su utilización. Al mismo tiempo, en nuestro centro se puso en marcha un Plan Estratégico de Calidad con el fin de alcanzar la certificación ISO. El objetivo del trabajo es implementar un proceso de control de calidad de los Sistemas Automatizados de Almacenamiento y Dispensación (SAAD) y del reenvasado basado en los indicadores TECNO.

MATERIAL Y MÉTODOS: El hospital cuenta con una reenvasadora y 8 SAAD: 1 carrusel horizontal (SSADH), 2 carruseles verticales (SSADV) y 5 sistemas automatizados de dispensación (SAD). Se han seleccionado 13 de los indicadores propuestos por TECNO: 5 relativos al SSADH [3 de funcionamiento (fiabilidad del inventario, concordancia de stock físico y administrativo, y precisión en preparación de pedidos) y 2 de calidad/seguridad (control caducidad y calidad preparación pedidos)], 5 relativos a los SSADV [3 de funcionamiento (fiabilidad del inventario, concordancia de stock físico y administrativo, y precisión de llenado de carros de dosis unitaria y 2 de calidad/seguridad (control caducidad y calidad preparación de llenado de carros)], 2 relativos a los SAD (fiabilidad de los inventarios y medicamentos prescritos no incluidos en SAD) y 1 de reenvasado (pérdidas en el reenvasado). Se elaboró la ficha del indicador, que incluye los siguientes campos: nombre del indicador, código, tecnología, personas responsables, criterio o tipo de indicador, fuentes del indicador, estándar que debe cumplir, cómo realizar la recogida de datos y el cálculo del indicador. También se han diseñado distintos formularios donde registrar los datos, y una hoja Excel para registro de resultados. Se calcularon los indicadores con periodicidad quincenal en los SAAD y mensual en el proceso de reenvasado durante 9 meses (septiembre 2014 – mayo 2015) y se compararon los resultados con el estándar propuesto por el grupo TECNO.

RESULTADOS: Los indicadores referentes a la concordancia de inventario, el control de caducidades, la precisión de preparación de pedidos de stock, la precisión y calidad de llenado de carros y medicamentos prescritos no incluidos en el SAD se mantuvieron estables y siempre por encima del estándar propuesto por TECNO. En otros 5 no se fue así. Los resultados de los indicadores de SAD relativos a la parametrización son correctos, aunque los de funcionamiento son muy discordantes y no cumplen los estándares. El indicador de reenvasado evaluado no cumple en más del 50% de las ocasiones.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha del programa ha permitido conocer la calidad de los procesos en los que se utilizan las nuevas tecnologías. Como actuaciones de mejora se proponen: formación del personal externo al Servicio de Farmacia en el manejo de SAD, cambio en la periodicidad en el cálculo de los indicadores que permanecen estables y cumplen el estándar, optimización del proceso de reenvasado y revisión del valor del estándar de alguno de los indicadores.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

98. COMPROMETIDOS CON LA SEGURIDAD DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO: EVALUACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES: Moro Agud M, Baladé Martínez L, Moreira E Costa F, Rodríguez Martín E, Lara Cátedra C, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Pº Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar los errores de medicación (EM) más frecuentes en los sistemas automatizados de dispensación y almacenamiento horizontal (SADA-H) y vertical (SADA-V), en cuanto a frecuencia y tipología. Analizar las diferencias entre los EM de ambos sistemas y detectar sus puntos críticos, así como posibles acciones de mejora. MATERIAL Y

MÉTODOS: Estudio transversal de 2 semanas en Abril 2015, mediante observación directa, basado en la revisión de los inventarios del SADA-H y los SADA-V. En una hoja de recogida de datos Excel se registraron las variables: fecha, ubicación, ocupación, especialidad, tipo de error y descripción del error. Los resultados se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas. **RESULTADOS:** Se revisaron 254 ubicaciones de 863 (29,4%) del SADA-H, detectándose 122 errores. De los SADA-V se revisaron las 810 ubicaciones correspondientes a uno de los 4 armarios Kardex® (25%), detectándose 208 errores. En el SADA-H, el 94,3% (115/122) correspondió a errores cuantitativos y el 5,7% (7/122) a errores cualitativos. En el SADA-V fueron el 77,4% (161/208) y el 22,6% (47/208), respectivamente. Errores cuantitativos: a) Por exceso: hubo un 46,7% (57/122) en el SADA-H y un 44,7% en el SADA-V (93/208). b) Por defecto: 45,9% (56/122) en SADA-H y 32,3% en SADA-V (68/208). Errores cualitativos: a) De caducidad: 2,5% (3/122) en SADA-H y 3,4% en SADA-V (7/208). b) En el medicamento (el sistema indica uno y hay otro diferente) 1,6% (2/122) en SADA-H y 1,9% en SADA-V (4/208). c) En la ubicación (hay medicamento y el sistema indica que no): 0,8 % (1/122) en SADA-H y 5,8% en SADA-V (12/208). d) Por omisión (el sistema indica que hay medicamento y está vacío): 0% (0/122) en SADA-H y 1,0% en SADA-V (2/208). e) De presentación: 1,6% (2/122) en SADA-H y 0,5% en SADA-V (1/208). f) Otros errores: 0% (0/122) en SADA-H y 10,1% en SADA-V (21/208). Estos últimos estuvieron relacionados con la manipulación de medicamentos (12 blísteres con información incompleta, 5 medicamentos deteriorados y 4 cajetines compartidos inadecuadamente organizados). En ambos sistemas la frecuencia y tipología de errores fue similar. Cabe destacar un mayor porcentaje de errores cualitativos en el SADA-V, principalmente en ubicación y manipulación de los medicamentos en unidosis. Los errores de ubicación podrían impedir que el paciente recibiese la medicación a tiempo. La manipulación con pérdida de información o calidad, impediría su correcta dispensación. Debe actuarse sobre los errores por defecto, mayores en el SADA-H frente al SADA-V, pues también ponen en riesgo su disponibilidad en tiempo. Aunque los errores en caducidad y en el medicamento fueron mínimos, debe ser prioritaria su prevención por poner en peligro directo la seguridad de los pacientes.

CONCLUSIONES: Es importante conocer la frecuencia y perfil de errores que conllevan estos sistemas, pues pueden afectar a la seguridad de los pacientes, especialmente, los errores encontrados por defecto, por manipulación, en ubicación y de medicamento equivocado. Esto permite poder poner barreras adicionales: aumento de periodicidad de las revisiones, formación sobre manipulación de medicamentos, revisión de ubicaciones vacías o evitar las devoluciones a los SADA-V.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

757. DESARROLLO DE UNA BASE DE DATOS CENTRAL DE MEDICAMENTOS CON TERMINOLOGÍA SNOMED-CT

AUTORES: López Centeno B, Aranguren Oyarzábal A, Calvo Alcántara Mj, Cruz Martos E.

Subdirección General De Compras De Farmacia Y Productos Sanitarios. Sermas. Plaza Carlos Trias Bertran, 7. Edificio Sollube. Madrid. España

OBJETIVO: Describir y analizar el desarrollo y mantenimiento de una base de datos central de medicamentos (BDCM) con terminología Snomed-CT para su utilización como catálogo de medicamentos de una aplicación corporativa para la gestión de compras en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) de una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el diseño de la BDCM se creó un grupo de trabajo formado por farmacéuticos e informáticos de servicios centrales del Servicio de Salud y farmacéuticos de SFH. Se analizaron los catálogos de medicamentos de los distintos centros de la CA, y se decidió trabajar con la terminología snomed-CT. Es una terminología clínica internacional y estandarizada que codifica los medicamentos por principio activo + dosis + forma farmacéutica ± volumen (inyectables) y establece una codificación y descripción común agrupando diferentes códigos nacionales (CN). La fuente de datos para la BDCM es el Nomenclátor Oficial (NM) e incluye el snomed establecido por la Agencia Española de Medicamentos. Se realizó una revisión completa de todos los snomed para detectar posibles deficiencias y adaptar algunos de ellos a las necesidades reales de gestión en los SFH. Se definieron los campos y atributos a incluir en cada producto tanto a nivel de snomed como de CN. La creación de la BDCM (enero-2014) y su mantenimiento se realiza por un especialista en farmacia hospitalaria de servicios centrales. La BDCM se actualiza mensualmente a partir del NM. Los productos que no contempla el snomed (medicamentos extranjeros, fórmulas magistrales, radiofármacos, materias primas, productos sanitarios/dermofarmacia y dietoterápicos) son codificados de forma manual siguiendo la metodología snomed. Todas las altas/bajas/cambios de productos se realizan de forma centralizada para garantizar su uniformidad no pudiendo ser modificadas por los centros. Cada producto incluye datos farmacoterapéuticos y de gestión económica que son validados por el farmacéutico antes de su carga. La BDCM incorpora todos los productos actualizados, incluyendo las altas manuales a petición de los SFH antes de incluirse en NM. A partir de la BDCM cada SFH puede incorporar los productos que necesite gestionar y parametrizar algunos datos propios del centro.

RESULTADOS: Actualmente la BDCM gestiona un total de 20.642 productos que incluye: medicamentos con CN (18.843), medicamentos extranjeros (268), fórmulas magistrales (61), radiofármacos (38), materias primas (146), productos sanitarios/dermofarmacia (151) y dietoterápicos (1.135). En un año se han recibido 44 solicitudes de alta manual por los centros que utilizan la aplicación corporativa con la siguiente distribución: 29 medicamentos con CN, 11 extranjeros, 2 fórmulas, 1 producto sanitario y 1 de laboratorio, con un tiempo medio de respuesta de 2 días.

CONCLUSIONES: El snomed-CT es un lenguaje controlado útil como terminología de referencia para la codificación de medicamentos, proporciona uniformidad en la información del medicamento e incrementa la eficiencia de su gestión

Disponer de una BDCM favorece la homogeneidad de los datos para su análisis y gestión a nivel regional, nacional e incluso internacional al ser la terminología adoptada por la Unión Europea.

La terminología snomed-CT no ha sido capaz de adaptarse a la totalidad de productos utilizados por los centros del Servicio de Salud

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

673. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO LOGÍSTICO ROBOTIZADO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Velasco Rocés L, Alvarez Manceñido F, Alvarez Fernández A, Jimenez Idoeta J, Gomez De Segura Iriarte L, Alaguero Calero M.

Hospital Universitario Central De Asturias. Av/ Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Desarrollar un circuito logístico robotizado de distribución de medicamentos y realizar la valoración del grado de implantación del mismo tras un año de su arranque.

MATERIALES Y MÉTODOS: El transporte de los medicamentos y materiales dentro de los hospitales requiere de un manejo eficiente que permita minimizar tiempos, espacios, movimientos y para conseguirlo debe existir un sistema que lo garantice.

A razón de esta preocupación, en un hospital de grandes dimensiones (>200.000 m²) y complejidad, se procedió a la adquisición de transportes robotizados (AGV) para la distribución logística. Para una óptima planificación y máximo aprovechamiento de los AGV, se constituyó un grupo multidisciplinar formado por representantes de la Dirección, Servicio de Ingeniería, y responsables de los Servicios que iban a ser usuarios de este transporte. Finalizado el primer año de su arranque se realizó un análisis descriptivo de la actividad y del grado de cumplimiento, utilizando para ello los registros informatizados de los dispositivos del Servicio de Ingeniería y datos propios del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS: Desde el Servicio de Farmacia y con la colaboración del Servicio de Ingeniería del Hospital, se realizó la planificación de la distribución de medicamentos a todo el Hospital. Teniendo en cuenta el volumen de medicamentos a distribuir y sus destinos, se estimó una necesidad media de 57 transportes diarios. Debido a los diferentes horarios de funcionamiento de los servicios de destino, además fue necesario distribuir los transportes mediante AGV en cuatro franjas horarias planificándose: 4 transportes para la distribución de medicamentos en consultas (8:45-9:15), 5 para la Distribución en Unidades de Hospitalización (10:00-12:30), 23 para distribución de medicamentos en dosis unitarias (15:30-17:00) y 25 para la distribución de fluidoterapia y botiquines en unidades especiales que se llevarían a cabo en horario nocturno (>22:00).

El análisis de los datos obtenidos muestra que el tiempo medio desde la llamada hasta que los AGV acuden a Farmacia es de 5 minutos(min) y de 7 min. hasta su destino con una velocidad media de 2.09 m/s. Por franjas horarias el grado de implantación fue del 50% (8:45-9:15), 210% (10:00-12:30), 100% (15:30-17:00) y 0% en horario nocturno (>22:00). Desde Junio de 2014 y teniendo en cuenta que ha sido una implantación gradual, se han movilizado un total de 10.845 contenedores de medicamentos con una con una distancia horizontal recorrida de 8.676 km/año.

CONCLUSIONES: La planificación del transporte robotizado ha permitido cubrir en gran medida las necesidades de distribución de medicamentos de Farmacia, suponiendo en el momento actual el 75% de todos los transportes programados inicialmente.

El desarrollo logístico de un transporte robotizado de medicamentos es complejo, requiere de un equipo multidisciplinar en el que colabore un farmacéutico, ha de realizarse de forma gradual y debe estar en continua optimización.

787. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EL REGISTRO Y ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: Sánchez Hernández Jg, García González D, García García Mdp, Laso Lucas E, Beunza Sola M, Calvo Hernández Mv.

Complejo Universitario De Salamanca. Pº De San Vicente, 258-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Desarrollar una aplicación informática para el registro y análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas en las unidades de hospitalización con posibilidad de uso en dispositivos móviles.

MATERIAL Y MÉTODOS: El análisis y el diseño de la aplicación han sido realizadas mediante las directrices de la ingeniería de software utilizando una arquitectura cliente-servidor.

El servidor contiene el modelo de datos, el cual ha sido diseñado y normalizado identificando las diferentes estructuras de datos mediante modelos entidad-relación para posteriormente obtener un modelo lógico normalizado (Boyce-Codd) para ser codificado en Microsoft Access®

La aplicación cliente ha sido desarrollado como una interfaz gráfica adaptada tanto a ordenador personal como a dispositivos móviles implementándose en lenguaje visual Basic® con la herramienta Microsoft Visual Studio®.

RESULTADOS: La aplicación permite el registro de usuarios para individualizar el registro y análisis de las intervenciones.

Las intervenciones han sido clasificadas en: Intervenciones al iniciar tratamiento, suspensión de tratamiento, modificación de tratamiento, modificación de posología y cambios en la vía de administración; registrándose en formularios el motivo de la intervención, fecha, principio activo, indicación del principio activo, paciente, significación de la intervención, interacción, cambio de vía, modificación posológica y comentarios. Estos campos han sido parametrizados para normalizar y standarizar las intervenciones.

El análisis se puede realizar obteniéndose listados personalizados de las intervenciones en función de los parámetros en los que han sido codificados los diferentes items de las mismas con posibilidad de análisis estadístico descriptivo básico.

CONCLUSIONES: El desarrollo de una herramienta informática compatible con dispositivos móviles permite al farmacéutico poder registrar su actividad en las unidades de hospitalización de manera normalizada y estandarizada, consiguiendo una mayor colaboración con el equipo interdisciplinar de las mismas.

366. DISEÑO Y UTILIDAD DE UN MAPA 2.0 DE LOS PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Juarez Gimenez J, Puyal González C, García Palop B, Álvarez De Pablo D, Monte Boquet E, Fernandez Lison L.

Hospital Universitari Vall D'Hebron. Pº Valle Hebron S/N. Barcelona. España

OBJETIVO: Los mapas geográficos interactivos y virtuales de profesionales de un colectivo pueden permitir establecer redes con intereses comunes y facilitar el intercambio de información y conocimiento. El objetivo del presente trabajo es realizar un mapa interactivo virtual de los profesionales de farmacia hospitalaria, conocer el perfil de utilización de las redes sociales y las áreas de conocimiento de mayor interés en el territorio.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo diseñado en tres fases. En una primera fase, un equipo multidisciplinario y multicéntrico, diseñó un formulario online utilizando googledrive que incluyó tres partes; 1) datos generales de identificación, 2) uso y descripción de las redes sociales, 3) áreas de conocimiento de interés. De forma específica, se solicitó categoría profesional y ubicación geográfica, permiso para publicar los datos, tipo de cuenta (profesional/institucional), redes sociales más utilizadas, antigüedad de las cuentas, perfil, navegadores utilizados, áreas de conocimiento de interés concretas y otras áreas de interés no incluidas. La segunda fase consistió en difundir el formulario utilizando dos canales; la lista de distribución de la sociedad profesional y las cuentas de twitter de los profesionales del grupo multidisciplinario responsables el mapa. En la tercera fase se generaría el mapa virtual utilizando google-maps.

RESULTADOS: El estudio se realizó durante septiembre de 2014 a enero de 2015. La participación de los profesionales se solicitó mediante 2 mensajes a la lista de distribución de la sociedad profesional. Se hicieron 2 cortes transversales separados en periodos de tres meses. Simultáneamente, se enviaron tuits desde las cuentas de twitter de los

miembros del grupo multidisciplinar. Se obtuvieron un total de 153 respuestas, un 73,2% eran perfiles personales y un 26,6% institucionales. El 59,1% fueron adjuntos, 14% Jefes de Servicio, 14% residentes y un 13% otros. Un 85,6% accedió a publicar sus datos en el mapa. De las redes sociales más utilizadas destacó Twitter (92,6%) Facebook (64,8%) LinkedIn (51,9%) y Google + (22,2%). En cuanto a los navegadores más utilizados fueron Google Chrome (53,7%), Internet Explorer (30,2%) y Safari (14,1%). Respecto a las áreas de conocimiento de mayor interés preestablecidas destacaron: Web 2.0 aplicada la farmacia hospitalaria (63,6%), Errores de medicación (61,8%), Gestión (50,9%), infecciosas (43,6%), Oncología (43,6%) geriatría (38,2%); Hepatitis (34,5%), VIH (34,5%), Doccencia (34,5%) Nutrición (29,1%), Cuidados intensivos (23,6%), Formulación magistral (23,6%) Pediatría (21,8%), Reumatología (21,8%). Finalmente, se editó el mapa virtual en el que se identificó el perfil de cada usuario según su cuenta de twitter destacando sus áreas de conocimiento de interés y su ubicación geográfica, distinguiendo entre personal o institución con un código cromático.

CONCLUSIONES: Este mapa 2.0 puede permitir a los profesionales conocer el perfil y las áreas de conocimiento de otros compañeros ubicados en diferentes áreas geográficas con intereses comunes, generando redes de interés. Sería necesaria una difusión más amplia y prolongada para conseguir el máximo de participación entre los profesionales.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

830. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA

AUTORES: Ruiz Jiménez Mdm, Galindo Rueda Mdm, Valderrey Pulido M, Tomas Luiz A, Vicente Sanchez S, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Univ. Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de sistemas automatizados de dispensación (SAD) en un hospital terciario en relación a una serie de actuaciones de mejora llevadas a cabo en los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio comparativo de resultados obtenidos en una encuesta realizada en mayo 2015 frente a los obtenidos en marzo 2014 en las 5 unidades clínicas (UC) cuya dispensación se efectúa con el sistema PYXIS® para su cumplimentación por los usuarios del mismo (enfermería) de forma anónima (únicamente se identificó la UC): UCI Neonatal y Neonatos (comparten estación), Unidad de Corta Estancia, Reanimación (dos estaciones) y Urgencias (3 estaciones). La encuesta consta de 11 preguntas para ser respondidas según valoración de una escala de cinco grados con su correspondiente valor numérico: Muy bueno (10), bueno (7), regular (5), malo (3), muy malo (1). Las preguntas fueron: Existencias de medicamentos normalmente utilizados (1); Disponibilidad de cantidades óptimas en cada momento(2); aprovisionamiento en caso de fallos del sistema (3); adecuación de la hora de reposición (4); identificación de los pacientes ingresados (5); identificación y ubicación correcta de los medicamentos (6); ubicación adecuada para el acceso de los medicamentos desde todas las áreas de la UC (7); facilidad de utilización de estupefacientes (8); actuación del servicio técnico ante incidencias (9); adecuación del sistema a las condiciones de trabajo de la UC (10); valoración global del sistema (11). Como modificación a la encuesta anterior se incluyeron dos nuevas cuestiones para valorar la utilidad de un programa de mejora de PYXIS® llevado a cabo por el servicio de farmacia (SF): Estado de PYXIS®, orden y limpieza (12) y Valoración de incorporación nuevo PYXIS® en área de sillones (13) (solamente para UC urgencias). Las mejoras en SAD se llevaron a cabo como fase previa a la implantación de la prescripción electrónica ligada a ellos. Esto implicó: reestructuración estaciones, ajuste stocks a consumos, incorporación/eliminación especialidades farmacéuticas según necesidades UC, tareas de orden y limpieza así como recambio de piezas deterioradas.

RESULTADOS: El índice de respuesta ha sido del 42% frente al 68% del año anterior (78 respuestas de 185 encuestas entregadas). Los resultados obtenidos no difieren significativamente con los previos. Global para el conjunto de UC y criterios del 1 al 11: 6,50 vs 6,70 año anterior. Por UC: Corta estancia 7,40; Neonatos 6,86; Reanimación 6,15; UCI Neonatal 6,76; Urgencias 5,30. Modificaciones encuesta 2015: cuestión 12: 7,42; cuestión 13 solo para Urgencias: 9,29. La cuestión mejor valorada continúa siendo la identificación y ubicación correcta de los medicamentos (7,70) mientras que la peor valorada pasa a ser: Adecuación de la hora de reposición (5,30).

CONCLUSIONES: A pesar del intenso trabajo llevado a cabo por el SF para mejorar el estado general de los PYXIS®, el grado de satisfacción por parte de enfermería no ha variado respecto al 2014. A pesar de que la UC Urgencias es la que globalmente peor valora el sistema PYXIS®, la incorporación de una nueva estación ha sido valorada muy positivamente.

134. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS LIGADO A PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: Fuster Sanjurjo L, Salazar Laya B, Rodríguez Legazpi I, Rodríguez Penín I.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida de la Residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios del sistema automático de dispensación de medicamentos (SADME) ligado a prescripción electrónica (PE).

MÉTODO

En junio de 2013 se implantó en el Servicio de Psiquiatría un SADME modelo Pyxis® ligado al software de PE Silicon®.

Estudio transversal desarrollado entre 5/3/2014-25/3/2014. Población: Personal facultativo y de enfermería del Servicio de Psiquiatría.

La encuesta de satisfacción incluyó: a) datos de usuario: edad, sexo y años de experiencia profesional, b) 6 preguntas (5 enfermería) cerradas con 4 respuestas de escala Likert (nada/algo/bastante/mucho) sobre ventajas e inconvenientes del circuito de prescripción-validación electrónica ligado a SADME y formación recibida, c) 4 preguntas cerradas con 5 respuestas de escala Likert (muy mal/mal/normal/bien/muy bien) sobre resolución de problemas por el farmacéutico, recomendación de implantación de SADME en otras unidades y valoración global de la PE y del SADME [1 pregunta adicional a enfermería sobre la habilitación en Silicon® del registro electrónico (RE) de administración] y d) sugerencias. Se entregó la encuesta a 27 usuarios (19 facultativos y 8 enfermeros); la participación fue anónima y voluntaria.

RESULTADOS: La tasa de respuesta fue del 66.67% (10 facultativos y 8 enfermeros) [50% hombres, edad media: 40.78±9.69 y años de experiencia profesional: 15.28±8.92 años].

Tres facultativos y 3 enfermeros consideraron que el nuevo circuito no evitaba retrasos y respectivamente, 5 y 5 que no permitía dedicar más tiempo al paciente. Tres enfermeros opinaron que no facilitaba la interpretación de órdenes médicas y 6 que la implantación del RE de administración mejoraría el circuito.

La formación fue calificada en todos los casos como adecuada (n=17): 3 muy adecuada, 6 bastante adecuada y 8 algo adecuada. Quince de los 17 usuarios que evaluaron la resolución de incidencias consideraron que el farmacéutico resolvía las incidencias siempre y 2 a veces.

La valoración global de la PE (n=17) fue: 4 muy bien, 8 bien, 2 normal, 2 mal y 1 muy mal y del SADME (n=18): 3 muy bien, 7 bien, 4 normal, 3 mal y 1 muy mal. Cuatro usuarios estuvieron muy de acuerdo en recomendar la implantación en otras unidades, 4 bastante, 6 normal, 1 desacuerdo y 3 muy en desacuerdo.

CONCLUSIONES: El 71% de los usuarios valoró la implantación de PE como buena o muy buena, la formación fue calificada como adecuada y la resolución de incidencias correcta; para ello ha sido imprescindible la presencia y disponibilidad del farmacéutico en planta.

Para facilitar el uso del programa de PE, se ha propuesto la realización de videotutoriales mediante los cuales se resuelvan las preguntas y dudas más frecuentes de los usuarios.

Se detectó un bajo grado de satisfacción relacionado con la interpretación de órdenes médicas; como acción de mejora se propone la implantación del RE de administración que se prevé que si implante a lo largo de 2015.

Otras medidas correctoras relacionadas con la optimización del tiempo dedicado al paciente requeriría un análisis adicional de los elementos que influyen en el mismo.

490. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA MÉDICA A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UN SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTORES: Yáñez Gómez P, Martínez Roca C, Ramudo Cella L, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. As Xubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: La prescripción electrónica asistida (PEA), se considera una medida útil para aumentar la eficiencia y seguridad en los procesos asistenciales. Sin embargo, su puesta en marcha conlleva un esfuerzo de adaptación a una nueva herramienta de trabajo por parte del personal implicado. Tras su reciente implantación (8 meses) en el Servicio de Ginecología y Obstetricia (SGO) de un hospital de nivel terciario, nos planteamos determinar la adherencia del médico a esta nueva herramienta.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sistema de PEA (Silicon®) implantado cuenta con dispensación integrada a través de armarios automatizados (Pyxis®). La información de la prescripción médica validada por el farmacéutico, se vuelca automáticamente al armario de dispensación, permitiendo al personal de enfermería retirar la medicación correspondiente a cada paciente. En nuestro caso, configuramos los armarios de dispensación para que enfermería, de forma extraordinaria, pudiese retirar medicación no asociada a una prescripción generando una incidencia: dispensaciones override o ignoradas. El sistema registra toda esta actividad, que puede obtenerse en forma de listados. Se realizó un estudio prospectivo observacional, de 1 semana de duración (4-11 mayo 2015), en el que se analizó diariamente la medicación administrada a las pacientes ingresadas en las unidades clínicas de Ginecología, Alto Riesgo y Obstetricia. Para ello utilizamos el censo de pacientes ingresadas, la historia farmacoterapéutica prescrita en Silicon® y los registros de actividad de los armarios de dispensación automatizados (totales y override).

RESULTADOS: Se analizaron un total de 2000 dispensaciones. Carecían de prescripción médica electrónica en el momento de la dispensación: 262 override (13,1%); por unidades clínicas: 23,3% Alto Riesgo; 16,1% Obstetricia y 8,5% Ginecología. Se identificaron diariamente las pacientes con al menos, una dispensación override: 120/408 (29,4%), con resultados similares en las diferentes unidades. Observamos que durante el fin de semana (viernes a domingo), frente a cualquier otro día de la semana, aumenta el porcentaje de dispensaciones override (16,7% vs 10,3%), así como el número de pacientes con al menos un evento override (43,0% vs 23,2%). La mayor parte de estas dispensaciones corresponden a prescripciones que el médico tardó más de 24 horas en confirmar electrónicamente (36%), o a tratamientos que no se actualizaron durante el curso clínico (38%). Además 32 (12,2%) de estas dispensaciones corresponden a medicamentos considerados de alto riesgo. En la unidad de Alto Riesgo dos situaciones fueron responsables del 40,6% de las dispensaciones override: los antibióticos (penicilina G, ampicilina y clindamicina) empleados en la profilaxis de la infección por Streptococo grupo B (23,9%) y los sedantes (haloperidol y petidina), usados en la fase prodrómica del parto (16,7%).

DISCUSIÓN: Constatamos deficiencias en la utilización médica de la PEA, lo que podría afectar al proceso asistencial del paciente. Una complejidad añadida en el proceso de prescripción electrónica en el SGO puede ser la alta rotación de las pacientes, incluso en fin de semana. Consideramos que deben realizarse intervenciones con el objeto de conseguir que Silicon® sea el único soporte de prescripción, y minimizar la demora en cargar y actualizar los tratamientos, que en un porcentaje importante son de alto riesgo.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

718. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS CON VALIDACIÓN ASISTIDA VS MODELO TRADICIONAL, ¿ES NECESARIO CAMBIAR?

AUTORES: García Marco D, García Muñoz C, Fernández Ruiz-Morón A, Sanz Márquez S, Llorente Gutierrez J, Ibáñez Zurriaga A.

Hospital Nacional de Parapléjicos. C/ Finca la Peraleda S/N. Toledo. España

OBJETIVO: Analizar las intervenciones farmacéuticas realizados con el apoyo de un sistema automático de validación de tratamientos vs el método tradicional sin apoyo informático.

MATERIAL Y MÉTODOS: El programa automatizado ALTO: Alertas de tratamientos con medicamentos® cuenta con 881.904 celdas con información de +/-30.000 medicamentos, analizando dosis elevada y máxima por principio activo y especialidad farmacéutica (desde neonatos a ancianos), vías de administración, días de tratamiento, dosificación en insuficiencia renal y hepática, control de interacciones, de medicamentos semejantes, de medicamentos por vía enteral y de dosis mínima. Se analizan las intervenciones realizadas durante 3 días, separados al menos por 72h, en seis hospitales con diferente complejidad (monográfico, geriátrico, intermedios y de alta complejidad con más de 1000 camas). Los mismos pacientes y tratamientos se analizan por medio de los dos sistemas, primero se realiza la revisión manual de los tratamientos y luego se realiza la automática, para evitar saber de antemano qué intervenciones son detectadas por el programa automático.

RESULTADOS: Se han analizado 2715 pacientes de 7 hospitales diferentes con 30813 tratamientos. Por el sistema tradicional se han realizado 252 intervenciones (0,82% intervenciones/tratamientos) vs 364 (1,18%) con el automatizado. Es decir, se interviene más con la validación asistida. Las intervenciones farmacéuticas muy significativas fueron 58 (0,19%) vs 80 (0,26%), las significativas 174 (0,56%) vs 264 (0,86%) y las no significativas 20 en ambos (0,06%). Lo cual implica que la validación asistida mejora las intervenciones significativas y muy significativas, pero no las no significativas. Si se realizan ambos sistemas a la vez se actúa en el 1,50% de los tratamientos vs el 0,82% del tradicional. Empleando únicamente el modelo tradicional se detectan el 54,20% de las posibles intervenciones, mientras que sin la revisión manual y sólo con la automática se detectan el 78,27% de las posibles intervenciones. Con la revisión tradicional pasan desapercibidas el 45,80% de las posibles intervenciones. La validación asistida in-

crementa de forma notable las intervenciones farmacéuticas, especialmente en los hospitales con más de 300 camas, en los que pasan desapercibidas con el modelo tradicional el 56,31% de las posibles intervenciones. El programa ha funcionado correctamente en todos los hospitales participantes. Aun cuando en la versión 1 del programa ALTO®, se ha mejorado la clasificación y relevancia clínica de las alertas detectadas, es necesario avanzar en la toma de decisiones basadas en algoritmos informatizados.

CONCLUSIONES: 1) La validación tradicional no cumple las expectativas deseadas, al pasar desapercibidas el 45,80% de las intervenciones. 2) El programa automático es extrapolable al resto de hospitales españoles, al funcionar correctamente en hospitales de muy diferente carga asistencial. 3) Aunque el sistema automático detecta más errores o mejoras del tratamiento, sigue habiendo errores que un farmacéutico detectaría y el sistema automático no, por ello es conveniente combinar los dos sistemas.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

835. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ALUMNOS DE FARMACIA EN PRÁCTICAS TUTELADAS EN RELACIÓN AL ENTORNO 2.0

AUTORES: Robustillo Cortés Mdlra, Cantudo Cuenca Mr, Carmona Leis S, Fajardo Fernandez-Palma J, Hidalgo Valenzuela B, Morillo Verdugo R.

Hospital Univ. Virgen De Valme. Ctra. De Cádiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar, mediante la creación de un cuestionario específico, el conocimiento sobre el entorno 2.0 de los alumnos de farmacia en prácticas tuteladas (APT), así como su uso docente.

Métodos:

Estudio multicéntrico prospectivo realizado en mayo-2015. Para evaluar el grado de conocimiento sobre el entorno 2.0 se elaboró un cuestionario específico a partir de uno pre-existente elaborado por alumnos de la universidad. Éste se realizó, vía telefónica, a APT que se encontraban realizando su estancia en hospitales públicos nacionales. El cuestionario estaba formado por nueve preguntas: tres con respuesta dicotómica (sí/no), con cuestiones sobre conocimiento de la web 2.0, el uso de aplicaciones con fines docentes y las redes sociales académicas; cuatro preguntas test unirespuesta centradas en la actitud personal hacia la web 2.0, sus usos educativos, el e-learning y la wiki; y dos tipo Likert que evaluaban el grado de interés en las nuevas tecnologías, tanto a nivel docente como profesional. Además, se recogieron datos demográficos: sexo, edad y expediente académico.

RESULTADOS: El estudio incluyó 99 alumnos de 66 hospitales; siendo el 55,0% hombres con una media de edad de $22,8 \pm 0,9$ años. En relación al expediente académico, el 42,4% tenía una puntuación 2-3; el 39,3%, 1-2, y el 4,0%, 3-4.

En cuanto a los resultados del cuestionario, respecto a la primera pregunta formulada "¿sabes qué es la web 2.0?", el 78,8% de los APT contestó negativamente. En la segunda "¿en la web 2.0, las personas son activas, pasivas o ambos?", la respuesta fue ambos en el 49,5%, activas en el 37,4% y pasivas en el 13,1%. Sobre los usos educativos de la web 2.0, el 49,5% seleccionó la opción "herramienta constructiva enfocada en el alumno y aprendizaje autónomo", seguido de "medio que posibilita estar en contacto inmediato" (24,2%), "aprendizaje fuera del aula" (18,2%) y "herramienta dirigida al docente como único medio de aprendizaje" (8,1%). A la pregunta de si utilizaban las aplicaciones móviles con fines docentes, el 51,5% respondió afirmativamente. El 47,5% afirmó que el e-learning es una "herramienta electrónica que permite el aprendizaje a distancia y estar en contacto con el profesor a través de este medio", seguido de un 33,3% que opinaba que era una "herramienta electrónica utilizada para poder estar en contacto inmediato con el docente y/o compañeros; el 15,2%, un "programa que ofrece actividades para el desarrollo de conocimientos electrónicos dirigida a estudiantes de primaria" y un 4,0% lo entendía como una "red social". La mayoría (84,8%) de los APT respondieron que la wiki era un "sitio web en el que sus páginas pueden ser modificadas directamente". El 61,6% desconocía la existencia de redes sociales académicas; tan sólo un 23,2% afirmó utilizarlas. En relación al grado de interés sobre el uso de nuevas tecnologías, éste era elevado tanto para la formación docente (81,8%) como para la actividad profesional (87,9%).

CONCLUSIONES: El conocimiento de los APT sobre el entorno 2.0 es escaso. Sin embargo, existe interés en profundizar en el aprendizaje y utilización con fines docentes.

1031. EVALUACIÓN E IMPACTO DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN WIKIPEDIA DE LOS FÁRMACOS COMERCIALIZADOS EN NUESTRO MEDIO

AUTORES: García Palop BM, Juárez Gimenez JC, Puyal González C, Hinojo Sánchez A, Lalueza Broto P, Girona Brumós L.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVOS: La utilización de la web para consultar información farmacoterapéutica es muy frecuente entre los usuarios de salud. Concretamente, la Wikipedia constituye una de las herramientas con mayor popularidad. Como especialistas en información farmacoterapéutica, se hace necesario conocer el impacto de esta información. El objetivo de este trabajo es estudiar la presencia en dicho portal de las nuevas especialidades comercializadas en nuestro medio, determinar cuáles resultan de mayor interés para el usuario y analizar la calidad de esta información.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y transversal que incluyó las nuevas especialidades con autorización de comercialización durante el periodo 2013 – 2014, obtenidas de la revista Panorama Actual del Medicamento. Un grupo de trabajo multidisciplinar analizó su impacto y contenido en la Wikipedia, tanto de habla española como inglesa. El impacto del número de consultas durante el 2014 se obtuvo usando la herramienta «category treeviews» de WMFLabs (zona de desarrollo de la Wikimedia Foundation), con el fin de identificar qué especialidades representan un mayor interés para el usuario. La calidad de la información farmacoterapéutica disponible se evaluó mediante el diseño por parte del grupo de trabajo de un cuestionario con 8 ítems que deberían estar presentes en estos artículos: mecanismo de acción, indicación, precauciones, posología, reacciones adversas, interacciones, conservación y bibliografía. La información disponible en Wikipedia se contrastó con la publicada en la ficha técnica y prospecto del medicamento.

RESULTADOS: Durante el periodo 2013 – 2014, se incorporaron 56 especialidades al mercado español; que hacían referencia a 60 principios activos. Un 38 % se encontraban en la Wikipedia de habla española, siendo las especialidades más consultadas durante el 2014: Circadin® (melatonina) - 292.678 visitas -, Esbriet® (pirfenidona) - 10.288 visitas -, Sovaldi® (sofosbuvir) - 10.092 visitas -, Seebri Breezhaler® (glicopirronio bromuro) - 6.287 visitas - y Zelboraf® (vemurafenib) - 5.451 visitas. El 90% de estos fármacos estaban descritos en habla inglesa, presentando un mayor impacto: Circadin® (melatonina) - 1.141.094 visitas -, Elvanse® (lisdexanfetamina) - 285.334 visitas -, Sovaldi® (sofosbuvir) - 260.816 visitas -, Pristiq® (desvenlafaxina) - 122.328 visitas - y Yervoy® (ipilimumab) - 116.977 visitas -. El análisis global de la calidad de la información disponible en ambos idiomas mostró que la información proporcionada con mayor frecuencia hacía referencia a la indicación (96%), mecanismo de acción (93%) y reacciones adversas (57%); mientras que la presencia de otros ítems - como posología (33,4%), interacciones (24%), precauciones (11%) o conservación (1%) - era minoritaria. Cabe destacar que, en ambos idiomas, el 93% de los artículos estaban debidamente referenciados.

CONCLUSIONES: Respecto a los fármacos estudiados, hay más artículos de habla inglesa que de habla española referenciados en la Wikipedia. Circadin® (melatonina) y Sovaldi® (sofosbuvir) fueron las especialidades que más interesan al usuario en ambos idiomas. El perfil de información que aparece en estos artículos proporciona, principalmente, una visión del mecanismo de acción e indicación de estos medicamentos. Con estos datos, es necesario plantear la implicación de los profesionales en los contenidos de la Wikipedia que hacen referencia a los medicamentos.

186. IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DENTRO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

AUTORES: Martínez Torrón A, Lázaro Lopez E, Ruiz Sánchez D, Velasco Rocés L, Zapico Garcia I, Alaguero Calero M. Hospital Universitario Central De Asturias (Huca). Avenida De Roma, S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Incluir el Programa de Intercambio Terapéutico (PIT) como sistema de ayuda a la toma de decisiones clínicas dentro de la aplicación de prescripción electrónica asistida Millennium®.

Medir la utilización del PIT asociado a la prescripción electrónica y compararlo con su uso anterior, mediante prescripción médica en papel y aplicación posterior del PIT durante la transcripción farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODO: En una primera fase se incluyeron las propuestas de intercambio aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica aprovechando la herramienta de creación de protocolos de la aplicación Millennium®. Esta fase coincidió con la puesta a punto de la aplicación de prescripción electrónica asistida previa a su implantación en junio 2014.

En la formación previa impartida a los facultativos antes del inicio de la prescripción electrónica se incluyó la utilización de los protocolos del PIT dentro del flujo de trabajo de la conciliación de medicación al ingreso.

En una segunda fase se realizó un análisis retrospectivo del número de líneas prescritas a partir de los protocolos de intercambio entre abril y mayo de 2015. Estos resultados se compararon con los datos del año anterior, entre abril y mayo de 2014, cuando la prescripción se realizaba en papel y el farmacéutico aplicaba el PIT durante la validación y posterior transcripción a la aplicación informática Farmatools®. Para el cómputo de las líneas pautadas con prescripción electrónica no se contabilizaron las realizadas en urgencias o en unidades de críticos ya que anteriormente no se realizaba validación y transcripción farmacéutica en estas unidades.

RESULTADOS: En total se incluyeron 138 protocolos que proponen alternativas para 144 principios activos o asociaciones no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. El sistema de búsqueda de la prescripción permite localizar las propuestas de intercambio tanto por principio activo como por nombre comercial. En total se propone el intercambio terapéutico de 388 marcas comerciales diferentes.

Durante el periodo de estudio se cuantificaron 1.163 medicamentos pautados en el programa de prescripción electrónica utilizando los protocolos de intercambio terapéutico. En el mismo periodo del año anterior se contabilizaron 970 transcripciones en las que se aplicaba el PIT, lo que supone un incremento en su utilización de un 19,9%. Al analizar por grupos terapéuticos, se observa que se mantiene una distribución similar con el nuevo sistema de prescripción respecto al anterior, siendo los cinco grupos más frecuentes C09CA (antagonistas de angiotensina solos) 14,4% vs. 16,4%; N06AB (inhibidores de la recaptación de serotonina) 6,8% vs. 6,4%; C09DA (antagonistas de angiotensina con diuréticos) 6,4% vs. 6,3%; C10AA (hipolipemiantes inhibidores de la HMGCoA reductasa) 5,9% vs. 6,1% y C09AA (IECAs) 4,3% vs. 6,3% respectivamente.

CONCLUSIONES: La inclusión del PIT como herramienta de soporte en la toma de decisiones clínicas ha incrementado la utilización del programa, facilitando la conciliación de medicación al ingreso y optimizando la utilización de la Guía Farmacoterapéutica.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

317. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE APOYO

AUTORES: Flox Benitez Mp, López Muñoz Mj, Marquinez Alonso I.

Hospital Universitario Santa Cristina. Calle Maestro Amadeo Vives 2 Y 3. Madrid. España

OBJETIVOS: La prescripción electrónica asistida (PEA) es una herramienta que ha demostrado mejorar la seguridad en la prescripción de medicamentos. La automatización de la dispensación con control de prescripción y posterior validación farmacéutica aporta a esta nueva tecnología un valor añadido, permitiendo identificar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos antes de su administración.

El objetivo de este trabajo es describir el proceso de implantación de un programa de PEA en unidades de hospitalización (UH) con conexión a sistemas automatizados de dispensación (SAD) de un hospital general de apoyo, partiendo de un sistema de dispensación de medicamentos botiquín-planta sin validación farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: La implantación se realizó entre junio 2012 y abril 2014. La situación inicial eran siete UH con prescripción médica manual y SAD como botiquín convencional, correspondientes a siete servicios médicos (medicina interna, cuidados paliativos) y quirúrgicos (traumatología, cirugía general, ginecología, urología, cirugía plástica).

En una primera etapa (junio-septiembre 2012) se estandarizaron las bases de datos de medicamentos de PEA y de SAD: dosis, forma farmacéutica y vía administración. Paralelamente, se parametrizó el módulo de unidosis (FarmaTools®), consensuado con los facultativos y personal de enfermería: secuencias horarias, pautas, observaciones, textos predefinidos, cuidados enfermería, protocolos terapéuticos y selección del formato de órdenes médicas e impreso de registro de administración. Para ello se creó un grupo multidisciplinar (médicos, farmacéuticos, enfermería y miembros de Dirección Médica y de Enfermería). Para finalizar, se programaron sesiones formativas de manejo del sistema tanto para personal facultativo como de enfermería pre-implantación y reuniones post-implantación para la resolución de problemas.

En una segunda etapa se implantó la PEA: medicina interna y cuidados paliativos (octubre 2012); cirugía general (abril 2013); traumatología, cirugía general, ginecología, urología y cirugía plástica (marzo 2014). Se registraron número de pacientes y líneas de prescripción de medicamentos con validación farmacéutica.

Por último, se realizó la conexión con SAD (marzo 2013 en medicina interna y cuidados paliativos y abril 2014 en UH quirúrgicos).

RESULTADOS: En la estandarización de la base de datos se revisaron 681 líneas de medicamentos incluidos en el programa de gestión del servicio de Farmacia. Se crearon: secuencias horarias: 38; pautas: 17; observaciones: 12; textos predefinidos: 15; cuidados enfermería: 63; protocolos terapéuticos: 52 (generales: 29; traumatología: 14; medicina interna: 3; ginecología: 2; cirugía general: 2; cirugía plástica; 2).

El número de pacientes y líneas de prescripción de medicamentos con validación farmacéutica desde la implantación: 2012 (2.202; 25.872); 2013 (10.251; 170.950) y 2014 (14.503; 227.253). Por servicios: medicina interna (14.444; 230.196); cuidados paliativos (6.265; 92.156); cirugía general (1.932; 29.849); ginecología (932; 11.670); urología (385; 6.322); cirugía plástica (102; 980); traumatología (2.896; 52.902).

CONCLUSIONES: Desde la implantación de la PEA con conexión con SAD se ha conseguido la automatización del sistema de utilización de medicamentos (prescripción-validación-dispensación-administración) en el 100% de las UH partiendo de un sistema botiquín-planta convencional sin validación farmacéutica. Con ello, el farmacéutico ha podido integrarse dentro del equipo asistencial en los diferentes servicios, lo que supone un paso importante para alcanzar una farmacoterapia segura, efectiva, apropiada y eficiente.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1257. IMPLANTACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA INTEGRAL E INTEGRADA

AUTORES: Alaguero Calero M, Gómez de Segura Iriarte L, Velasco Rocés L, Zapico García I, Sacristán de Lama MP, Rosado María C.

Hospital Universitario Central de Asturias. Avenida Roma s/n. Asturias. España

OBJETIVO: Planificación, desarrollo e implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA), dentro de un modelo de historia clínica electrónica (HCE) común para todo el hospital.

Integrar el sistema de prescripción electrónica asistida con las distintas aplicaciones informáticas utilizadas en farmacia incluyendo los sistemas automatizados de almacenamiento y dispensación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Inicialmente se constituyeron 14 grupos de trabajo multidisciplinares para desarrollar los diferentes ámbitos de la HCE. Uno de los grupos fue el de "medicación", liderado por farmacéuticos y encargado de la puesta a punto del sistema de prescripción de medicamentos en los diferentes ámbitos: pacientes ingresados, consultas y hospital de día. Entre los objetivos de este grupo estaba el desarrollo de pautas predefinidas, mezclas intravenosas, protocolos de medicación y sistemas de alerta.

Paralelamente se planificaron distintas integraciones informáticas con el propósito de automatizar los procesos de farmacia y evitar transcripciones entre aplicaciones. Estas integraciones implicaban a las áreas de dispensación a pacientes ingresados, atención a pacientes externos, farmacia oncológica, nutrición parenteral, farmacotécnica y gestión de stocks.

RESULTADOS: El grupo trabajo desarrolló un sistema de prescripción para 2.070 medicamentos en pacientes ingresados y 432 en pacientes externos. En pacientes ingresados se incluyeron 4.765 pautas predefinidas y 1.015 mezclas intravenosas (752 en perfusión continua y 263 en perfusión intermitente). En colaboración con otros grupos se desarrollaron 362 protocolos de medicación, destacando 77 de UCI, 69 de Neonatos o 40 de Urgencias. En pacientes externos se incluyeron 464 pautas predefinidas que permiten la prescripción de medicamentos de dispensación hospitalaria y la programación de varias dispensaciones con una única prescripción. Durante el primer año de PEA se han validado 801.239 prescripciones en pacientes ingresados y 43.090 dispensaciones a pacientes externos. En abril de 2015 se consiguió la certificación HIMSS6.

Respecto a las integraciones, previo al arranque de la HCE, en el área de dispensación a pacientes ingresados se integró el módulo de validación farmacéutica con los armarios rotatorios verticales Kardex®, que permiten la preparación de carros de medicación y la dispensación de dosis iniciales. En las áreas de críticos, urgencias y medicina interna se integró con 20 sistemas automatizados de dispensación Pyxis®. En el área de atención a pacientes externos se integró la validación con un robot de dispensación Rowa®. A su vez todos los sistemas integrados descargan los consumos en la aplicación de gestión SAP®. Después del arranque de la HCE, en el área de farmacia oncológica, se integró la validación de quimioterapia con el sistema de elaboración con control de trazabilidad LugHT®. Todas las integraciones se realizaron utilizando mensajería HL7. En lo que respecta a las áreas de nutrición parenteral y farmacotécnica todavía no se ha conseguido la integración con MedicalOne® y Citsform® respectivamente.

CONCLUSIONES: La colaboración multidisciplinar y la planificación de tareas nos ha permitido conseguir una HCE integral convirtiéndonos en un hospital sin papeles. Actualmente tanto la HCE como la PEA están implantadas en el 100% del hospital.

La integración de la información entre las aplicaciones y el uso de nuevas tecnologías permite mejorar la calidad, eficiencia y seguridad de los procesos.

943. ¿ES POSIBLE EL VIH 2.0?

AUTORES: Briegas Morera D, Medina Comas R, Fernández Lisón Lc, Fernández De Soria Risco M, Penalba Font Mdp, Bonilla Galán C.

Complejo Hospitalario Universitario De Badajoz. Avenida De Elvas, S/N. Badajoz. España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Ante el prevalente uso de internet por los pacientes para informarse sobre sus enfermedades, es importante preguntarse cómo éste puede desplazar al sanitario en su papel como informador, y si la información de la web es de una calidad suficiente y está convenientemente dirigida a ellos. Nuestro objetivo es conocer la relación nuestros pacientes de VIH con Internet, evaluando sus actitudes y necesidades, lo que permitirá plantearnos cómo informar mejor y garantizar un uso responsable de las redes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha diseñado una encuesta en formato papel y formulario web con varios ítems demográficos y nueve preguntas relacionadas con el uso de internet relacionado con el VIH, para ser cumplimentada durante la dispensación en Farmacia Hospitalaria entre el 25/05 y el 06/06/2015. Se usó SPSS20 para la explotación estadística de la información.

RESULTADOS: La encuesta fue cumplimentada por 55 pacientes (78.2% varones, media de edad 42.1 ± 11.5 años, 38.2% diagnosticado a partir de 2011), observándose disparidad a nivel educativo (25.5% educación primaria, 21.8% secundaria, 27.3% bachillerato o formación profesional, 23.6% educación universitaria). Más de la mitad manejan la informática a nivel de usuario (61.8%), sin correlación entre esto y la edad (test ANOVA, $p=0.589$) pero sí con el nivel de estudios (test chi-cuadrado, $p=0.003$).

De los cincuenta que usan internet, 33 recurrieron a buscadores para obtener información clínica, y 22 sobre su tratamiento; de éstos, quince buscaron cómo actúa frente el virus, e igual número sus efectos secundarios. No «googlean» con gran frecuencia (el 40% declara haberlo hecho pocas veces desde el diagnóstico, y sólo cinco varias veces al mes); lo hacen más a menor edad (ANOVA, $p=0.035$), sin diferencias por sexo o estudios (test chi-cuadrado, $p=0.252$ y $p=0.270$). Más de la mitad (54.0%) encontró útil la información localizada en internet.

El profesional mejor valorado por la información que ofrece del VIH es el infectólogo (9.48 sobre 10), seguido de cerca por el farmacéutico clínico (9.39), a distancia del médico de cabecera (7.09) y de Internet (5.39); el 81.8% de los pacientes considera que resolvemos todas sus dudas en relación al VIH. En cuanto a web 2.0, WhatsApp (68.0%) y Facebook (64.0%) son los recursos más prevalentes. Preguntados sobre posibles intervenciones en este ámbito, ninguna alcanza un 50% de valoración positiva: el 46.0% visitaría webs de asociaciones, y un 36% la de un servicio de Farmacia. Sólo el 25% de los usuarios de Facebook compartiría experiencias con otros pacientes en esta red, y un 22% llevaría en su móvil aplicaciones relacionadas.

CONCLUSIONES: Internet no consigue desplazar al sanitario como proveedor de información para el paciente, que, aunque acude a la red, lo hace con recelo. Aún con todo es preciso ser cautos y aleccionar al paciente sobre un uso responsable de internet, recordando que los profesionales pueden resolver cualquier duda con garantías. En contraste con el uso extendido de redes sociales y recursos 2.0, se prevé escasa la penetración de intervenciones en este ámbito en esta esta patología, especialmente si se demanda interacción entre usuarios.

1178. ANÁLISIS DE CONSUMO DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCERA LÍNEA

AUTORES: Martínez de Arriba R, Álamo González O, Oca Luis B, Fernández Vicente M, Espeja Martínez AM, Espinosa Gómez MP.

Hospital Universitario de Burgos. Avda. Islas Baleares, 3. Burgos. España

INTRODUCCIÓN: La adquisición, conservación, validación de prescripciones y elaboración de nutrición parenteral (NP) son una parte importante de las funciones del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

La introducción de bolsas tricamerales como base de elaboración de las NP supone a priori un incremento en el gasto farmacéutico asociado.

OBJETIVOS: Análisis del consumo de NP en el paciente adulto en los últimos diez años y su repercusión económica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico retrospectivo de NP dispensadas durante el primer trimestre del año entre 2006 y 2015.

Analizamos los consumos y composiciones de NP comerciales versus elaboradas y el gasto asociado a cada una de ellas.

Los datos se obtuvieron del programa de elaboración de NP y del programa de gestión económica.

RESULTADOS: Los datos de consumo en NP comercial se han mantenido bastante estables en estos 10 años, con una media de 792 unidades (consumo en 2006 de 780 y en 2015 de 706). Presentaron un pico de consumo en los años 2007-2008.

En cuanto a la NP elaborada se ha producido un incremento en el número de unidades dispensadas, con una media de 1280 unidades (consumo en 2006 de 945 y en 2015 de 1563).

El gasto en NP por unidad comercial dispensada se ha incrementado de forma notable, con una media de 16.36 euros (consumo en 2006 de 8.27 euros y en 2015 de 27.22 euros).

El gasto en NP por unidad elaborada no ha sufrido cambios importantes, con una media 40.75 euros (consumo en 2006 de 46.12 euros y en 2015 de 41.72 euros).

CONCLUSIONES: Tras la revisión del gasto asociado a la NP elaborada observamos que la introducción de nuevas bolsas tricamerales, como base de fabricación de las mismas, no ha supuesto ningún incremento en el precio. Las tricamerales en este aspecto aportan calidad y seguridad al proceso de elaboración, puesto que su manipulación es menor. Esto también se ve reflejado en un menor coste directo de personal técnico, no valorado en este estudio.

Por el contrario, la introducción de NP comerciales mucho más completas sí supone un importante incremento en el gasto asociado. En los 10 años de estudio la mejora en la composición de estas NP ha ido asociada a un lógico aumento en su precio.

El incremento observado en el número de NP elaboradas refleja la tendencia a la individualización del soporte nutricional en los últimos años. El aumento en la complejidad de las mismas demuestra la importancia del papel del farmacéutico en la validación/elaboración de NP, lo que nos obliga a una actualización permanente en su conocimiento.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

561. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (NED) EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES: Tristancho Pérez A, Cantudo Cuenca Mr, Manzano Garcia M, Saborido Cansino Mc, Haro Marquez C, Guzman Ramos Mi.

H.u.nuestra Señora De Valme. Carretera De Sevilla-Cádiz S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Valorar el grado de adecuación de la prescripción de NED en base al RD 1030/2006 y en base a la "Guía descriptiva de la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud (GPPDSNS)" del 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en un área de gestión sanitaria integrada. Se incluyeron aquellos pacientes que precisaron visado de NED desde el 26/09/14 al 19/12/14. Se revisaron los informes de visado aceptados a través de la aplicación del programa de visado del área, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, servicio prescriptor, indicación, mecanismo de administración (oral o sonda), especialidad de NED prescrita y grupo ATC. Para el registro y análisis de datos se utilizó Excel®.

El RD 1030/2006 establece para qué patologías o situaciones clínicas las NED serán visadas y financiadas. Para ello establece 4 grupos de patologías, divididos en subgrupos identificados por un código alfanumérico (Anexo XII, punto 8). Para las patologías del grupo A y B se establece, como requisito indispensable de financiación, el uso de sonda para la administración de NED.

A: Alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa.

B: Trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito.

La GPPDSNS hace la misma clasificación que el RD y, a su vez, establece qué tipo de nutriciones (según clasificación ATC) deben emplearse para cada patología.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 241 prescripciones (con visado aceptado) de NED correspondientes a 217 pacientes. El 48% fueron hombres con una mediana de edad de 72 años. El 66,4% de las prescripciones (n=160) proceden del Servicio de Nutrición y Endocrinología, seguido del 22,4% (54) de medicina interna. Respecto a las principales indicaciones: el 25,3% (N=55) de los pacientes tenían prescrita NED para la indicación B1.7 (Procesos degenerativos severos del SNC), seguido de un 14,3% (31) para la indicación C4 (pacientes desnutridos que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplantes) y un 14,7% (32) para la indicación D2 (caquexia cancerosa).

En cuanto a la adecuación al RD 1030/2006, el 53% (N=115) de los pacientes padece alguna patología subsidiaria de uso de sonda (patologías grupo A y B), sin embargo, el 60,9% (70) de ellos utiliza la vía ORAL para su administración, por lo que no deberían financiarse. Respecto a la Guía del SNS, el porcentaje de adecuación de las NE prescritas para la indicación B1.7 fue del 54,4%. Para la indicación C4, el grado de adecuación fue del 72,7% y para la indicación D2 fue del 60,6%.

CONCLUSIONES: La financiación de NED de los grupos A y B no se está haciendo de acuerdo a las directrices del RD 1030/2006. A su vez, existe bajo grado de adecuación de las NED prescritas para cada patología de acuerdo a las recomendaciones del SNS. Hasta hace poco el visado de NED no estaba en manos del farmacéutico. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de que un farmacéutico supervise el visado de NED para asegurar su buen uso mediante un control más exhaustivo al visar estas prescripciones.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

54. ANÁLISIS DEL USO DE FÓRMULAS HIPOCALÓRICAS EN PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

AUTORES: Domínguez Herencias S, Iturgoyen Fuentes D, Milla Torralba M, Iranzu Aperte Mc, González Joga B, Berrocal Javato Ma.

Nuestra Señora Del Prado. Carretera Madrid Km.112. Toledo. España

OBJETIVOS: La obesidad mórbida, considerada la pandemia del siglo XXI, constituye un problema de salud importante en nuestro medio. Para abordar de forma completa esta patología, se desarrolla en nuestro Hospital el programa de Atención Integral de Obesidad Mórbida, formado por un equipo multidisciplinar en el que participan Farmacéuticos Hospitalarios. Las funciones del farmacéutico son el apoyo a la prescripción de Fórmulas Hipocalóricas (FH), la dispensación de las mismas y el desarrollo de atención farmacéutica.

Las FH se utilizan antes de la cirugía para favorecer una mayor pérdida de peso y, como consecuencia, menos complicaciones quirúrgicas. Para poder someterse a la intervención, el paciente debe haber perdido al menos un 10% del peso inicial con el que inicia la terapia.

Los objetivos de este estudio son:

- Revisión de los pacientes intervenidos de Cirugía Bariátrica (CB).
- Valoración del uso de FH para conseguir la pérdida de peso antes de la CB.
- Evaluación del coste en pacientes prequirúrgicos de FH (Optisource Plusâ).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de CB desde el inicio del programa en 2010 hasta mayo de 2015. Se diseñó una tabla Excel tras revisar la historia clínica de cada paciente con el programa Mambrino XXIâ. La tabla recoge los siguientes datos: NHC, sexo, edad, técnica quirúrgica, talla del paciente, IMC inicial, peso antes de iniciar FH, peso tras finalizar FH, pérdida de peso con FH y duración de la dieta con FH. Para conocer el coste de las FH por paciente se utilizó el módulo de Gestión Económica del programa Farmatoolsâ.

Se procesaron los datos obtenidos y se llevó a cabo un análisis de los mismos.

RESULTADOS: Desde el año 2010 se han intervenido 60 pacientes: 13 hombres (22%) y 47 mujeres (78%). Las técnicas quirúrgicas han sido By-pass Gástrico en 7 pacientes (12%) y Gastrectomía Tubular en 53 pacientes (88%). La edad media de los pacientes ha sido 41 años (rango: 26-63). El IMC medio al inicio de la terapia fue de 43,8 kg/m² (rango: 34,8- 57,3).

La duración de la dieta con FH fue entre 12 y 25 días, en función del peso perdido durante la terapia. La pérdida de peso media con FH fue de 3,8 kg (rango 1-10,5). 22 pacientes (37%) perdieron entre 1-3 kg, 21 pacientes (35%) perdieron entre 3-5 kg, 14 pacientes (23%) perdieron entre 5-8 kg, y 3 pacientes (5%) perdieron más de 8 kg.

En total, se han dispensado 6118 envases de FH (media de envases /paciente= 100 envases) con un coste total de 24844 € (precio medio/paciente= 414 €)

CONCLUSIONES: - El uso de FH favorece una mayor pérdida de peso y menos complicaciones durante la cirugía, por lo que está justificado su coste.

- La pérdida de peso obtenida con FH es variable. En muchos casos la falta de adherencia es la causa por la que no se consiguen mejores resultados.
- La figura del farmacéutico en el equipo multidisciplinar contribuye a mejorar el cumplimiento y a optimizar el uso de las FH.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

748. COMPLICACIONES METABÓLICAS ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTE ADULTO

AUTORES: Iniesta Navalón C, Rentero Redondo L, Caballero Requejo C, Trujillano Ruiz A, Onteniente Candela M, Antequera Lardon Mt.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Av. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia de complicaciones metabólicas asociados a la nutrición parenteral en paciente adulto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado en un Hospital de Referencia de Área de 350 cama. Se incluyeron a todos los pacientes >18 años que recibieron nutrición parenteral durante la hospitalización. El periodo de estudio fue de 9 meses (Septiembre 14-mayo 15).

Mediante la revisión de la historia se obtuvieron datos demográficos (edad y sexo) y analíticos. La información relativa la nutrición parenteral se obtuvo de la aplicación informática Kabisoft®.

Consideramos complicación metabólica cualquier de las siguientes situaciones: hiperglucemia (glucemia>200mg/dl), hipertrigliceridemia (TG>400mg/dl), hipernatremia (Na>150 mEq/l), hiponatremia (Na<5 mEq/l), hipopotasemia (K<40 UI/l y/o FA> 190UI/l)).

Todos los análisis se realizaron con el el paquete estadístico SPSS v15.0.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 167 pacientes recibieron un total de 2037 NPT. El 62,9% eran hombres y la edad media fue de 67,4 (DE: 13.3) años. La duración media de la NPT fue de 12,2 días, con un rango entre 1 y 107 días, observando que en el 21,6% de los pacientes la duración fue inferior a 5 días. El 64,4% de las NP prescritas eran fórmulas comerciales listas para su uso y el 70,2 % de administración por vía central.

La composición media de los principales macro y micronutrientes de la NPT fue: 12,4 ± 3,0 g de Nitrógeno, 66,2 ± 24,6 g de lípidos, 226,2 ± 55,2 g de glucosa, 69,1±28,1 mEq de sodio, 58,1 ± 28,5 mEq de potasio, 13,4 ± 5,4 mEq de magnesio, 8,8 ± 2,7 mEq de calcio y 17,8 ± 8,9 mmol de fosfato.

En total se registraron 1220 determinaciones analíticas. Los parámetros analíticos que se solicitaron con más frecuencia fueron la glucemia, sodio y potasio (100% de los casos). Los parámetros monitorizados con menor frecuencia fueron (% casos): TG (19,0%), FA (15,5%), GGT (11,7%) y el fosfato (10,4%).

La hiperglucemia fue la complicación metabólica más frecuente, observándose en el 14,4% de los casos y afectó al 47,3% de los pacientes. La segunda complicación más frecuente fue la colestasis hepática, observándose una elevación de la FA en el 9,2% de los casos (47,9% pacientes) y de GGT en el 5,6% de los casos (31,1% pacientes). La hipertrigliceridemia sólo se observó en 7 casos (0.3%) que correspondían a 7 pacientes (4,2%). En cuanto a las complicaciones de los micronutrientes observamos que la más frecuente fue la hipopotasemia en el 10,1% de los casos (47,9% pacientes), seguido de la hiponatremia en el 7,4% de los casos (9,0% pacientes). Tanto la hipernatremia como la hiperpotasemia se observaron en un porcentaje inferior (2,0% y 3,2% de los casos, respectivamente). Por último la hipofosfatemia se observó en el 2,0% de los casos (18% pacientes).

CONCLUSIONES: Las complicaciones metabólicas en pacientes que reciben nutrición parenteral son frecuentes. Sería interesante determinar los factores asociados a dichas complicaciones metabólicas a fin de identificar posibles factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

676. DISFUNCIÓN HEPÁTICA ASOCIADA A NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL: REVISIÓN DE CASOS

AUTORES: Castro Manzanares M, Santandreu Estelrich Mm, Arrufat Goterris G, Sastre Martorell MI, Cervera Peris M, Delgado Sanchez O.

Hospital Universitario Son Espases. Carretera Valldemossa 79, 07120. Islas Baleares. España

INTRODUCCIÓN: La disfunción hepática es una complicación metabólica ligada a la Nutrición Parenteral Total (NPT) descrita como el aumento de más de dos veces el valor normal de referencia de las enzimas hepáticas: gammaglutamil transpeptidasa (GGT) y/o bilirrubina total (BT). A pesar de haberse propuesto diferentes teorías en relación a la patogénesis del cuadro, su etiología no está bien definida. Es probable que intervengan varios factores al mismo tiempo. Podemos dividir estos factores de riesgo en tres grandes grupos:

- 1) derivados de la alteración de la función intestinal secundaria a la ausencia de estímulos enterales;
- 2) componentes de la NP que actúen como tóxicos para el hígado o la ausencia de determinados nutrientes que ocasionen afectación hepática, y
- 3) la evolución propia de la enfermedad de base y posibles complicaciones de la misma (infecciones, etc...).

Por esta etiología poco definida y por su inespecificidad, el manejo de dicha complicación es controvertido. Se han propuesto varias opciones para resolverla mediante la NPT: administrar la NPT en ciclos, sustituir la fuente de aminoácidos por solución de aminoácidos con taurina o dar alimentación oral de manera trófica, aunque no está establecida la pauta adecuada en ninguna de ellas.

OBJETIVOS: Valorar la resolución de disfunción hepática asociada a NPT al ciclar la NPT y/o añadir taurina y/o iniciar alimentación trófica.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de pacientes adultos no críticos hospitalizados entre enero 2012 y abril 2015 con NPT y disfunción hepática desarrollada o previa a la NPT. La fuente de datos fue la del programa Nutriwin® y los resultados clínico-analíticos del programa Millenium®.

RESULTADOS: Se detectaron 10 pacientes, edad media 48.3 años (20-70), 5 hombres. 2 pacientes tenían disfunción hepática previa.

En 5 pacientes se aplicaron varias medidas (ciclado de la NPT y/o administración de taurina y/o alimentación trófica), en 4 pacientes se cicló la NPT y en 1 paciente solo se modificó la solución de aminoácidos. La duración media de la NPT ciclada fue 35.8 días (3-145) y el tiempo medio de ciclado de 17.6 h (20-12); la duración media de la NPT fue de 48.6 días (13-196). En 5 pacientes no se pudo iniciar alimentación hasta fin de la NPT.

La resolución de la disfunción hepática (entendida como vuelta a los valores de normalidad) no se consiguió en ninguno de los pacientes durante la intervención; sí hubo tendencia a una mejoría en 3 de 9 casos (1 paciente sin valores analíticos), que se consolidó al fin de la NPT. La resolución total solo se dio en 2 pacientes al alta (2 sin datos analíticos). De los dos pacientes con disfunción hepática previa solo existen datos analíticos de uno de ellos, el cual no empeoró en sus parámetros hepáticos y tenía tendencia incluso a mejorar, pero no se llegó a consolidar por éxitus.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra la resolución de la disfunción hepática con las medidas terapéuticas descritas en la literatura no se logró en ninguno de los pacientes evaluados.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

355. EFECTOS NUTRICIONALES E INFLUENCIA EN LA MORBI-MORTALIDAD DE LA DIETA INMUNOMODULADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE COLON EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL.

AUTORES: Soriano Irigaray L, Moya Forcén Pj, Arroyo Sebastian A, Miranda Tauler E, Calpena Rico R, Ramirez Rodriguez Jm.

Hospital General Universitario De Elche. Camino De La Almazara N°11. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: El uso de preparados nutricionales enriquecidos con nutrientes específicos, tales como arginina, ácidos grasos ω -3, glutamina, y otros, pueden producir un aumento de la respuesta inmune, a la vez que modulan la respuesta inflamatoria, y mejoran la síntesis de proteínas tras la cirugía. El objetivo del presente estudio es comprobar si la aplicación conjunta de la inmunonutrición junto a un programa de rehabilitación multimodal mejora los resultados de morbi-mortalidad e ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, aleatorizado, multicéntrico llevado a cabo en 6 hospitales españoles. Los pacientes reclutados se incluyeron en dos ramas de tratamiento: nutrición enteral (NE) con una fórmula hiperproteica e hipercalórica, y NE con inmunonutrientes, durante 7 días preoperatorios y 5 postoperatorios. Durante el postoperatorio se valoraron complicaciones infecciosas y no infecciosas y la estancia total.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron un total de 122 pacientes (61 pacientes por grupo). La mediana de estancia fue de 5 días (3-52), sin existir diferencias entre grupos. La tasa global de complicaciones fue del 32,8 % (32,8 y 32,8% respectivamente), con una tasa de complicaciones quirúrgicas del 21,3% (24,6 y 18% respectivamente) y una tasa de complicaciones infecciosas del 18% (21,3 y 14,8% respectivamente) sin existir diferencias en ninguno de los grupos. La tasa de infección del sitio quirúrgico fue globalmente del 10,7% (16,4 y 4,9 % respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,040$).

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el uso de preparados nutricionales enriquecidos con inmunonutrientes parece disminuir la incidencia de infección del sitio quirúrgico, sin embargo, no aporta mejoría en la tasa global de complicaciones ni en la estancia hospitalaria, respecto a los preparados estandar actualmente utilizados. FINANCIACIÓN. Estudio realizado con financiación de La Fundación Mutua Madrileña (Proyecto UGP-13-047).

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

202. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA

AUTORES: García Lagunar Mh, García Simón Ms, Muñoz García I, Gutiérrez Cívicos Mdr, Lacruz Guzmán D, Mira Sirvent Mc.

Hospital General Universitario Santa Lucia. Mezquita S/N - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Elaborar una guía actualizada de administración por sonda nasogástrica (SNG) de los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, destinada al personal sanitario, fundamentalmente al personal de enfermería, con el objetivo de fomentar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la elaboración de la guía, se creó una base de datos con los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital susceptibles de ser administrados en pacientes con sonda nasogástrica. Para cada principio activo se indicaron las formas farmacéuticas disponibles, su nombre comercial, la posibilidad de administrarse por SNG, en caso negativo las posibles alternativas y las recomendaciones sobre su administración y la compatibilidad con la nutrición enteral (NE).

Se realizó una búsqueda bibliográfica en otras guías de administración por SNG, fichas técnicas y consultas a departamentos técnicos de laboratorios farmacéuticos.

En caso de disparidad de la información se seleccionó la guía de mayor peso científico, la más reciente y aquella en la que los autores hubiesen realizado pruebas empíricas. En caso de no encontrarse información o aparecer de manera ambigua, se solicitó directamente al laboratorio comercializador.

La información se estructuró en forma de fichas de fácil lectura, indexadas por principio activo y nombre comercial para facilitar una rápida consulta y se puso a disposición del personal sanitario en el apartado del Servicio de Farmacia de la intranet del hospital.

En la introducción se indicaron técnicas generales de administración de medicamentos por SNG.

RESULTADOS: Se evaluaron 384 medicamentos (197 principios activos) que se clasificaban en: 231 comprimidos (60,16%), 53 cápsulas (13,80%), 40 soluciones orales (10,42%), 18 sobres (4,69%), 15 ampollas (3,91%), 13 grageas (3,38%), 9 gotas orales (2,34%), 4 viales (1,04%) y 1 polvo granulado (0,26%). De los medicamentos incluidos en la guía: 345 (89,84%) se pueden administrar por SNG (184 principios activos) y en los 39 restantes (10,16%) no se recomienda esta vía, aunque de estos últimos, en 31 se indica una alternativa. De los 345 medicamentos que se pueden administrar por SNG, 236 (68,41%) son compatibles con la NE y 99 (28,70%) no son compatibles, de éstos: 18 se deben administrar antes, 3 se deben administrar después y 78 se pueden administrar antes o después de la NE; en los 10 medicamentos restantes (2,89%) no existen estudios al respecto.

CONCLUSIONES: Esta guía fomenta la administración segura de medicamentos en pacientes con SNG, siendo una herramienta útil, accesible y de fácil manejo para el personal de enfermería.

La elaboración de esta guía ha permitido estandarizar la administración de medicamentos por SNG, informar y concienciar al personal implicado en este proceso de su importancia, y participar de forma activa al Servicio de Farmacia en el proceso de administración de medicamentos.

La guía elaborada ofrece unas recomendaciones contrastadas y unificadas para la administración de medicación por SNG que contribuirán a disminuir los errores de selección, manipulación y administración de la medicación y la nutrición enteral, potenciando así la calidad en la asistencia sanitaria y la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

681. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE INTERCAMBIO DE FÓRMULAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL PROTOCOLIZADAS POR FÓRMULAS COMERCIALES TRICAMERALES

AUTORES: Sánchez Ruiz A, Dominguez Aguado Mb, Merino Almazan M, Vargas Lorenzo M, Del Moral Alcazar Mc, Caba Porras I.

Complejo Hospitalario Jaén. Avd, Del Ejercito Español, 10. Jaén. España

OBJETIVOS: Diseñar una guía con una serie de recomendaciones que faciliten el intercambio por parte del Servicio de Farmacia de fórmulas de nutrición parenteral protocolizadas (NPP) por fórmulas de nutrición parenteral comerciales (NPC) en situaciones imprevistas, lo más equivalentes posibles, y evaluar la composición de las fórmulas de NPC disponibles en nuestro Servicio comparándolas con nuestras NPP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogió la composición de todas las fórmulas de NPP usadas en nuestro Servicio de Farmacia (programa de prescripción electrónica Nutriwin) y de las fórmulas de NPC de que se dispone, revisando las fichas técnicas de las mismas.

RESULTADOS: En nuestro Servicio de Farmacia disponemos de las siguientes NPC con la siguiente composición: Periférica (NPCP): 55g proteínas, 200g glucosa y 50g lípidos, 1520 kcal, osmolaridad 750mosm/L. Central1 (NPCC1): 70g proteínas, 240g glucosa y 80g lípidos, 2030 kcal. Central2 (NPCC2): 100g proteínas, 250g glucosa y 75g lípidos, 2150 kcal. Central3 (NPCC3): 41g proteínas, 160g glucosa y 40g lípidos, 1205 kcal. En cuanto a electrolitos y otros micronutrientes cabe destacar que NPCC3 no contiene sodio, potasio, calcio ni magnesio, y solo contiene 3mmol

de fósforo. NPCC1 contiene 64mEq Na frente a los 80mEq Na de NPCC2. NPCC1 tiene 106mEq de acetatos, siendo casi el doble lo contenido en NPCC2, con 209mEq (esto es un factor a tener en cuenta en situaciones de alcalosis metabólica). NPCC1 es la única NPC de que disponemos que se puede administrar por vía periférica. Así, a cada NPC se le asignaron una serie de NPP por las que está indicada su sustitución. Dentro de cada grupo se deberá variar el ritmo de infusión en función de los requerimientos calóricos, teniendo presente que de esta forma variará también el aporte de fluidos y de electrolitos como el K. Así mismo habrá que considerar si la dieta prescrita al paciente contenía cantidades pautadas de insulina, ya que la fórmula comercial no la contiene (importante en pacientes diabéticos, riesgo de hiperglucemia). NPCC1 se escogió para sustituir NPP de pacientes con bajo grado de estrés, con aporte de proteínas 72-81g y relación kcal no prot/g N 113-115. NPCC2 se escogió para usarse en lugar de NPP prescritas en pacientes con alto grado de estrés, con 94-106g proteínas y kcal no prot/g N 87-115, debido a su mayor contenido en nitrógeno. Por último, NPCC3 se eligió para usar en lugar de NPP renales o cuando exista indicación de restringir algún electrolito, siendo la principal diferencia el menor aporte de kcal, lo cual se puede resolver administrando 2 bolsas, en cuyo caso habrá que tener en cuenta que se aportarán 2000ml de volumen.

CONCLUSIONES: La realización de una guía de intercambio por parte del Servicio de Farmacia permite adecuar en mayor medida las características de la NP al estado y patología del paciente en situaciones de imprevisto, suponiendo así un valor añadido en la seguridad y en el soporte nutricional del paciente ingresado.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

468. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL HIPOCALÓRICA PERIFÉRICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE AGUDOS

AUTORES: Vazquez Polo Ma, Senón Agost A, Favieres Puigcerver C, López Briz E, Poveda Andrés JI. Hospital La Fe. Av. Fernando Abril Martorell N° 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de la nutrición parenteral hipocalórica periférica (NPHP) en pacientes adultos ingresados en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional de dos meses de duración (octubre-noviembre 2014). Se evaluó la utilización y el seguimiento realizado en pacientes adultos con NPHP ingresados en unidades de hospitalización distintas a las unidades de críticos.

Los datos recogidos de la historia clínica informatizada fueron: datos antropométricos, servicio clínico, diagnóstico, motivo de inicio de la NPHP, duración del tratamiento con NPHP, cantidad administrada, suplementación con nutrición enteral o dieta oral, motivo de finalización, seguimiento nutricional y alteraciones bioquímicas.

Se evaluó la adecuación de la NPHP a las recomendaciones de utilización de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE).

La NPHP utilizada fue de 2000 ml con 1400 Kcal., bajo contenido de electrolitos y sin vitaminas ni oligoelementos.

RESULTADOS: Se estudiaron 166 pacientes con NPHP (61% hombres), edad media de 62 años (22-87).

Los datos obtenidos fueron:

Servicios prescriptores: Cirugía Digestiva 36,74%, Cirugía Hepática 16,86%, Oncología 16,26%, y Hematología 8,43%.

Duración de la NPHP: menor de 7 días 67%, entre 7 y 10 días 19% y más de 10 días 14%.

Al 26% de los pacientes se les midieron los parámetros de peso y altura. A ningún paciente se le realizó valoración nutricional.

El 81% de los pacientes la combinaron con dieta oral, el 27% con nutrición enteral y el 12% los pacientes estaban en dieta absoluta. Al 65% se les pautó suplementos vitamínicos.

A todos los pacientes se les realizó una analítica básica semanal (glucosa, sodio, potasio y cloro), sólo al 40% se le realizó una completa (proteínas, albúmina, triglicéridos, fósforo, magnesio).

Motivo de inicio: ingesta escasa: 28,5%, vómitos y náuseas: 25,3%, diarreas: 13,3%, problemas de deglución: 13,25%, problemas de absorción: 5,5%.

Motivo de la retirada: 76,5% tolerancia oral, 17% paso a nutrición parenteral total, exitus: 6.5%.

Todos recibieron la NPHP en su totalidad.

Alteraciones analíticas detectadas: hiperglucemias: 31,3%, hiponatremia: 17%, alteraciones en el cloro: 9%, hipopotasemia: 21%. Los pacientes con analítica completa presentaron: hipertrigliceridemia: 70%, hipoalbuminemia: 80%, hipoproteinemia: 77%, hipofosfatemia: 18%, hiperfosfatemia: 74,3%, e hipomagnesemia: 94%

CONCLUSIONES: Sólo al 26,5% de los pacientes se les midió las medidas antropométricas. A ninguno se le realizó los cálculos nutricionales, ni se les realizó seguimiento.

Los servicios quirúrgicos fueron los que más NPHP utilizaron, destacando el de digestivo y hepático.

La NPHP se utilizó mayoritariamente como transición a la tolerancia oral o enteral. Más de la mitad de los pacientes recibieron complementos vitamínicos. El periodo de utilización se adaptó a las recomendaciones de la SENPE.

En cuanto al estado nutricional de los pacientes, sólo al 40% se les realizó una analítica completa, encontrándose alterados los parámetros nutricionales en el 80% de los pacientes.

Aunque los aportes calóricos serían adecuados según las recomendaciones de la SENPE, las necesidades electrolíticas no se cubrieron en la mayoría de los casos. Las alteraciones más frecuentes fueron las relacionadas con el potasio, fósforo y magnesio.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

325. EVALUACIÓN DE UN MÉTODO DE SCREENING NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL SOMETIDAS A CIRUGÍA SUGARBAKER

AUTORES: Gallego Iglesias B, Montañes Pauls B, Liñana Granell C, Mendoza Aguilera M, Alvarez Martín T, García Martínez T.

Hospital General De Castellón. Avenida De Benicassim S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Evaluar si el valor predictivo del cribado nutricional, para determinar el riesgo de desnutrición en pacientes sometidos a procedimiento Sugarbaker en carcinomatosis peritoneal, es indicativo de desnutrición en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio prospectivo de pacientes con carcinomatosis peritoneal intervenidas por el procedimiento Sugarbaker desde enero del año 2013 hasta marzo del 2015. La detección de desnutrición previa a la intervención nos va a permitir actuar recomendando un tratamiento nutricional vía oral, enteral o parenteral previo. El cribado nutricional consiste en recoger datos de índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de pérdida de peso (%PP), y en base a ello, establecer si existe riesgo de desnutrición. La valoración nutricional completa se realiza cuando el cribado detecta riesgo de malnutrición en un paciente, y determina el grado (leve, moderada o severa) y tipo (calórica, proteica o mixta) de desnutrición. Se evalúan con los siguientes datos: albúmina (g/dl), transferrina (mg/dl), linfocitos (cels/mm³), colesterol (mg/dl), IMC, %PP, tipo de alimentación, dificultad para alimentarse, actividad cotidiana, otras enfermedades de base, tratamiento oncológico previo, ascitis y datos antropométricos (pliegue cutáneo tricipital y circunferencia muscular braquial). Según los resultados se ha realizado la intervención individualizada más apropiada. A todas las pacientes de nuestro estudio se les han aplicado los dos métodos de valoración nutricional antes de la intervención quirúrgica: cribado y valoración completa, debido a que en este tipo de pacientes oncológicas, se sospecha de una malnutrición más acusada, ya que en la mayoría de las ocasiones presentan ascitis e incluso aumento de peso (debido al tamaño del tumor), y por todo ello se sospecha que la utilización únicamente de un cribado inicial, que sólo valore modificaciones en el peso corporal, no sería indicativo de riesgo nutricional.

RESULTADOS: Se valoran un total de 32 mujeres con una media de edad de 63,72 ± 10,32 años (mediana: 65), todas ellas diagnosticadas de carcinomatosis peritoneal. En el cribado se detectan un 25% de pacientes desnutridas, mientras que con la valoración completa se detectan un 62,5% del total de pacientes. De todas las pacientes desnutridas un 65% eran mayores de 65 años (inclusive), un 40% sufren desnutrición tipo proteica (87,5% leve y 12,5% moderada), un 30% desnutrición tipo calórica (83,33% leve y 16,67% moderada), y otro 30% desnutrición tipo mixta (50% leve y 50% moderada). Un 9,4% de pacientes desnutridas presentó signos de disfagia en la valoración.

CONCLUSIONES: Se requiere realizar una valoración nutricional completa a todas las pacientes con carcinomatosis peritoneal sometidas al procedimiento Sugarbaker, ya que un primer cribado nutricional no detecta todos los casos de malnutrición (37,5%). La detección de desnutrición es fundamental para mejorar la calidad de vida, supervivencia y capacidad de tolerancia al tratamiento multidisciplinar de la carcinomatosis peritoneal.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1241. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SEFH PARA EL USO SEGURO DE BOLSAS TRICAMERALES DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: Laso Lucas E, Sanchez Hernandez Jg, Garcia Garcia Mp, Malpartida Flores M, Garcia Gonzalez D, Calvo Hernandez Mv.

Hospital Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente, 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de cumplimiento de las buenas prácticas (BP) para el uso seguro de las bolsas tricamerales de nutrición parenteral (BTNP) recientemente publicadas por la SEFH.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de un mes de duración (marzo 2015), en el que se analizan todas las prescripciones de BTNP. Los criterios de BP se clasifican en cuatro categorías, según el artículo publicado (Farma Hosp. 2014; 38(5): 389-397): A- Prescripción, B- Validación farmacéutica, C- Preparación y D- Administración. Se seleccionaron y evaluaron el cumplimiento de ocho de los criterios de BP: A.1-Solicitud mediante procedimiento estandarizado como el resto de Nutriciones Parenterales (NP); B.1-Validación farmacéutica; B.2-Dispensación individualizada; B.3- No existir BTNP en stocks de planta; C.1-Suplementar BTNP con micronutrientes; C.2- Incorporar dichos suplementos en la cabina de flujo laminar; C.3- Realizar la validación galénica; D.1- Identificar las BTNP con una etiqueta completa.

Los datos se obtuvieron con el módulo de gestión del programa Farmatools® y el programa de gestión y preparación de NP Nutriwin®.

Los datos fueron registrados en un archivo Microsoft Excel® y procesados estadísticamente.

Los resultados se expresan como porcentaje de cumplimiento para ser comparados con el ideal del 100%.

RESULTADOS: Durante el mes de análisis se analizaron 120 prescripciones de BTNP, siendo los servicios más demandantes: Cirugía general (37.5%), Hematología (12.5%), Digestivo (10.9%), Oncología (10.8%) y otros (28.3%).

Las BTNP disponibles en nuestro hospital son Oliclinomel 1500mL, Oliclinomel 2500mL y Smofkaviven 1904 mL, todas ellas para administración vía periférica.

La duración media de la NP fue de 3,76 (DE=7,24).

El 100% de las prescripciones de BTNP se realizaron en la orden de tratamiento, sin utilizar el procedimiento estandarizado para NP (criterio A.1). Se realizó una validación farmacéutica relacionada con los requerimientos del paciente y acceso vascular en el 34.9% de las prescripciones (criterio B.1), correspondiendo a BTNP suplementadas con vitaminas y oligoelementos, y/o cloruro potásico. En todos los casos, la dispensación fue individualizada, a través del circuito de unidosis (criterio B.2). Excepcionalmente, existen tres unidades que cuentan con un pequeño stock (criterio B.3). Solamente las prescripciones validadas (34,9%) se desvían del circuito de unidosis hacia el área de nutrición clínica para su suplementación (criterio C.1). En el 100% de los casos en los que la BTNP se suplementó, ésta se realizó en una cabina de flujo laminar (criterio C.2), con la consiguiente validación galénica (criterio C.3). Son estas mismas BTNP las que se identificaron con una etiqueta completa (criterio D.1).

CONCLUSIONES: Las prácticas de uso de las BTNP en nuestro hospital están muy alejadas de los estándares recomendados. Esta evaluación inicial servirá para el diseño y adopción de medidas de mejora que incrementen la calidad de la prescripción y utilización de las BTNP.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

116. IMPLANTACIÓN DE UN CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES

AUTORES: Montegrosso Peretti Mv, Romero Jimenez Rm, Monge Garcia B, Ruiz Martinez C, Gonzalez Sanchez A, Sanjurjo Saez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Dr. Esquerdo, 47. Madrid. España

OBJETIVO: La Nutrición Parenteral (NP) es una terapia de elevada complejidad incluida en la categoría de medicamentos de alto riesgo del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Según las recomendaciones del Consenso Español sobre la preparación de mezclas nutrientes parenterales 2008, se debe realizar un control de calidad de producto terminado. La Agencia Europea para la Evaluación del Medicamento recomienda que el 100% de las NP elaboradas deben presentar un error gravimétrico inferior al 5%. El objetivo de este trabajo fue implantar un control gravimétrico de las NP elaboradas en un Servicio de Farmacia y analizar los errores gravimétricos detectados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el mes de febrero de 2015 se solicitaron a los laboratorios fabricantes las densidades de todos los productos utilizados en la elaboración de NP para pacientes adultos y pediátricos y se introdujeron en la aplicación de control gravimétrico del programa informático MedicalOne Parenteral, que calcula el peso teórico de la NP teniendo en cuenta la densidad de cada componente y el volumen utilizado. Posteriormente, desde el 1 de marzo de 2015 al 31 de mayo de 2015, se pesaron todas las NP de pacientes adultos (NPA), de pacientes pediátricos no neonatos (NPP) y de neonatos (NPN) elaboradas en el Servicio de Farmacia. Este peso se definió como peso real. El error gravimétrico se calculó en porcentaje respecto al peso teórico [Error gravimétrico(%)= (peso real-peso teórico) x 100/peso teórico]. Las NP cuyo error gravimétrico no se encontraba en el margen de $\pm 5\%$, se consideraron incorrectas y fueron retiradas y elaboradas de nuevo.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, se realizó el control gravimétrico en un total de 2279 NP. Se pesaron 1594 NPA, de las cuales 15 (0,94%) tuvieron un error gravimétrico > 5% establecido. De las 150 NPP, ninguna fue incorrecta y de las 535 NPN, 30 (5,61%) fueron incorrectas. Las NP incorrectas fueron retiradas y elaboradas de nuevo. Las medias de los errores gravimétricos de las NP que no estaban dentro del rango establecido fueron 9,96% (SD=8,13) en las NPA y 7,65% (SD= 3,54) en las NPN.

CONCLUSIONES: La implantación del control gravimétrico como método de control de calidad de las NP permitió detectar errores producidos durante el proceso de elaboración y evitar que estos errores llegaran al paciente. El número de errores detectados fue mayor en las NPN que en las NPA, siendo mayor la media del error gravimétrico detectado en las NPA incorrectas. En ambos tipos de NP, la media del error gravimétrico detectado estuvo cercano al límite del 5%.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1144. INCREMENTO PRESUPUESTARIO EN LA PREPARACIÓN DE NUTRICIÓN PARARENTERAL POR NO DISPONER TEMPORALMENTE DE SALA BLANCA

AUTORES: Martín Casasempere I, Vázquez Castillo Mj, Rubio Cebrián B, Picazo Sanchiz G, Santaolalla García I, Segura Bedmar M.

Hospital Universitario De Móstoles. Río Júcar, S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Determinar el impacto económico que supone la fabricación a terceros de nutrición parenteral por no disponer de una sala blanca en el Hospital durante un periodo de 14 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 14 meses de duración (Febrero 2014-Marzo 2015), en un hospital de especialidades de 400 camas. El no disponer de forma temporal de sala blanca para la preparación de nutrición pararenteral hizo necesario la adquisición a terceros y el desarrollo de un circuito de prescripción y adquisición de nutrición parenteral. Los médicos debían ajustar su prescripción a las mezclas ternarias comerciales disponibles en el hospital y/o prescribir una dieta parenteral a medida fabricada por una empresa externa. Se han considerado sólo los costes directos de adquisición de: mezclas ternarias comerciales y dietas a medida fabricadas por terceros, comparando se con los productos que hubieran sido necesarios para la preparación en el hospital. Los datos se han obtenido del programa de gestión económica Farmatools. Durante el estudio, los recursos humanos del servicio de farmacia destinados a la preparación de nutrición parenteral no se vieron modificados.

RESULTADOS: En los 14 meses de estudio, se adquirieron un total de 3234 nutriciones pararentales, de las cuales 1553 fueron nutriciones a medida con un precio medio por unidad de 74.29 euros, y 1681 fueron mezclas ternarias comerciales con un precio medio por unidad de 38.83 euros. El gasto total en nutrición parenteral comprada a laboratorios externos durante los 14 meses de estudio, fue de 180645.6 euros. El precio medio teórico de nutrición parenteral fabricada en la farmacia de nuestro hospital es de 27,51 euros por unidad, el coste teórico de la preparación de la nutrición parenteral en el servicio de farmacia durante el periodo de estudio hubiese sido de 88967.34 euros, siendo el incremento presupuestario en nutrición parenteral de 91678.26 euros.

CONCLUSIONES: El no disponer de sala de preparación durante 14 meses, supuso un aumento del 103.05% en el gasto de nutrición parenteral. Los datos obtenidos en el estudio reflejan el gran impacto económico que supone el no disponer de forma temporal de sala blanca en un hospital general de tamaño medio.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

594. INFLUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO EN COMPLICACIONES POSTGASTRECTOMIA TOTAL

AUTORES: Vázquez López C, Mayorga Bajo I, Alonso Castañé Md, Castro Domínguez Jm, Feijoo Melendez D, Piñeiro Corrales G.

Eoxi Vigo. Complejo Asistencial De Leon. Meixoeiro S/N. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Establecer la relación entre el grado de desnutrición preoperatorio de pacientes con riesgo nutricional, diagnosticados de neoplasia gástrica y sometidos a gastrectomía total con la aparición de complicaciones postquirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo entre enero y diciembre de 2013. Se incluyeron un total de 27 pacientes con riesgo nutricional (20 hombres y 7 mujeres) de 72,11±12,18 años de edad, diagnosticados de neoplasia gástrica y a los que se practicó una gastrectomía total. Se estratificó a los participantes en función de su grado de desnutrición preoperatoria en: pacientes con desnutrición leve, moderada o severa; según el sistema CONUT® para la detección y monitorización de desnutrición clínica basado en datos analíticos de albumina sérica,

colesterol total y % de linfocitos. Se evaluaron, en cada uno de los grupos, la estancia hospitalaria y las complicaciones postquirúrgicas: dehiscencia de anastomosis/peritonitis, infecciones (del catéter y neumonías), exitus y otras complicaciones (ileo paralítico, empiema, hemorragias digestivas y abscesos). Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada (IANUS®) y se analizaron mediante excel.

RESULTADOS: Se incluyeron 27 pacientes, de los cuales 11 (9 hombres y 2 mujeres) tenían una desnutrición leve, 10 (8 hombres y 2 mujeres) moderada y 6 (3 hombres y 3 mujeres) severa, con $72,09 \pm 11,04$; $73,3 \pm 10,64$ y $70,16 \pm 17,78$ años de edad respectivamente. El Índice de masa muscular (IMC) fue de $29,08 \pm 3,89$ en el grupo con desnutrición leve; $24,83 \pm 2,76$ en el de moderada y $26,81 \pm 3,72$ en el de severa. La estancia hospitalaria fue de $16,18 \pm 6,58$ días para pacientes con desnutrición leve; $45,8 \pm 22,55$ con desnutrición moderada y $36,5 \pm 6,74$ con desnutrición severa. En relación a las complicaciones postquirúrgicas: el 83,33% de los pacientes con desnutrición severa presentaron dehiscencias de anastomosis/peritonitis, el 40% en el grupo con desnutrición moderada y ninguno de los del grupo con desnutrición leve; presentaron infecciones el 27,27% de los pacientes con desnutrición leve, el 60% con desnutrición moderada y el 0% con desnutrición severa. Exitus: 27,27% con desnutrición leve, 40% con desnutrición moderada y 33,33% con desnutrición severa. Otras complicaciones: 27,27% con desnutrición leve, 60% con desnutrición moderada y 33,33% con desnutrición severa.

CONCLUSIONES: El estado nutricional previo a situaciones de estrés, como una gastrectomía total, en la que los pacientes se encuentran en un estado hipercatabólico, determina la aparición de complicaciones postquirúrgica y la duración de la estancia hospitalaria.

Los pacientes que presentan un grado de desnutrición moderada-severa tuvieron estancias hospitalarias más prolongas y más complicaciones quirúrgicas, que los pacientes con desnutrición leve.

La incidencia de problemas con la cicatrización de heridas y por lo tanto con la aparición de dehiscencias de anastomosis se incrementa con el grado de desnutrición.

La incidencia de infecciones y de otras complicaciones fue superior en el grupo con desnutrición moderada que en el de desnutrición leve.

El grupo con mayor mortalidad es el de desnutrición moderada seguido de cerca por el de desnutrición severa.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

525. INMUNONUTRICIÓN, CIRUGÍA COLORRECTAL Y FAST-TRACK

AUTORES: Soriano Irigaray L, Moya Forcén Pj, Arroyo Sebastian A, Miranda Tauler E, Calpena Rico R, Navarro Ruiz A. Hospital General Universitario De Elche. Camino De La Almazara N°11. Alicante. España

OBJETIVO: El soporte nutricional ha evolucionado sensiblemente en los últimos años, incorporando nutrientes especiales, es lo que se ha denominado Inmunonutrición (IN). El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica disponible del uso de inmunonutrición perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía colorrectal (CCR) dentro de un programa Fast-Track (FT) o de rehabilitación multimodal.

MÉTODO: Análisis crítico y sistemático de la literatura científica a partir de la consulta de las principales bases de datos biomédicas: MEDLINE (Pubmed), EMBASE. Se utilizaron los Descriptores (MeSH): "Immunonutrition", «Colorectal Surgery" y "fast-track" en combinación para obtener los artículos relevantes. Se analizaron los artículos incluidos y se recogieron las variables diseño, tratamiento administrado a cada grupo, número de pacientes total y perteneciente a cada grupo, variables recogidas en cada estudio y **RESULTADOS.**

RESULTADOS: Destacar que no se encontró ningún trabajo donde se combinara inmunonutrición en CCR dentro de un programa FT. El resultado del proceso de búsqueda permitió seleccionar 14 artículos con los descriptores "Immunonutrition" y "Colorectal Surgery", y finalmente se incluyeron en el estudio 6. Los trabajos incluyeron entre 28 y 200 pacientes. Los inmunonutrientes incluidos en los suplementos nutricionales orales fueron: arginina, ácidos grasos ω -3 y ácido ribonucleico. Se hallaron diferencias significativas en la variable principal tasa de infección en 3 de los 6 estudios incluidos a favor de la IN/suplementación oral estándar (ONS). En el estudio de Braga et al. (N= 171) se encontraron diferencias ($p=0.02$) en cuanto a la tasa de infecciones (24% en el grupo ONS y un 11% en el grupo con IN). En un estudio posterior de Braga et al. (N=200) donde se comparan 4 grupos (IN preoperatoria, IN perioperatoria, ONS perioperatoria y un grupo sin suplementos nutricionales orales) comunican una tasa global de infección del 12% en el grupo IN preoperatorio, 10% en el grupo IN perioperatorio, 32 % en el grupo ONS perioperatoria y 30% en el grupo sin suplementación, con una $p < 0.05$).

CONCLUSIONES: Los datos analizados parecen indicar que la IN disminuye la tasa global de infecciones en los pacientes con CCR que van a someterse a cirugía, si bien se necesitan posteriores estudios para conocer el papel de la IN en el pronóstico de estos pacientes. Queda también por responder, el papel que la IN puede desempeñar dentro de un programa FT.

328. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL DISEÑO Y SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA

AUTORES: Gallego Iglesias B, Montañes Pauls B, Liñana Granell C, Alvarez Martín T, Mendoza Aguilera M, Pascual Marmaneu Ó.

Hospital General De Castellón. Avenida De Benicassim S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Describir el procedimiento de individualización del soporte de nutrición parenteral, así como las intervenciones farmacéuticas realizadas al respecto en una unidad de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio observacional, retrospectivo en pacientes con soporte nutricional parenteral total desde enero del 2014 a diciembre del 2014 en la Unidad de Cirugía de un hospital de tercer nivel. En primer lugar, se valora la indicación de la nutrición parenteral total (NPT) solicitada para el inicio y, en base a ello, se realiza un cálculo de los requerimientos adaptados a la situación clínica de cada paciente. Posteriormente, el farmacéutico revisa a diario los parámetros analíticos y nutricionales, el balance hídrico, las glucemias digitales (tres veces al día), así como la evolución del paciente. Finalmente, se realiza un pase de visita a la planta para verificar, contrarrestar la información y evaluar la situación clínica del paciente. Se recogen los siguientes datos: historia clínica, edad, sexo, peso, diagnóstico, enfermedad asociada (diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia hepática), días con NPT, modificaciones de nutrientes, electrolitos, volumen y de la velocidad y tiempo de administración de la nutrición.

RESULTADOS: Se incluyeron 111 pacientes (45 % hombres, media de edad $67 \pm 15,5$ años, mediana de 74), los cuales llevaron un total de 1.084 NPT (media de $9,8 \pm 10,1$ días de NPT/paciente). El farmacéutico intervino al inicio de la NPT en el 100% de los casos para realizar su individualización. Posteriormente, se realizaron 1.057 modificaciones (97,5%). De los cambios realizados un 20,4% corresponde a cambios en el volumen de la NPT. En cuanto al aporte de nutrientes se han realizado 426 modificaciones (40,3%), de las cuales un 19,7% corresponde al aporte de proteínas, un 6,3% a la cantidad lípidos, y un 14,3% a los hidratos de carbono. Un 9,7% de los pacientes necesitaron la adición de insulina dentro de la bolsa de nutrición, requiriendo un 19,4% de estos, modificaciones de la dosis. En un 29,6% de los casos se necesitó modificar el aporte de electrolitos presentes en la bolsa: el 21,1% corresponde a cambios en los aportes de sodio, 31% cambios en el potasio, 8,3% en el calcio, 32,3% en el cloro y 7,3% en el magnesio. No se realizó ninguna modificación en cuanto a la velocidad y el tiempo de administración de la nutrición durante el periodo de estudio. Se adaptó la NPT a un 1,8% de los pacientes con nutrientes específicos para insuficiencia hepática, y en 3,6 % con nutrientes específicos para insuficiencia renal. Un 96% de las nutriciones y de las modificaciones propuestas por el farmacéutico fueron aceptadas por los clínicos.

CONCLUSIONES: La individualización de la nutrición parenteral, así como las modificaciones de la misma, realizando un seguimiento diario de la evolución clínica del paciente permite adaptar el soporte nutricional a los requerimientos individuales de los pacientes. Dicha intervención realizada por el servicio de farmacia es aceptada ampliamente por el equipo médico del hospital.

28. MEJORA DE PESO Y CALIDAD DE VIDA TRAS EVALUACION Y SOPORTE NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE HOSPITAL DE DIA

AUTORES: Mercadal Orfila G, Lluch Taltavull J, Lacueva Guallar J, Blasco Mascaro I, Romero Del Barco R, Adrover Obrador M.

Hospital Mateu Orfila. Ronda De Malbuger, 1. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Valorar la situación de todos los pacientes oncológicos de Hospital de Día mayores de 18 años, que van a iniciar tratamiento con radioterapia o quimioterapia.

Establecer un plan de soporte nutricional en función del resultado de la valoración realizada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han recogido los datos de pacientes oncológicos entre marzo de 2014 y marzo de 2015, registrando valores antropométricos: peso, talla, IMC y % pérdida de peso 6 meses; valores bioquímicos: albúmina, proteínas totales, colesterol total y linfocitos; edad, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico nutricional y calidad de vida con el cuestionario EORTC QLQ-C30.

Se aplicó un cribado nutricional con el Malnutrition Screening Tool (MST), y los pacientes que daban "positivo", se les completaba la valoración con la Valoración Global Subjetiva (VSG).

A los pacientes con un adecuado estado nutricional según la VSG, clasificados en el grupo A, se les ha entregado unas recomendaciones generales sobre la base de una alimentación saludable. En cuanto, a los pacientes clasificados en el grupo B (riesgo de malnutrición o malnutrición moderada) y C (malnutrición severa), se hizo específicamente un soporte nutricional individualizado y ajustado a las necesidades de cada uno, con suplementación vía oral generalmente. Además, a todos los pacientes que lo precisaran se les dio recomendaciones específicas para el control de síntomas que dificultaban la alimentación.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 112 pacientes de los cuales en relación al cribado MST se observa riesgo de desnutrición en 71 pacientes (63,4%) (35 hombres y 36 mujeres) con una edad media de 64 años (43-86). La localización de tumor fue principalmente: 23,9% colorectal, 16,9% mama y 11,3% pulmón. En relación a la clasificación inicial por el método VSG el 32,9 % correspondieron al grupo A, un 57,1 % en el grupo B y un 10,0% C. En las valoraciones posteriores (3 y 6 meses), el porcentaje de pacientes clasificados como B bajó al 30,4% y C al 4,3%, de forma significativa ($p= 0,003$).

Del total de 71 pacientes con cribado positivo, un 85,9 % recibieron una intervención dietético-nutricional.

El cuestionario de calidad de vida del EORTC QLQ-C30 , constató una mejora tras la intervención (Puntaje 1ª visita: 59,81 vs Puntaje visita 6 meses: 56,73).

Además, transcurridos 6 meses, se ha observado una recuperación parcial del peso de unos 2,86 Kg.

CONCLUSIONES: La aplicación del test MST ha permitido detectar pacientes que inician tratamiento con radio o quimioterapia con riesgo de desnutrición.

La aplicación de este protocolo es útil, sencillo y podría facilitar la detección de malnutrición en los pacientes oncológicos, que se podrían beneficiar de una intervención nutricional específica durante su tratamiento de radioterapia o quimioterapia.

El soporte nutricional ha resultado eficaz mejorando la calidad de vida, y la recuperación parcial del peso perdido.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

705. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: Gómez Márquez Am, López Dóldan Mdc, Casado Vázquez L, Fernández González Mp, Varela Correa Jj, Fernández López Mt.

Complejo Hospitalario Universitario De Ourense. C/ Ramón Puga N° 52-54. Ourense. España

OBJETIVO: Evaluar el estado nutricional de pacientes institucionalizados en dos centros sociosanitarios con Servicio de Farmacia adscrito a nuestro hospital. Se trata de un análisis preliminar de los datos iniciales de un estudio que incluye un total de 276 pacientes de 11 centros.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal (aleatorizado del total de pacientes) realizado entre mayo-junio de 2014. Se excluyeron residentes menores de 65 años y con soporte nutricional especializado mediante nutrición enteral. Se recogieron las variables: sexo, edad, parámetros antropométricos, patologías asociadas, estado funcional, tipo de dieta (terapéutica o basal), textura, estado dental, disfagia estudiada, uso de espesantes e ingesta de la ración (75%). Realizamos el Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA®-SF) como técnica de cribaje nutricional definiendo estado nutricional normal (ENN) entre 12-14 puntos, riesgo nutricional (RN) entre 8-11 puntos y malnutrición (MN)

RESULTADOS: Estudiamos 26 pacientes con una media de 87,6 años (76-99). Un 76,9% eran mujeres. El 50% padecía demencia, el 46,1% enfermedad neurológica, el 30,8% insuficiencia cardíaca, el 29,9% diabetes mellitus, el 11,5% depresión y el 3,8% insuficiencia renal. Un 57,7% se declaraban autónomos, un 11,5% parcialmente dependiente pero con autonomía para la ingesta y el 30,7% eran totalmente dependientes. Sólo un 23,1% tenían dieta terapéutica. Un 50% de los pacientes tomaban dieta con textura modificada (23% fácil masticación, 38,5% túrmix, 38,5% túrmix todo triturado). En cuanto al estado dental un 30,8% eran edéntulos, un 46,1% portaba dentadura postiza y un 23,1% presentaba ausencia de piezas. El 7,7% de presentaba disfagia estudiada y un 15,4% necesitaba espesantes. El 2,8% tomaba

CONCLUSIONES: Los datos preliminares no han permitido alcanzar significación estadística pero hemos observado mayor frecuencia de alteración del estado nutricional en pacientes con demencia, diabetes mellitus y enfermedad neurológica así como en los totalmente dependientes. El ser edéntulo, la dieta con textura modificada y presentar una ingesta entre 50-75% o inferior fueron variables que afectaron en mayor proporción al estado nutricional de nuestros pacientes.

256. SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

AUTORES: Barrajón Pérez L, Bellver Albertos M, Taberner Bonastre P, Sangrador Pelluz C, Pérez Pons JC, Soler Company E.

Hospital Arnau de Vilanova. C/ San Clemente nº 12. Valencia. España

OBJETIVOS: Describir y analizar la calidad del soporte nutricional (SN) en pacientes quirúrgicos con seguimiento nutricional por la Unidad de Nutrición Artificial del Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 10 meses de duración (junio 2014–marzo 2015). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en Cirugía con SN en seguimiento por Farmacia. Se recogieron las siguientes variables: el tipo de nutrición, Nutrición Parenteral Total (NPT), Nutrición Parenteral Periférica (NPP) y Nutrición Enteral (NE), datos demográficos, diagnóstico, estado nutricional (según analítica nutricional y pérdida de peso reciente), complicaciones quirúrgicas y reanudación del SN tras retirarlo tempranamente. La calidad se evaluó según criterios ESPEN 2009: duración (días), inicio del SN pre o post-quirúrgico y número de días antes o después, indicación inadecuada de NPT (menos de 7 días). Se revisaron las historias clínicas informatizadas y el programa Nutridata®.

RESULTADOS: Se incluyeron 124 pacientes con SN en Cirugía; 68(54.8%) llevaron NPP, 49(39.5%) NPT, 2(1.6%) NE y 5(4%) nutrición mixta con NPT y NE. Se recogieron variables demográficas y se realizó la valoración del estado nutricional en 51(92.8%) de los 56 casos con NPT y NE (5 fueron pérdidas: 3 exitus y 2 traslados): edad media 66.2±15.8 años, 35(68.6%) hombres. En cuanto al diagnóstico de base: 34(66.6%) fueron pacientes quirúrgicos oncológicos: 22(43.1%) cáncer de colon y recto, 6(11.7%) cáncer gástrico, 4(7.8%) cáncer páncreas, 2(3.9%) cáncer vesícula; y 17(33%) patología no oncológica. Los resultados acerca del estado nutricional fueron: desnutrición severa 15(29.4%), desnutrición moderada 22(43.1%), desnutrición leve 13(25.5%) y 1 paciente (2%) normonutrido. Sufrieron complicaciones quirúrgicas 14(27.4%) pacientes, que requirieron una reintervención. Reiniciaron SN tras haberlo retirado 4(7.8%).

La duración media fue de 12.3±11.3 días. 9(17.6%) pacientes iniciaron SN preoperatorio (8.9±4.9 días antes de la intervención); y 42(82.4%) lo iniciaron tras la cirugía, (4.4±3.4 días después). De estos últimos, 21(41.2%) pacientes lo iniciaron en las primeras 48 horas post-intervención, como recomiendan las guías; y 5(9.8%) lo hicieron 10 días después o más. Respecto a la NPT, en 20 pacientes (40.8%) fue inadecuada, con una duración inferior a 7 días.

CONCLUSIONES: Estos resultados muestran que a más del 90% de los pacientes en seguimiento se les realiza una valoración del estado nutricional.

Con el fin de reducir el alto porcentaje de desnutrición (más del 70%), tanto severa como moderada, se deberán establecer medidas de cribado nutricional. Para evitar la desnutrición severa, sería recomendable implementar el SN preoperatorio con el fin de reducir complicaciones quirúrgicas y la estancia hospitalaria.

La proporción de pacientes perioperatorios con NE es más baja que la recomendada en la literatura, debiéndose determinar las causas, para así fomentar su utilización en caso necesario.

En lo referente al momento de inicio y a la duración de NP, es necesario valorar individualmente la indicación y conveniencia, para iniciar el SN de forma temprana en caso necesario, y para asegurar que su duración sea adecuada.

221. TOLERANCIA A EMULSIONES LIPÍDICAS INTRAVENOSAS UTILIZADAS EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO

AUTORES: De Orbe Izquierdo Ms, Parro Martín Ma, Navacerrada Cabrero Mi, Pérez Menéndez-Conde C, Bermejo Vicedo T, Botella Carretero Ji.

Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Crta Colmenar Vijeo, Km 9.100. Madrid. España

OBJETIVOS: Comparar la tolerancia bioquímica y hematológica de nutriciones parenterales totales (NPT) formuladas con la emulsión de triglicéridos de cadena media, aceite de oliva, de soja y de pescado (SMOFlipid®), frente a la mezcla de triglicéridos de cadena media y aceite de soja (Lipofundina®).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico retrospectivo de 3 meses de duración.

Se incluyeron a todos los pacientes que recibieron NPT ingresados en el Servicio de Cirugía y Digestivo de un hospital universitario de tercer nivel.

Se agrupó a los pacientes según el tipo de lípidos de la NPT. Para medir la tolerancia se analizaron los parámetros bioquímicos y hematológicos al inicio y al final de la NPT (glucemia, proteínas totales, bilirrubina, AST, ALT, GGT, FA,

recuento de leucocitos, neutrófilos y plaquetas, PCR). Otras variables registradas fueron la edad, sexo, peso, altura, calorías y lípidos de la NPT.

Se obtuvieron los datos de la base de datos de bioquímica y del programa de prescripción electrónica.

Se evaluó la diferencia entre los dos grupos mediante el test estadístico U Mann Withney.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 36 pacientes, 18 recibieron SMOFlipid® y 18 Lipofundina®. La edad media de los pacientes fue de 63 ± 15 años, siendo el 58% varones, con un peso medio de 67 ± 11 kg y altura 165 ± 8 cm.

La duración de la NPT fue $16,5 \pm 22$ días, con una media de $20,4 \pm 4,5$ de calorías/kg. La cantidad media de lípidos fue $0,62 \pm 0,19$ g/kg (SMOFlipid®), frente a $0,52 \pm 0,15$ g/kg (Lipofundina®).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los parámetros analíticos de los dos grupos de pacientes.

Grupo de Smoflipid®:

-Bilirrubina inicial $2,81 \pm 6,77$ mg/dl, final $3,40 \pm 6,77$.

-AST inicial $101,17 \pm 278,90$ U/L, final $50 \pm 70,93$.

-ALT inicial $57,39 \pm 109,93$ U/L, final $72,61 \pm 164,65$.

-GGT inicial $110,83 \pm 100,26$ U/L, final $324,13 \pm 324,99$.

-FA inicial $138,83 \pm 124,21$ U/L, final $314,56 \pm 263,36$.

-PCR inicial $189,65 \pm 134,91$ mg/dl, final $103,35 \pm 109,01$.

-Leucocitos iniciales $8,96 \pm 5,15$ ($103/\mu\text{L}$), finales $10,36 \pm 6,55$.

-Neutrófilos iniciales $7,06 \pm 4,68$ ($103/\mu\text{L}$), finales $7,85 \pm 6,16$.

-Plaquetas iniciales $228 \pm 147,38$ ($103/\mu\text{L}$), finales $365,89 \pm 261,53$.

Grupo de Lipofundina®:

-Bilirrubina inicial $1,01 \pm 0,82$ mg/dl, final $1,21 \pm 1,61$.

-AST inicial $36,44 \pm 35,73$ U/L, final $41,28 \pm 35,82$.

-ALT inicial 42 ± 51 U/L, final $64,72 \pm 112,35$.

-GGT inicial $83,64 \pm 84,40$ U/L, final $171,44 \pm 123,49$.

-FA inicial $127 \pm 150,97$ U/L, final $162,07 \pm 108,30$.

-PCR inicial $143,32 \pm 119,37$ mg/dl, final $124,62 \pm 118,52$.

-Leucocitos iniciales $9,63 \pm 6,12$ ($103/\mu\text{L}$), finales $9,57 \pm 6,45$.

-Neutrófilos iniciales $11,99 \pm 20,52$ ($103/\mu\text{L}$), finales $11,20 \pm 14,45$.

-Plaquetas iniciales $237,64 \pm 171,35$ ($103/\mu\text{L}$), finales $320,72 \pm 280,69$.

CONCLUSIONES: Ambos tipos de lípidos fueron igual de bien tolerados desde el punto de vista analítico y bioquímico en el paciente postquirúrgico.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1206. UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA HIPOCALÓRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Alañón Pardo Mdm, Lozano Toledo R, Fernández Marchante Ai, Franco Sereno Mt, Áreas Del Águila VI, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. Calle Del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Analizar el perfil de utilización en pacientes adultos ingresados de una nutrición parenteral periférica hipocalórica (NPPH) comercializada.

Evaluar la adecuación de las prescripciones de NPPH a las recomendaciones de uso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo (enero-marzo 2015) en pacientes adultos ingresados en un hospital de tercer nivel que recibieron NPPH (composición por 1000 mL: 30,9 g aminoácidos, 55,0 g glucosa, 30 mEq sodio, 20 mEq potasio, 3 mEq magnesio, 5 mEq fosfato, 30 mEq cloruro, 23,3 mEq acetato y 0,16 mEq zinc).

Se recogieron variables relativas al paciente (sexo, edad, motivo de ingreso) y a la NPPH (servicio prescriptor, motivo de inicio y suspensión, volumen diario administrado, duración del tratamiento, administración simultánea con flui-doterapia intravenosa o con nutrición enteral (NE).

Los datos fueron consultados en la historia clínica electrónica (Mambrino®) y el programa de prescripción electrónica (Athos-Prisma®).

Las recomendaciones de uso fueron:

-Indicación (R1): NPPH durante un período de ayuno limitado (≤ 7 días) ó NPPH complementaria a NE.

-Volumen diario administrado (R2): 2-3 L/día en pacientes con dieta absoluta (volumen máximo=40 mL/kg/día).

Se definió "adecuación" como el cumplimiento de ambas recomendaciones.

RESULTADOS: Se realizaron 74 prescripciones de NPPH, correspondientes a 72 pacientes (55,5% hombres), con una edad media de 65,7 años (DE:15,8).

Los motivos de ingreso fueron: cirugía programada (40,5%), enfermedad digestiva (20,3%), toxicidad a terapia oncológica (12,2%), procesos infecciosos (10,8%), neoplasia (6,8%) y otros (9,4%).

El 68,9% de NPPH fueron prescritas por servicios médicos (27,5% Oncología, 25,5% Digestivo, 17,6% Medicina Interna, 13,7% Endocrinología, 9,8% Medicina Intensiva y 5,9% Geriátrica) y el 31,1%, por servicios quirúrgicos (69,6% Cirugía General y Digestiva, 26,1% Urología y 4,3% Traumatología).

Motivos de inicio con NPPH: post-operatorio inmediato (40,5%), intolerancia digestiva a NE/oral (20,3%), soporte nutricional complementario a NE/oral insuficiente (18,9%), necesidad de reposo intestinal (13,5%) y otros (6,8%).

Motivos de suspensión: tolerancia a NE/oral (69,0%), inicio de NPT central (21,6%), exitus (5,4%) y otros (4,0%). Volumen administrado: 1 L/día (67,6%), 2 L/día (31,1%) y 3 L/día (1,3%). La duración media de NPPH fue de 4,3 días (DE:3,1).

El 73,0% de las NPPH se prescribieron con fluidoterapia intravenosa. El 18,9% fueron complementarias a NE. El 8,1% se utilizaron como único aporte.

El 74,3% de las NPPH fueron utilizadas durante un período de ayuno ≤ 7 días.

El 6,8% de NPPH se utilizaron durante un período de ayuno > 7 días y fueron administradas con un volumen de 1 L/día, siendo prescritas mayoritariamente por Oncología (50,0%).

El 55,4% de NPPH se administraron con

El grado de adecuación global fue 32,4% (adecuación a R-1: 93,2% y a R-2: 44,6%).

CONCLUSIONES: En nuestro centro, la NPPH se utiliza mayoritariamente en el paciente quirúrgico durante períodos de ayuno limitados y en asociación con fluidoterapia intravenosa.

El grado de adecuación es reducido, debido principalmente al volumen insuficiente administrado para cubrir las necesidades calórico-proteicas diarias. Por ello, sería necesario incluir recomendaciones para el uso correcto de NPPH en la prescripción electrónica.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

812. UTILIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DISEÑADO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HIPERGLUCEMIAS ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: Liñana Granell C, Montañes Pauls B, Gallego Iglesias B, Álvarez Martín T, Mendoza Aguilera M, Pascual Marmaneu O.

Hospital General Castellón. Avda. Benicassim, S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Describir los resultados derivados de la utilización de un protocolo diseñado para el tratamiento de la hiperglucemia asociada a la nutrición parenteral total (NPT).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de la aplicación de un protocolo para el tratamiento de las hiperglucemias derivadas de la utilización de NPT en pacientes ingresados en un Hospital de tercer nivel durante el año 2014. Se realizó un protocolo diseñado para el manejo de la NPT en caso de hiperglucemia. Se estableció como orden realizar tres glucemias diarias (DE_CO_CE) a los pacientes, diabéticos o no, que iniciaban con NPT. El protocolo consiste en reducir en 50 g los hidratos de carbono (HC) de la NPT si existen tres glucemias consecutivas mayores a 150 mg/dl o 2 glucemias consecutivas mayores a 180 mg/dl, hasta llegar una cantidad mínima de 100g de HC. Si aun así persisten tres glucemias consecutivas mayores a 150 mg/dL o 2 mayores a 180 mg/dl se debe adicionar insulina a la bolsa de NP: 1 UI por cada 10 g de glucosa, y si persiste hiperglucemia, añadir 1 UI más por cada 5g de glucosa hasta llegar a un máximo de 40 UI. En caso de que continúe la hiperglucemia, se realiza una interconsulta al servicio de endocrino. El protocolo fue aplicado durante un año en todos los pacientes adultos con glucemias elevadas consecutivas. Se midieron las intervenciones realizadas y la adición de insulina a la bolsa de nutrición parenteral durante ese periodo.

RESULTADOS: El protocolo de hiperglucemia con adición de insulina fue aplicado a un total de 26 pacientes de los que se recogieron datos antropométricos (edad media: 64 años, 46% hombres) y tipo de nutrición administrada (el 50% de los pacientes inició con 100 g de HC, el 27% inició con 150g y el 23% con 200g ya que se tuvieron en cuenta las glucemias basales del paciente). Las modificaciones en los hidratos de carbono de la NP se realizaron se-

gún el protocolo: al 27% de los pacientes se redujo de 150 g de HC a 100 g y al 23% de 200 g de HC hasta 100g. El número medio de días en los que se le adicionó insulina a la NP fue 9 ± 7 días y las modificaciones de insulina realizadas siguiendo el protocolo fueron: adición de 10U insulina en el 39% de los pacientes, se aumentaron a 20U al 23%, a 30U al 27% y a 40U al 11 % de los pacientes.

CONCLUSIÓN: El mantenimiento de niveles constantes de glucemia disminuye la morbi-mortalidad de los pacientes. La elaboración de un protocolo de interpretación sencilla facilita la utilización del mismo y disminuye el número de errores. En nuestra unidad se ha utilizado el protocolo de forma habitual en la práctica clínica de elaboración individualizada de nutrición parenteral y es ampliamente aceptado por los clínicos de hospital.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

209. VALORACIÓN NUTRICIONAL Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES ADULTOS NO CRÍTICOS

AUTORES: Vicente Sanchez S, Fernandez De Palencia Espinosa Ma, Valderrey Pulido M, Pellicer Franco C, Ruiz Jimenez Mm, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra Madrid-Cartagena S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Realizar una valoración nutricional de los pacientes, evaluar la adecuación de la prescripción de la nutrición parenteral (NP) y valorar la posibilidad de un soporte nutricional alternativo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo observacional descriptivo de un mes de duración (octubre 2014) realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes adultos no críticos que iniciaron NP y que posteriormente fueron valorados por la Unidad de Nutrición, compuesta por Endocrino, farmacéutico y enfermero. Para determinar el estado nutricional, se clasificó y estratificó a los pacientes siguiendo la hoja de registro descrita por Sirvent M y col 2009, que incluye la historia clínica, nutricional y farmacológica, la exploración física y parámetros antropométricos y bioquímicos. Además se registró la indicación por la que se prescribió la NP, el tiempo de duración, el motivo de retirada de ésta y la posibilidad de utilización de nutrición enteral como alternativa. Para evaluar la adecuación de la prescripción de la NP se siguieron los criterios de las Guías ASPEN.

RESULTADOS: Se valoró nutricionalmente un total de 50 pacientes durante el periodo de estudio, siendo el 52% (n=26) hombres. La mediana [rango] de edad fue de 62 [17-85] años. La media \pm DE del IMC fue $26,1 \pm 6,9$ Kg/m², y la media \pm DE del valor sérico de albúmina fue $2,8 \pm 0,61$ g/dL. Los diagnósticos se agruparon como enfermedades onco-hematológicas (48%), cirugías del aparato digestivo (40%), enfermedades neurológicas (8%) y enfermedades nefrológicas (4%). Según la valoración nutricional realizada, los pacientes fueron clasificados como: Normonutridos (n=3), en riesgo nutricional (n=20), desnutrición proteica o Kwashiorkor (n=14), desnutrición energético-proteica grave (n=3), desnutrición energético-proteica moderada (n=5) y desnutrición energético-proteica leve (n=5). El tiempo medio de duración de la NP fue de 11,2 [1-59] días. Entre los pacientes con duración de NP ≤ 7 días (n=28, 56%), se constató que el 75% (21/28) no cumplía criterios de prescripción (Guías ASPEN) y el 39,3% (11/28) podría haber recibido nutrición enteral como alternativa. Los motivos de retirada fueron: inicio de tolerancia (n=16), éxitus (n=11) y alta hospitalaria (n=1). Entre los pacientes con duración de NP > 7 días (n=22, 44%), el 22,7% (5/22) no cumplía criterios de prescripción (Guías ASPEN) y, además, podría haber recibido nutrición enteral como alternativa. Los motivos de retirada fueron: inicio de tolerancia (n=17), éxitus (n=4) y alta hospitalaria (n=1).

CONCLUSIONES: La práctica totalidad de los pacientes valorados por la Unidad de Nutrición estaban en riesgo de desnutrición o la presentaban en algún grado. Hubo un número considerable de pacientes que no cumplía criterios de prescripción de NP según las Guías ASPEN, y que podría haber recibido nutrición enteral como alternativa. A partir de estos resultados, desde la Unidad de Nutrición se propone implementar medidas para potenciar la prescripción de la nutrición enteral, dirigidas a los servicios prescriptores mayoritarios.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

701. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

AUTORES: Herranz Muñoz C, Ortiz Campos M, Herrero Fernandez M, Ramos Diaz F, Ginés Palomares A, Luque Infantes R.

Hospital Universitario Príncipe De Asturias. Carretera Alcalá - Meco S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de inhibidores de tirosin kinasa (TKi) en el manejo terapéutico de pacientes con tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo (Enero 2010-Junio 2015) en pacientes diagnosticados de GIST en un Hospital de 400 camas. Se diseñó una base con las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico-estadio de enfermedad, líneas terapéuticas, fecha de inicio tratamiento, tiempo hasta la progresión y reacciones adversas (RAM). Fuentes de información utilizadas: aplicación informática de Pacientes Externos (Farmatools®) e historias clínicas a través del seguimiento de pacientes (Visor Clínico). Para evaluar la efectividad se midió la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) definida como tiempo desde la fecha del primer ciclo hasta progresión y para la seguridad se registraron las RAM. Los resultados se han analizado mediante el programa estadístico SPSS vs15.0 (análisis de supervivencia según el método Kaplan- Meier).

RESULTADOS: Se analizaron 18 pacientes (3 mujeres; 15 hombres) con una media de edad de 66,07 años ($\pm 14,3$). La distribución de los pacientes según estadio fue: 55,5% (n=10) GIST no metastásico y 44,4% (n=8) GIST metastásico. En todos los casos el tratamiento de inicio fue Imatinib a una dosis inicial de 400 mg/día. Respecto al GIST no metastásico se utilizó el esquema terapéutico Imatinib 400mg/día x 3 años (riesgo alto de recidiva) como tratamiento adyuvante tras la cirugía en el 80% o Imatinib 400mg/día x 1 año (riesgo intermedio) en el 20%. En cuanto a la respuesta inicial, 8 pacientes presentaron enfermedad estable, 1 ausencia de respuesta y otro fue pérdida durante el estudio. En cuanto al GIST metastásico, todos han progresado a primera línea de tratamiento. La mediana de SLP para Imatinib fue de 52,7 meses (IC 95%; no alcanzado). En lo referente a segundas líneas, el fármaco de elección fue Sunitinib 50 mg/día (n=6; 75%) versus Imatinib 800 mg/día (n=2; 25%). El análisis estadístico mostró que la mediana de SLP para Sunitinib fue de 2,03 meses (IC 95% 0-4,51); 2 pacientes fallecieron durante el tratamiento con el mismo. De los pacientes en tratamiento con Sunitinib, 4 progresaron: un paciente suspendió el tratamiento por deterioro significativo y los otros 3 comenzaron tercera línea. Respecto a la tercera línea los fármacos empleados han sido Regorafenib 160mg/día (n=3) y Sorafenib 400mg/día (n=1). Actualmente se está empleando como cuarta línea Pazopanib 800 mg/día (n=2).

Las principales RAM se debieron a Imatinib: astenia, toxicidad gastrointestinal, edemas, anemia y ascitis; debido a las cuáles 4 pacientes precisaron reducir dosis a 300 mg/día.

CONCLUSIONES: Los GIST son tumores poco frecuentes resistentes a radioterapia y quimioterapia sistémica, dónde la terapia dirigida con TKi c-kit es el tratamiento de elección. El análisis de los datos revela con mayor SLP que Imatinib es efectivo en GIST metastásico y en GIST no metastásico al presentar enfermedad estable (80%) tras finalizar el período de seguimiento. Se puede considerar un fármaco bien tolerado ya que sólo precisó ajuste de dosis en el 22,22%. Sin embargo respecto a segundas y sucesivas líneas terapéuticas hacen falta más estudios para confirmar la efectividad de los mismos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

357. ACTUALIZACIÓN DE LOS PLAZOS DE VALIDEZ DE VIALES Y MEZCLAS CITOSTÁTICAS APLICANDO LA METODOLOGÍA DE LA MATRIZ DE RIESGO PARA PREPARADOS ESTÉRILES

AUTORES: Usarralde Pérez Á, Toro Chico P, Gálvez Madroñero M, Pérez Encinas M.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Asignar un plazo de validez a los viales abiertos/reconstituidos y a las mezclas citostáticas según su estabilidad fisicoquímica y el nivel de riesgo y requisitos de preparación, asignados por la matriz de riesgo de la Guía de buenas prácticas de preparación (GBPP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Para determinar el plazo de validez físico-químico, se revisó información disponible en fichas técnicas, Stabilis®, Pubmed® y LexiComp®. Para el estudio del nivel de riesgo y requisitos de preparación, se aplicó la metodología de la matriz de riesgo para preparaciones estériles de la GBPP en Servicios de Farmacia Hospitalaria del Ministerio de Sanidad (2014). Esta matriz recoge aspectos de preparación, vía de administración, perfil de seguridad, unidades preparadas, susceptibilidad de contaminación microbiológica y distribución de la preparación. Según matriz, los fármacos se consideraron de riesgo bajo, a los que se les asignó una estabilidad máxima de 14 días en frigorífico o 48 horas a temperatura ambiente; riesgo medio, 9 días en frigorífico o 30 horas a temperatura ambiente; y riesgo alto, 3 días en frigorífico o 24 horas a temperatura ambiente. Finalmente, se asumió el plazo de validez de la matriz si la estabilidad fisicoquímica era igual o superior al indicado por la matriz; en caso contrario, el plazo de validez coincidió con la estabilidad fisicoquímica máxima. En aquellos casos en los que no se encontró información de estabilidad fisicoquímica, el plazo de validez fue determinado por la matriz.

RESULTADOS: Se analizó el plazo de validez de 65 citostáticos. Se asumió el plazo de validez físico-químico en el 44,6% de los viales abiertos/reconstituidos y el 49,2% de las mezclas citostáticas, y el indicado por la matriz de riesgo en el 55,4% y el 50,8%, respectivamente. Un 13,9% de los plazos de validez asignados a los viales (aflibercept, carboplatino, cladribina, fludarabina, folinato, irinotecan, pertuzumab, rituximab y vinflunina), todos ellos en

solución, fueron determinados únicamente por matriz debido a la falta de información de estabilidad fisico-química. Según matriz, se obtuvo un nivel de riesgo bajo en el 7,7% de los medicamentos (aflibercept, cetuximab, folinato, mesna y rituximab), asignándoles el periodo de validez de la matriz a todos los viales abiertos, excepto a mesna. El 90,8% de los fármacos resultaron de riesgo medio, asignándoles la estabilidad según matriz a los casos de los viales y las mezclas de bevacizumab, bortezomib, cabazitaxel, cisplatino, citarabina, cladribina, docetaxel, doxorubicina, epirubicina, eribulina, etopósido, gemcitabina, irinotecán, metotrexato, mitoxantrona, paclitaxel, panitumumab, pemetrexed, pentostatina, topotecán, vindesina y vinorelbina. La única preparación de riesgo alto fue citarabina liposomal (intratecal), a la que se le asignó la estabilidad fisicoquímica disponible.

CONCLUSIONES: Para asignar el plazo de validez de los viales abiertos/reconstituidos y mezclas citostáticas habitualmente se recurre a bibliografía que sólo tiene en cuenta datos de estabilidad fisico-química. El uso de la matriz de riesgo de la GBPP permite llevar a cabo una evaluación más exhaustiva del nivel de riesgo y requisitos de la preparación, permitiendo plazos de validez más adecuados, e incluso, en aquellos casos en los que no hay información disponible en la literatura.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

995. ADECUACIÓN DE LA DOSIFICACIÓN DE CITOSTÁTICOS SEGÚN LA FUNCIÓN RENAL

AUTORES: Usarralde Pérez Á, Toro Chico P, Gálvez Madroñero M, Bartolomé García E, Pérez Encinas M. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la adecuación de la dosificación de citostáticos a la función renal y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF), evaluando su grado de aceptación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, analítico de intervención realizado durante 3 meses (Marzo-Mayo 2015) en un hospital universitario de tercer nivel de 400 camas. Se analizó el tratamiento antineoplásico de pacientes onco-hematológicos a los que se les prescribió un ciclo de quimioterapia con fármacos que se ajustaran a función renal. De la Historia clínica electrónica (Selene SP5®) y las aplicaciones GestiOnc® y GPC®, diariamente, se registraron datos demográficos (edad, sexo), antropométricos (peso, superficie corporal), bioquímicos (creatinina sérica) y clínicos (diagnóstico, insuficiencia renal crónica (IRC) previa, agravada o insuficiencia renal aguda (IRA) desarrollada durante el tratamiento. Se estimó el filtrado glomerular (FG) aplicando la fórmula de CKD-EPI. Se realizó IF, vía telefónica, cuando la dosis prescrita no se adecuaba a las recomendaciones de ficha técnica y guías clínicas de ajuste de fármacos según función renal, registrándose el grado de aceptación de las IF. Los citostáticos ajustables a función renal revisados fueron: ácido zoledrónico, azacitidina, bleomicina, carboplatino, ciclofosfamida, cisplatino, citarabina, dacarbazina, doxorubicina, epirubicina, eribulina, etopósido, gemcitabina, idarubicina, metotrexato, oxaliplatino, pemetrexed, raltitrexed, topotecán y vinflunina. Los datos fueron tabulados y procesados en Excel 2007®.

RESULTADOS: De un total de 2852 prescripciones citostáticas validadas, el 24,3% (692/2852) correspondían a quimioterapia potencialmente ajustable a función renal. Se correspondieron a 259 pacientes (53,5% hombres) con una edad media de 65 años [26-88] y un FG medio de 84,2 mL/min [5,4-124,9]. El 5,4% presentaba IRC previa al tratamiento, agravándose en el 21,4% durante el mismo, y un 1,2% (3/259) desarrolló una IRA durante la quimioterapia. Las principales localizaciones tumorales fueron: 18,5% pulmón, 15,1% colorrectal, 11,2% mama, 10,4% ginecológicos, 7,3% próstata, 5,4% páncreas y 4,6% vías biliares, y un 5,4% mieloma. El 5,2% (36/692) de las prescripciones requirieron ajuste a función renal, siendo el 8,3% por insuficiencia renal leve (

CONCLUSIONES: Se obtuvo un elevado porcentaje de adecuación de la dosificación de los citostáticos a la función renal. El grado de aceptación de las IF fue moderado. Es necesario establecer protocolos sobre el ajuste de citostáticos a función renal que mejoren su dosificación, así como sistemas alertantes de ayuda a la prescripción.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1175. ANALISIS DE EFECTIVIDAD Y DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE MELANOMA METASTÁSICO CON IPILIMUMAB EN SEGUNDA LÍNEA

AUTORES: Ruiz Martínez C, Casado Reina C, González-Haba Peña E, Monje García B, García González X, Sanjurjo Sáez M.

Hospital Gregorio Marañón. Maiquez 5. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar la supervivencia libre de progresión (SLP), la supervivencia global (SG) y el perfil de reacciones adversas (RA) en pacientes con melanoma metastásico tratados con ipilimumab en segunda línea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital terciario, que incluye los pacientes con melanoma metastásico tratados con ipilimumab en segunda línea, desde la publicación del informe de posicionamiento terapéutico (IPT) a tales fines hasta Junio del 2015. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica y de la prescripción electrónica y analizados mediante el programa Excel2010® y SPSS® v19. Las variables recogidas fueron:

- Demográficas y clínicas basales: edad, sexo, ECOG y mutación de BRAF.
- Efectividad: tiempo hasta progresión, tiempo hasta fallecimiento, tasa de respuesta mediante criterios RECIST 1.1 y porcentaje de largos supervivientes, entendiendo como tal supervivientes de más de un año.
- Seguridad: RA descritas según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 4.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes con una mediana de edad de 56 años y de los cuales el 57.1% eran varones. Todos los pacientes presentaban un buen estado funcional, ECOG 0 (100%). Un 28.6% de los pacientes recibieron tratamiento previo con vemurafenib al presentar mutación en BRAF V600E. Con respecto a los datos de efectividad, la mediana de SLP fue de 5.9 meses (SD: 1,047) y la de SG de 14.2 meses (SD: 6,605). El 71.4% de los pacientes obtuvo respuesta parcial al tratamiento, ninguno obtuvo respuesta total. El porcentaje de largos supervivientes fue de 28.6%. El 100% de los pacientes sufrieron reacciones adversas durante el tratamiento, de los cuales 57.1% fueron de Grado 1, 28.6% de Grado 2 y 14.3% de Grado 3. Ninguno de los pacientes requirió suspensión de la dosis por reacciones adversas pero 2 pacientes precisaron corticoides para la resolución de las RA. Las RA observadas fueron: trastornos de la piel un 57.1%, trastornos gastrointestinales 28.6, trastornos generales (astenia) un 28.6% y trastornos hepatobiliares y endocrinos un 14.3%.

CONCLUSIONES: Los resultados de efectividad obtenidos en nuestros pacientes fueron superiores a los del estudio pivotal (SLP: 2.86, SG: 10.1), con un perfil de seguridad similar.

Existe una gran variabilidad de respuesta entre los pacientes. La obtención de marcadores tumorales de respuesta a ipilimumab, permitiría realizar una selección inicial de los candidatos a recibir dicho tratamiento, lo cual favorecería el incremento de la efectividad del mismo.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

265. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES: Sanchez Martinez I, Manresa Ramón N, Titos Arcos Jc, Rizo Cerdá Á, Alonso Domínguez T, Soria Soto M. Hospital Morales Meseguer. Avda. Marqués De Los Velez, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con trastuzumab-emtansina (TDM-1) en pacientes diagnosticados de cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo observacional de pacientes diagnosticados de cáncer de mama HER2 positivo localmente avanzado irresecable o metastásico (CMM) tratados con TDM-1, en un hospital de segundo nivel desde Enero 2013 hasta Abril 2015.

Las variables estudiadas fueron: demográficas (sexo, edad), líneas de quimioterapia previas para la enfermedad metastásica, tratamiento recibido, metástasis, cambios en la calidad de vida según la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) previa y al finalizar el tratamiento, efectividad (respuesta, supervivencia libre de progresión (SLP), Supervivencia global (SG)), y seguridad (reacciones adversas (RA)). Fuentes: consulta del programa de prescripción y validación electrónica de citostáticos FARMIS_ONCOFARM® versión 2013.0.22.2 y consulta del programa de historia clínica SELENE® versión 5.3.1[1]. Análisis de datos en base de datos Excel.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes tratados con trastuzumab-emtansina, 90.9% mujeres, con una edad media de 53 años (37-75). Se excluyó a 1 paciente debido a que solamente había recibido una dosis.

La mediana de ciclos administrados hasta Abril de 2015 fue de 3,7 (1-9) y la mediana de líneas de tratamiento previas fue de 4 (1-7). Todos habían recibido previamente trastuzumab y un taxano. El 100% de los pacientes presentaba metástasis viscerales previas.

La calidad de vida fue medida por la diferencia del ECOG (registrado en 6 pacientes), obteniéndose: 5 pacientes sin cambios (4 pacientes ECOG 1, 1 paciente ECOG 2) y 1 empeoramiento (1 paciente ECOG pasa de 2 a 3).

En cuanto a efectividad, cuatro pacientes alcanzaron enfermedad estable, un paciente respuesta parcial y otro respuesta completa. Cuatro pacientes progresaron. Un paciente falleció tras la administración de TDM-1. La mediana de la SLP fue de 2 meses (1-7). Al finalizar el estudio, 5 pacientes fueron exitus (50%). La supervivencia global fue de 16 meses (1-23).

Las RA más frecuentes fueron: astenia (40%) y trombopenia (20%). Otras reacciones fueron: náuseas y vómitos, diarrea, miagla, toxicidad nerviosa, anemia, anorexia y cuadro catarral. No fue necesario interrumpir ningún tratamiento por toxicidad.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, la mediana de la SLP y la SG de TDM-1 fueron notablemente menores que en el ensayo pivotal EMILIA: 2 vs 9 meses y 16 vs 30,9 meses respectivamente, en parte debido a que las características de la población era diferente en cuanto al número de líneas previas (en el pivotal fue ≥ 1 en el 39% de los casos, mientras que en nuestro estudio lo fue en el 100% de los casos) y ECOG (60% ECOG 0 en pivotal vs 0% ECOG 0 en nuestro pacientes). Por todo ello, es importante que el fármaco se administre según unas condiciones de uso: ECOG 0-1, segunda línea de CMM, HER2+ definido como IHC3+ o amplificación FISH ≥ 2 , FEVI $\geq 50\%$ y con enfermedad visceral. Por otro lado, en general, el tratamiento fue bien tolerado, destacando astenia y trombocitopenia como en pivotal.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

984. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ECUZUMAB EN HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA

AUTORES: Santiago Prieto E, Escudero Vilaplana B, Manso Manrique M, Ibarra Mira ML, Sánchez Guerrero A. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda. c/ Manuel de Falla, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) es una enfermedad de las células progenitoras hematopoyéticas originada por una mutación del gen PIG-A, resultando en un defecto de los grupos GPI necesarios para el anclaje a la superficie celular de algunos inhibidores de la activación del complemento. Eculizumab inhibe la activación del complemento mediante su unión de gran afinidad a la proteína C5, bloqueando la activación incontrolada del complemento terminal y la consecuente hemólisis intravascular mediada por el complemento en la HPN.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de eculizumab en un hospital de tercer nivel en pacientes diagnosticados de HPN.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con eculizumab entre Octubre de 2008 y Marzo de 2015. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de tratamiento; las variables estudiadas para evaluar la respuesta fueron: dosis, valores de hemoglobina (Hb) y lactato deshidrogenasa (LDH) como medida de monitorización de hemólisis, necesidad de transfusiones, signos de hemólisis, disminución subjetiva de la sintomatología. Para evaluar la seguridad se registraron: efectos adversos asociados al medicamento, vacunación frente a Neisseria meningitidis antes de inicio del tratamiento, profilaxis antibiótica frente al serogrupo B, eventos trombóticos. Los datos se sacaron de la historia clínica electrónica y del registro de elaboraciones del programa de prescripción Farnatols®.

RESULTADOS: Se incluyeron ocho pacientes, tres mujeres (37,5%), todos con HPN clásica de Parker, edad media de 49,8 años, rango 26-71, tiempo de tratamiento medio de 49,5 meses. Cinco pacientes presentaban necesidad de transfusión previamente a iniciar el tratamiento con eculizumab, con unos valores medios de Hb de 10 g/dl (SD=1,5), y LDH de 2910 UI/ml (SD=1431), 6,3 veces por encima de los valores normales. Antes de iniciar el tratamiento, a todos los pacientes se les administró la vacuna tetravalente frente al meningococo, y todos realizan tratamiento profiláctico frente al serogrupo B. Tras iniciar el tratamiento con eculizumab, todos los pacientes experimentaron una disminución subjetiva de los síntomas de fatiga, incrementándose el valor medio de Hb a 11,9 g/dl (SD=0,98) y normalizándose el valor medio de LDH en 445 (SD=233). Tres de los pacientes (37,5%) presentaron signos de hemólisis durante el tratamiento; dos de ellos necesitaron soporte transfusional y un incremento de dosis a 1200 mg cada 14 días. Ningún paciente experimentó eventos trombóticos. Únicamente un paciente experimentó efectos adversos tras la infusión del tratamiento (náuseas y mareos).

CONCLUSIONES: eculizumab es un tratamiento eficaz en la reducción de la hemólisis intravascular en pacientes con HPN, que se traduce en una mejoría en las cifras de Hb y LDH y consiguiendo una reducción de síntomas asociados a la enfermedad y de necesidades transfusionales. El bajo porcentaje de efectos adversos indica que es un tratamiento seguro y bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

388. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE DESENSIBILIZACIÓN A OXALIPLATINO

AUTORES: Carrillo Acevedo L, Alfaro Olea A, Calvo Aragüete Me, Laria Campaña C, Casajús Navasal A, Marin Gorriño R.

Hospital San Pedro. Calle Piqueras 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: • Describir la experiencia de utilización de un protocolo de desensibilización a oxaliplatino.

• Analizar su eficacia valorando la proporción de pacientes que, a pesar del Acontecimiento Adverso (AA) se les ha podido administrar oxaliplatino.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general de 600 camas. Se revisaron todos los protocolos de desensibilización a oxaliplatino iniciados entre 2011 hasta finales de 2014 (programa OncoGest® Bristol), así como las historias clínicas y consultas de alergología de cada paciente (programa de historia clínica electrónica Selene® Siemens).

Se recopilaron los siguiente datos: sexo, edad, peso, talla, superficie corporal (SC), Índice de masa corporal (IMC), tipo de cáncer, metástasis o no, protocolo quimioterápico, número de ciclos administrados con oxaliplatino, AA producido, existencia y resultado de pruebas alérgicas, especialista prescriptor de la desensibilización, número de ciclos con desensibilización y motivo de finalización.

El protocolo de desensibilización utilizado consta de 3 diluciones de distintas concentraciones (0.008 mg/ml, 0.08 mg/ml y 0.8 mg/ml), administradas cada una a cuatro ritmos crecientes de infusión (total 12 ritmos) ajustados a la dosis de cada paciente. La duración del proceso varía entre 5 y 8 horas.

RESULTADOS: Se trataron 15 pacientes con protocolos de desensibilización a oxaliplatino, 9 de ellos hombres (60%). La media de edad fue de 57.3±5.9 y la media de IMC fue de 27.2±4.5. Presentaron cáncer colorrectal un 86.6% y metástasis el 86.7%. El esquema quimioterápico más utilizado fue de oxaliplatino asociado a fluorouracilo (86.7%) y la media de ciclos que recibieron antes de presentar el AA fue 8.8±7.2 con rango: 1-28. El tipo de AA fue reacción alérgica en 8 pacientes (53.3%), anafilaxia o reacción de hipersensibilidad grave (RHG) en 3 pacientes (20%), reacción infusional en 1 paciente (6.7%) y de 3 pacientes no se encontraron datos (20%). Se realizaron pruebas de alergias a 6 pacientes (40%), siendo 4 positivas (66.7%) y 2 negativas (33.3%). De los pacientes con pruebas positivas, 2 finalizaron la desensibilización satisfactoriamente (50%), 1 se suspendió por mala tolerancia (25%) y 1 éxitus (25%). El prescriptor fue el alergólogo en 5 pacientes (33.3%) y el oncólogo en 10 pacientes (66.7%). La media de ciclos de desensibilización administrados fue 4.9±2.8 con rango: 2-11. Finalizaron con desensibilización 8 pacientes (53.3%), 3 se les suspendió por falta de tolerancia (20%), 2 volvieron a llevar oxaliplatino sin desensibilización (13.3%), 1 se le suspendió por falta de respuesta general a la quimioterapia (6.7%) y 1 éxitus (6.7%).

CONCLUSIONES: • La media de ciclos de oxaliplatino recibidos antes de presentar el AA (8.8±7.2), indica que la buena tolerancia de los primeros ciclos de tratamiento no predice la ausencia de AA en ciclos posteriores.

- Consideramos importante realizar pruebas alérgicas previas al protocolo de desensibilización, aunque a veces exista mala tolerancia incluso con resultados negativos.
- La desensibilización ha sido eficaz en la mayoría de los pacientes, permitiéndonos rescatar el oxaliplatino en aquellos con RHG. Esto implica el beneficio de poder finalizar la terapia antineoplásica.
- Los protocolos de desensibilización facilitan la colaboración multidisciplinar de Servicios de Alergología, Oncología y Farmacia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

437. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL Y TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL

AUTORES: Garcia Molina O, Menendez Naranjo L, Almanchel Rivadeneyra M, Vicente Sanchez S, Muñoz Contreras C, De La Rubia Nieto A.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena 30120. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de regorafenib en Cáncer Colorrectal (CCR) y Tumor de Estroma Gastrointestinal (GIST) y compararlo con los resultados de los estudios pivotaes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes que recibieron tratamiento con regorabenib desde su comercialización hasta mayo de 2015 en un hospital de tercer nivel. Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción electrónica de Pacientes Externos y de la Historia Clínica. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, líneas previas, duración de tratamiento y reacciones adversas. Para analizar la efectividad se registró la Supervivencia Libre de Progresión (SLP), la Supervivencia Global (SG) y SG a los 3 meses. Los datos fueron comparados con los resultados del estudio CORRECT (para CCR) dónde se obtuvo una mediana de SLP de 1,9 meses y una SG de 6,4 meses y el estudio GRID (para GIST) dónde se observó una SLP de 4,8 meses y una SG no alcanzada en el momento del análisis. Para medir la SLP y SG se utilizó el método Kaplan-Meier y se estimó la supervivencia de regorafenib a los 3 meses. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 8 pacientes (5 hombres y 3 mujeres) recibieron tratamiento con regorafenib; siete con CCR y uno con GIST. La media de edad fue de 62 años [52-72]. En el momento del corte, 6 pacientes habían suspendido el tratamiento y 2 continuaban. La mediana de líneas previas recibidas en CCR fue de 3 [3-4]. Los principales esquemas recibidos incluían capecitabina-oxaliplatino, fluoracilo-irinotecan, irinotecan-cetuximab, fluoracilo-oxaliplatino y esquemas con bevacizumab para CCR. El único caso de GIST había recibido previamente tratamiento con imatinib y sunitinib. El ECOG al inicio del tratamiento fue de 0-1. En CCR la mediana de SLP fue de 3 meses (IC95% 0,82-5,1) y la SG fue de 3,2 meses (IC95% 0,62-5,77). La supervivencia global a los 3 meses fue del 40%. En la paciente de GIST se obtuvo una SLP y SG de 1 mes. Los pacientes con CCR obtuvieron mayor SLP (1,1 meses más) y menor SG (3,2 meses menos) respecto al estudio CORRECT. En cuanto a la paciente con GIST obtuvo una SLP de 3,8 meses menos que en el estudio GRID. Los principales eventos adversos fueron rash cutáneo, ictericia, astenia y fatiga. No se precisó ajuste de dosis en ningún caso.

CONCLUSIONES: El uso de regorafenib, tanto para CCR como para GIST ha demostrado un efecto marginal en el aumento de la supervivencia libre de progresión y supervivencia global. Los efectos adversos observados fueron similares a los estudios publicados. Las medianas de SG en CCR y SLP en GIST fueron inferiores a las reportadas en los estudios pivotaes, sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño muestral de nuestro estudio.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

415. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DEL CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS METASTÁSICO

AUTORES: Abraira Meriel C, Ochagavía Sufrategui M, Cristóbal Gutiérrez H, Martínez Callejo V, García De La Paz Am, Valero Dominguez M.

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Avda. Valdecilla S/N. Cantabria. España

OBJETIVOS: La disponibilidad de nuevos fármacos dirigidos contra dianas terapéuticas ha cambiado sustancialmente el panorama del tratamiento del cáncer de células renales metastásico (CCRm) en los últimos años. Dado que la secuencia óptima de tratamiento permanece aún por definir, el presente estudio propone evaluar la situación de los tratamientos en segunda línea de CCRm de células claras y su concordancia con las guías de práctica clínica; así como la efectividad y seguridad de dichos tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CCRm de células claras que iniciaron tratamiento en segunda línea entre enero/2009 y diciembre/2013 en un hospital de tercer nivel. El seguimiento se realizó hasta septiembre/2014 y se recogieron variables demográficas, clínicas y del tratamiento inicial y en segunda línea. Los pacientes se agruparon en función del tratamiento recibido en segunda línea, y se evaluó su concordancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica del National Comprehensive Cancer Network (NCCN v 2.2014). La efectividad se midió como supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y la toxicidad empleando la escala de clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v 4.0). El análisis de los datos se realizó mediante módulo estadístico del programa Microsoft Excel (Office v 2007), estimando las curvas de supervivencia según el modelo de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se identificaron 44 pacientes, de los cuales 33 fueron incluidos en el análisis final. La distribución en función del tratamiento de segunda línea para Everolimus - Sorafenib - Pazopanib - Sunitinib - Temsirolimus fue de 11 - 10 - 7 - 3 - 2 pacientes respectivamente. Las medianas de SLP y SG fueron de 8 - 6,25 - 4 - 10 - 6,75 y de 11 - 9,25 - 16 - 18 - 7,25 meses respectivamente. Se precisó modificación de pauta y suspensión de tratamiento por efectos adversos en 8 - 5 - 0 - 2 - 1 y 5 - 2 - 0 - 0 - 2 pacientes tratados respectivamente; presentando un total de reacciones adversas de intensidad moderada-grave de 23 - 12 - 1 - 6 - 5 en los pacientes tratados con Everolimus - Sorafenib - Pazopanib - Sunitinib - Temsirolimus respectivamente.

CONCLUSIONES: El tratamiento de segunda línea del CCRm de la población de estudio presenta una alta correlación con las recomendaciones de la guía clínica evaluada. La toxicidad de los nuevos fármacos constituye una pieza clave en la monitorización farmacoterapéutica para la minimización de efectos adversos altamente frecuentes, siendo Pazopanib el fármaco con un perfil más favorable. La valoración de los datos de efectividad del estudio se haya limitada por el tamaño muestral, con tendencia a una prolongación de la SLP para Everolimus. Por ello son necesarios estudios adicionales comparativos sobre la efectividad de los distintos fármacos con un mayor número de pacientes, en los que también se incluya el uso de Axitinib en segunda línea.

1131. ANÁLISIS DEL USO DE ELTROMBOPAG EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: Artime Rodriguez-Hermida F, Valencia Soto Cm, Sadyrbaeva . S, Gutierrez Zuñiga L, Guijarro Herrera S, Calleja Hernandez Ma.

Complejo Hospitalario Universitario De Granada. Avda. Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVO: Eltrombopag es un agonista del receptor de trombopoyetina (R-TPO) que induce la proliferación y diferenciación de los megacariocitos dando lugar a un incremento de plaquetas.

El objetivo fue analizar el uso de Eltrombopag revisando la dosificación, las modificaciones de dosis por cambios en el recuento plaquetario y la adecuación en la indicación, así como evaluar la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con Eltrombopag desde su autorización de comercialización (Abril 2010) y hasta el corte transversal realizado en Junio 2015. Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo desde el diagnóstico, tratamientos anteriores) y farmacológicas (tiempo en tratamiento con Eltrombopag, número de plaquetas al inicio del tratamiento, número de plaquetas en el momento del corte).

Se revisaron además las reacciones adversas (RAMs) notificadas, con el objetivo de evaluar la seguridad.

Para la recogida de datos se utilizaron la historia clínica y el programa de prescripción electrónica (APD Prisma).

RESULTADOS: Se analizó un total de 31 pacientes, con una edad media de 64 años. El 58 % eran mujeres. El tiempo medio desde el diagnóstico fue de 7 años y la mediana del tiempo en tratamiento 21 meses (2-43 meses). El diagnóstico fue PTI crónica refractaria en el 100% de los casos.

El 19.4% de los pacientes estaban esplenectomizados previamente. Los tratamientos anteriormente recibidos fueron Corticoides 100%, Inmunoglobulinas 71%, Rituximab 16%, Romiplostim 12%, Danazol 12% y Inmunoglobulinas Anti-Rh 3,2%.

El número medio de plaquetas al inicio fue 41258/ μ l con una dosis inicial de 50mg/24horas en 19 pacientes, de 25 mg/24horas en 11 y de 25 mg/48h en 1.

En la analítica correspondiente a su última revisión, el valor medio de plaquetas fue 113613/ μ l, con una dosis media semanal 247.5 mg. 4 pacientes presentaron un recuento de plaquetas

Respecto a la seguridad, se encontró al menos 1 RAM en 15 pacientes. Las RAM encontradas fueron: infecciones (10), dolor musculoesquelético (6), astenia y malestar general (6), cefalea (3), trastornos gastrointestinales (3), trastornos menstruales (2), parestesias (1), mareos (1), trastornos oculares (1) y edema periférico (1). Se excluyó la anemia ya que no pudo determinarse si esta era previa al tratamiento o como causa del mismo.

CONCLUSIONES: El uso de Eltrombopag en la PTI demostró ser un tratamiento efectivo, manteniendo la mayor parte de nuestros pacientes con un número de plaquetas \geq 50.000/ μ l, ajustándose además a las indicaciones de la ficha técnica.

En general, Eltrombopag fue bien tolerado por nuestros pacientes. Con los resultados obtenidos, Eltrombopag es una alternativa terapéutica para los pacientes diagnosticados de PTI.

155. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES: DETECTANDO SUS NECESIDADES

AUTORES: Caro Teller Jm, Campo Angora M, Cortijo Cascajares S, Pablos Bravo S, García Muñoz C, Ferrari Piquero Jm.

Hospital Univ. Doce De Octubre. Avda. De Córdoba, S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Detectar las necesidades de pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales adecuando a ellas la información recibida en el Servicio de Farmacia.

Analizar las interacciones potenciales de la quimioterapia oral con el tratamiento domiciliario (farmacológico y alternativo) y realizar las intervenciones farmacéuticas oportunas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico prospectivo de intervención de 5 meses de duración (enero-mayo 2015) que incluyó a pacientes adultos en tratamiento con quimioterapia oral que recogieron su medicación en el Servicio de Farmacia. Se utilizó la Historia Clínica Electrónica y Horus® para recoger las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, antineoplásico prescrito y tratamiento concomitante.

Se entrevistó a los pacientes que iniciaban tratamiento, se registró la medicación domiciliaria (farmacológica y alternativa) y se informó (verbal y folleto) sobre su terapia y el manejo de los efectos secundarios. Las interacciones se identificaron usando Lexi-Interact™ y se categorizaron según su relevancia clínica (A, B, C, D ó X). Las más relevantes se comunicaron al oncólogo, a través de la Historia Clínica Electrónica y al paciente, vía telefónica.

Adicionalmente, se realizó a todo paciente una encuesta de 9 preguntas para determinar: polimedicación, uso de terapia alternativa, conocimiento y manejo de efectos adversos (en una escala de 0 a 10).

RESULTADOS: Se incluyeron 156 pacientes, con una edad media de 64,89±15,02 años (rango 22-86). 54,1% eran mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: carcinoma colorrectal (32,88%), carcinoma de mama (19,18%), carcinoma gástrico (10,27%), carcinoma de pulmón (8,9%) y tumores cerebrales (8,9%). Los antineoplásicos más prescritos fueron: capecitabina (60,97%), temozolomida (8,9%), sunitinib (7,54%), vinorelbina (6,16%) y everolimus (2,74%).

En los 61 pacientes entrevistados (39,1%), la mediana de número de fármacos administrados concomitantemente fue 5 (rango 0-18). Se registraron 44 interacciones, de las cuales 10 (22,73%) eran de relevancia clínica alta (categoría D) y 4 (9,09%) contraindicaciones (categoría X). Los antineoplásicos más implicados en estas interacciones fueron capecitabina (36,36%), sunitinib (20,45%) y vinorelbina (11,36%). Con respecto a terapia alternativa se detectaron casos de interacciones con: zumo de pomelo-sunitinib (2), cáscara sagrada-vinorelbina (1), cardo mariano-sorafenib (1) y tomillo-capecitabina (1). Durante el estudio se entregaron 140 folletos informativos y se realizaron 40 intervenciones farmacéuticas.

De los 156 pacientes encuestados, el 94% estaba tomando algún medicamento además del antineoplásico. 41% afirmaron tomar más de 4 fármacos. 23,74% consumieron tratamientos productos alternativos, de los cuales un 54,54% desconocían el riesgo de interacción con la quimioterapia. Puntuaron con 7,11 su conocimiento sobre los posibles efectos adversos y con 6,55 su capacidad para manejarlos. El 33,81% de los pacientes no sabían cómo tratar un resfriado o cefalea. 15,83% desconocían el manejo de la diarrea. La necesidad de implantar una consulta de atención farmacéutica al paciente oncológico se valoró con 8,18; y con 10 por el 41,6% de los pacientes.

CONCLUSIONES: La atención farmacéutica realizada permitió detectar asociaciones de fármacos no recomendadas o contraindicadas e interacciones con productos naturales

Un porcentaje destacado de pacientes reconocen precisar información más detallada sobre su tratamiento y el manejo de los posibles efectos adversos, lo que justifica la realización de un seguimiento farmacoterapéutico de calidad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

217. BENDAMUSTINA EN NEOPLASIAS LINFOPROLIFERATIVAS B REFRACTARIAS O EN RECAIDA

AUTORES: Romero Soria L, Lopez Vallejo Jf, Bonilla Galan C, Briegas Morera D, Meneses Mangas C, Groiss Buiza J. Hospital Infanta Cristina. Avenida De Elvas , S/N, 06006. Badajoz. España

OBJETIVOS: Determinar la eficacia y seguridad de Bendamustina en pacientes con síndromes linfoproliferativos crónicos tipo B (SPLC-B) refractarios o en recaída.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, realizado en pacientes diagnosticados de SLPC-B refractario o en recaída, tratados con Bendamustina en 2º línea o posterior, en monoterapia o asociado a otros fármacos, durante el periodo de Enero de 2010 a Noviembre de 2014.

A partir de la historia clínica en papel y electrónica (Jara®) y del programa de prescripción de quimioterapia (Farmatools®) se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, tratamientos previos, fecha de inicio y fin de bendamustina, línea de tratamiento y posología de bendamustina, fármacos concomitantes, duración de tratamiento y acontecimientos adversos. Los datos analíticos se obtuvieron del módulo informatizado del Servicio de Laboratorio y Análisis Clínicos (Cornalvo®).

La eficacia se midió en términos de respuesta, según los criterios del IWG "International Working Group": Respuesta Completa (RC), Respuesta Parcial (RP), Enfermedad Estable (EE), recaída o progresión (P); y en términos de supervivencia calculándose la supervivencia libre de progresión (SLP).

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS® versión 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 45 pacientes, 19 (42,2%) hombres y 26 (57,8%) mujeres, edad media de 62 años (23-86). Se identificaron 17 LLC, 9 Linfoma Folicular, 9 LBCG, 5 Linfoma MALT, 2 Linfoma del manto, 1 Linfoma linfoplasmocítico, 1 Linfoma Nodular de células pequeñas y 1 Macroglobulinemia de Waldenstrom. En 23 pacientes se usó Bendamustina en 3º línea, 12 en 2º y 10 en 4 línea o posterior. La dosis media fue de 140 mg administrados los días 1 y 2 de cada ciclo de 3 semanas para linfomas de bajo grado y cada 4 semanas para LLC.

Diez pacientes recibieron Bendamustina en monoterapia. En 14 se asoció con Rituximab 375mg/m² día 1; en 23 con alcaloides de la vinca (vincristina 1,4 mg/m² día 1, vinblastina 3,7 mg/m² día 1) y en 27 con glucocorticoides a dosis bajas día 1-5.

Después de una media de 4 ciclos (rango 1-6) y 3,3 meses de tratamiento, se obtuvieron un 48,9% RC (22 pacientes) y un 20% RP (9 pacientes). Sin embargo, un 31,1% (14 pacientes) progresaron. Tras una mediana de seguimiento de 9 meses, nuestros pacientes obtuvieron una SLP de 22 meses (IC 95%, 5-39) con Bendamustina, habiendo fallecido 18 pacientes (40%).

Del total de respuestas, un 51,6% fueron con Bendamustina en monoterapia versus 42,8% asociado a Rituximab, sin diferencias significativas en la SLP.

En cuanto a seguridad, fue necesaria reducción dosis y/o ampliación del intervalo en 31 pacientes (68,9%).

En 23 pacientes (51,1 %) se observó toxicidad hematológica: 9 anemia, 4 neutropenia, 1 trombopenia y 9 citopenias. Hubo 3 reacciones grado IV (2 citopenias y 1 trombopenia).

CONCLUSIONES: Bendamustina es una buena alternativa terapéutica, principalmente en 2º línea de tratamiento, aumentando la respuesta y expectativa de vida en pacientes con SLPC-B que han recaído a los estándares de tratamiento.

Bendamustina parece ser bien tolerada y cursa con reacciones adversas asumibles

La adición de Rituximab parece no aumentar la eficacia en nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1032. CISPLATINO Y CAPECITABINA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO: DATOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO AGAMENON

AUTORES: Rodríguez Palomo A, Alvarez Manceñido Fj, Zapico Garcia I, Faez Garcia L, Jimenez Fonseca P, Carmona Bayonas A.

Hospital Univ. Central De Asturias. Avenida De Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Describir la aplicabilidad, eficacia y tolerancia de cisplatino y capecitabina en cáncer gástrico avanzado, esquema de referencia en Europa y Estados Unidos desde los años 90 (Lacave AJ y col. Ann Oncol 1991).

MATERIALES Y MÉTODOS: AGAMENON es un estudio multicéntrico, observacional, ambispectivo de pacientes con cáncer gástrico avanzado, tratados entre 2008-2016, cuyo objetivo es caracterizar los factores pronóstico y el patrón de uso de quimioterapia. Los criterios de elegibilidad básicos fueron que el paciente hubiera recibido un doblete o triplete de quimioterapia en primera línea, con un periodo de seguimiento mínimo de 3 meses.

En este análisis se consideraron elegibles los pacientes tratados en 1ª línea con cisplatino 70 mg/m² día 1 y capecitabina 850 mg/m²/12 horas durante 14 días cada 3 semanas (dosis 20% inferiores a las del estudio fase III KanK YK y col. Ann Oncol 2009) entre enero 2009 y diciembre 2013.

La supervivencia libre de progresión y supervivencia global se analizaron mediante el método Kaplan y Meier. Las variables descriptivas se expresaron en medianas y porcentajes.

RESULTADO: A 31 de mayo de 2015, el registro contiene 740 pacientes de 16 centros, 184 de un hospital de tercer nivel. Se excluyeron 120 pacientes: 77 recibieron solo cuidados paliativos o monoquimioterapia, 22 recibieron otros esquemas de quimioterapia y 21 se trataron con trastuzumab (antierbB2).

Las características basales de los pacientes fueron: edad, mediana 65 años (rango 40-83), género 65,6%, hembras; ECOG0-1 78,1%; índice masa corporal: mediana 24,9 (normopeso: 18,5-25,0); 30 g/dl) 18,7%.

Las características del tumor se recogen a continuación. La distribución por localización fue:

esófago distal y unión gastroesofágica, 18,8%; cardias, 18,7%; cuerpo-fundus, 39,1% y antro-píloro, 23,4%. La mayoría de tumores fueron moderadamente diferenciados (grado 2), 46,9%, grado 1, 26, 6% y grado 3, 26,6%. Siguiendo la clasificación histológica de Lauren: 76,6% fueron de tipo intestinal y 23,4% de tipo difuso.

En relación con la carga tumoral: 57,8% presentaban ≥3 localizaciones metastásicas, 29,7%, dos y 12,5% una localización metastásica siendo los lugares más frecuentes con metástasis: hígado (43,7% de los pacientes), peritoneo (32,8%), pulmones (18,7%) y líquido ascítico (14,1%). El marcador tumoral CEA mostró un valor basal elevado (>6 ng/ml) en el 45,3% de los pacientes.

La intensidad de dosis a los 6 meses fue: cisplatino 0.93 y capecitabina 0.91.

La mediana de tratamiento fue: cisplatino 4,5 ciclos (3,15 meses) y capecitabina 5,5 ciclos (3,85 meses).

Las medianas de tiempo a progresión y supervivencia global fueron 5,4 (intervalo de confianza del 95%, 4,4-6,8) y 9,3 (intervalo de confianza del 95%, 7,1-12,5) meses, respectivamente.

La principal toxicidad fue: náusea 65,0%, anemia 58,3%, síndrome palmo-plantar 58,3%, fatiga 55,0% y la principal toxicidad grave, grado 3-4 fue: neutropenia 6,7%, trombosis 5,0%, vómitos 3,3%. En relación con la toxicidad más específica del cisplatino, los eventos vasculares de cualquier tipo, se presentaron en el 10% de los pacientes.

CONCLUSIÓN: El esquema cisplatino y capecitabina a dosis reducidas y en práctica clínica (pacientes no seleccionados) obtiene unos resultados en supervivencia similares a los de los ensayos clínicos con dosis plenas y su toxicidad es manejable.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

196. COMPARACIÓN DE DOBLETES Y TRIPLETES DE QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

AUTORES: Rodríguez Palomo A, Alvarez Manceñido Fj, García García T, Solís Hernández Mp, Jiménez Fonseca P, Carmona Bayonas A.

Hospital Univ. Central De Asturias. Celestino Villamil S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: El objetivo es la comparación de regímenes de quimioterapia, dobletes frente a tripletes, en términos de tasa de respuestas, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y toxicidad ajustando por variables pronósticas y características basales en pacientes con cáncer de esófago distal y gástrico avanzado irreseccable.

Método: AGAMENON es un estudio multicéntrico, ambispectivo, observacional sin intervención que tiene como objetivo analizar patrones terapéuticos y factores pronóstico en adenocarcinoma de esófago distal y estómago estadio IV.

Los criterios de elegibilidad básicos son que el paciente haya recibido un doblete o triplete de quimioterapia en primera línea y que el periodo de seguimiento mínimo sea de 3 meses.

El método Kaplan-Meier se empleó para analizar la SLP y SG y el test log-rank para detectar diferencias.

RESULTADOS: Se incluyeron 665 pacientes tratados entre 2009 y 2014, 202 con triplete y 443 con doblete en 22 centros españoles y un centro chileno.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el empleo de dobletes o tripletes según: edad, género, valor del marcador CEA > 20 ng/dl, grado tumoral, presencia de ascitis o metástasis óseas.

Los dobletes frente a tripletes se administraron más a pacientes con: mal estado general (18% frente 10%, p 0,01); >1 comorbilidad según la escala Charlson (16% frente 6%, p <0,001).

Los tripletes frente a dobletes se administraron más en cánceres con células en anillo de sello (46%-35%, p 0,005) y tipo difuso de Lauren (50%-35%).

Los pacientes con tumores potencialmente reseccables recibieron con mayor frecuencia tripletes (10%) que dobletes (5%), p 0,01.

Los tripletes con antraciclinas fueron los más usados: EOX (Epirrubicina, Oxaliplatino y Capecitabina) (20%).

Los dobletes con platino y fluoropirimidina fueron los más administrados: cisplatino-capecitabina (25%), FOLFOX6 (Fluorouracilo en infusión continua de 46 horas y Oxaliplatino) (17%), oxaliplatino-capecitabina (13%) y cisplatino-fluorouracilo (6%). El 9% recibió un esquema con docetaxel y el 2% con irinotecan.

La mejor tasa de respuestas obtenida con tripletes y dobletes fue: respuestas, 47%-38%, p 0,07 y progresiones, 16%-24%, p 0,056.

La SLP de tripletes frente a dobletes ajustando por factores pronóstico fue: 6,8-6,7 meses (HR 0,9, IC95% 0,76-1,3) y test Log-Rank: 0,4.

La SG de tripletes frente a dobletes ajustando por factores pronóstico fue: 19,2-13,9 meses (HR 0,76, IC95% 0,59-0,99) y test Log-Rank: 0,051.

Los pacientes tratados con tripletes tuvieron más toxicidad grave y más ingresos por toxicidad. Toxicidad grado 3-4 de tripletes frente a dobletes: alopecia 64-14%, neutropenia 35-15%, febril 9-5%, diarrea 9-4%. Ingresos por toxicidad: 30% en tripletes y 13% en dobletes.

CONCLUSIONES: En este estudio observacional, se observa una tendencia al uso de dobletes en pacientes frágiles y tumores Her2+ mientras que los tripletes se prefieren en tumores más agresivos o potencialmente reseccables si alcanzan una respuesta a la quimioterapia.

Los tripletes de quimioterapia se asociaron con mayor toxicidad que los dobletes sin claras ventajas en tasa de respuesta o supervivencia cuando se ajusta según características basales.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1182. COMPARACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIO, DE PALONOSETRON FRENTE A FOSAPREPITANT EN PREVENCIÓN DE NÁUSEAS Y VÓMITOS POR QUIMIOTERAPIA ÁLTAMENTE EMETÓGENA

AUTORES: Nucete Gallego B, Dolz Bubi E, Álamo Medina A, Lombardero Pin M, Otero Villalustre C, Santos Morín L. Hospital Insular. Avenida Marítima Del Sur. Las Palmas. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia del esquema antiemético: Fosaprepitant 150mg intravenoso (IV) + granisetron 1mg IV + dexametasona vía oral 12 mg día (d) 1, dexametasona 8 mg d2 y 8 mg cada 12 horas d3-4 (grupo F), frente a: Palonosetron 250mcg IV + dexametasona 20 mg IV d1 (grupo P), con motivo del cambio de un esquema antiemético por otro en nuestro Hospital, en quimioterapia altamente emetógena (antraciclina + ciclofosfamida).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo experimental de grupos paralelos de dos meses de duración. Se entregaron cuestionarios validados, nominales y voluntarios a todos los pacientes con cáncer de mama que iban a recibir quimioterapia altamente emetógena, indistintamente del número de ciclo. Durante el primer mes se proporcionó un cuestionario al grupo F y durante el segundo mes al grupo P, mediante el cual se evaluó el número de vómitos y el grado de náuseas en una escala del 1 (mínima o nula sensación) al 10 (máximas posibles) desde el d1 al d10 postquimioterapia. No se consideró la necesidad de medicación de rescate. Los datos se analizaron con la aplicación Excel®

RESULTADOS: De un total de 30 pacientes, todas mujeres, 27 cumplimentaron debidamente el cuestionario, 14 del grupo F y 13 del P, con una mediana de edad de 59 años (43-78 años). Ninguno de los pacientes del grupo F vomitó vs. 7,69% del grupo P, con una media de vómitos: 1, d1 y 2, d2. El resto de días no se presentaron. El número de pacientes que presentaron náuseas en el grupo F vs. P y media del grado de náuseas (GN) en cada día fue:

- d1: 3(21,42%) pacientes, GN=7,33 vs. 6 (46,15%) pacientes, GN=5,5
- d2: 3 (21,42%) pacientes, GN=7,67 vs. 7 (53,85%) pacientes, GN=5,57
- d3: 3 (21,42%) pacientes, GN= 6,67 vs.6 (46,15%) pacientes, GN.=5,17
- d4: 4 (28,57%) pacientes, GN= 6,5 vs. 7 (53,85%) pacientes, GN=4,43
- d5: 4 (28,57%) pacientes, GN= 5,75 vs. 4 (30,77%) pacientes, GN=4,75
- d6: 3 (21,42%) pacientes, GN=5,33 vs. 3 (23,08%) pacientes, GN=3,33
- d7: 2 (14,28%) pacientes, GN= 4,5 vs. 1 (7,69%) paciente, GN=5
- d8: 2 (14,28%) pacientes, GN=3 vs. 1 (7,69%) paciente, GN=7
- d9: 2 (14,28%) pacientes, GN=3 vs. 1 (7,69%) paciente, GN=5
- d10 2 (14,28%) pacientes, GN= 2,5 vs 1 (7,69%) paciente, GN=2

Se presentaron 28 episodios de náuseas en el grupo F vs 37 en el grupo P, RR=0,76 (76%), RAR=-0,85. La media de GN en el grupo F fue 5,22 y 4,77 en el grupo P.

CONCLUSIONES: Los pacientes que recibieron profilaxis antiemética con esquema basado en palonosetron vomitaron más y sufrieron mayor número de episodios de náuseas, pero de menor grado que los tratados con el esquema basado en fosaprepitant. No obstante, se precisan estudios posteriores que avalen los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

173. CRITERIOS CLÍNICOS Y FARMACOECONÓMICOS EN LA EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS INMUNOMODULADORES EN ESPAÑA: UTILIZACIÓN DEL METODO DELPHI PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ACTUAL E IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS DE CONSENSO EN INMUNO-ONCOLOGÍA

AUTORES: Alegre del Rey EJ, Clopés Estela A, Lamas Díaz MJ.

Hospital Universitario de Puerto Real. Carretera Nacional IV, km 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: Debido a la aparición de nuevos fármacos de inmuno-oncología (IO) y a su impacto en la toma de decisiones, se considera de interés analizar el grado de conocimiento actual de los criterios de evaluación de dichos fármacos entre los diferentes profesionales de la comunidad científica implicada. Los criterios clínicos y fármaco-económicos para evaluar los nuevos avances en IO están actualmente poco definidos. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de conocimiento de los criterios clínicos y farmacoeconómicos entre la comunidad científica española.

MATERIAL & MÉTODOS: Se empleó el método Delphi en un grupo multidisciplinar de oncólogos farmacéuticos hospitalarios y expertos en economía de la salud. El cuestionario tiene 36 sentencias agrupadas en 5 bloques: 1) objetivos de los tratamientos oncológicos en tumores avanzados, 2) fundamentos en IO, 3) evaluación de parámetros clínicos 4) evaluación de parámetros farmacoeconómicos y 5) variables con potencial relevancia en IO. El cuestionario se responde con una escala valorativa tipo Likert de 9 puntos (1=pleno desacuerdo; 9=pleno acuerdo). El consenso

se establece mediante la concordancia por terciles, si más de dos tercios de las respuestas (66,6%) están en el tercil del valor de la mediana se considera que hay consenso.

RESULTADOS: Aceptaron participar 101 expertos (40,6% oncólogos; 44,6% farmacéuticos y 14,8% economistas de la salud), recibándose 82 (81%) cuestionarios en primera ronda y 68 (67%) en la segunda. La consistencia interna del cuestionario fue elevada (α de C: 0,886 ($p < 0.001$)), así como la correlación entre las 2 rondas (R de Spearman: 0,946 ($p < 0.001$)). No fue necesaria una 3ª ronda al ser la variabilidad $< 10\%$ (delta CV 7,1%). Se obtuvo consenso en 29 de las 36 sentencias. Destacan los acuerdos en cuanto a que el beneficio clínico más relevante consiste en mejorar la supervivencia global con buena calidad de vida (98,5%; IC95%=95,6-99,3); la necesidad de mejorar las medidas de calidad de vida (95,6% IC95%=90,7-98,8) y emplear modelos que simulen la supervivencia a largo plazo de forma adecuada (89,7% (IC95%=82,9-97,1%), el elevado valor de analizar el coste/efectividad e impacto presupuestario para tomar decisiones (97,1%; IC95%=93,1-99,0), sobre la base de evaluaciones actualizadas del beneficio aportado (92,6%, IC95%=86,4-98,8), la inclusión de costes sociales (94,1%; IC95%=88,5-99,7), o la necesidad de establecer un rango de coste/AVAC (91,2%, IC95%=84,5-97,9), considerando si se incorporan criterios distintos al final de la vida (92,6%, IC95%=86,4-98,8). No se alcanzó consenso en el uso de la media o la mediana de la supervivencia para la evaluación clínica y económica.

CONCLUSIONES: Existe un alto grado de consenso entre los distintos profesionales de la salud tanto en aspectos clínicos como fármaco-económicos relacionados con la IO. La falta de acuerdo en la utilización de la media o la mediana de supervivencia podría reflejar que se trata de un problema metodológico aún en investigación.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

992. DECITABINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Garcia Marquez A, Guerrero Bautista R, Martinez Penella M, Ferris Villanueva E, Garcia Lagunar Mh, Perez Perez Ig.

Hospital Universitario Santa Lucia. Mezquita, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Se ha introducido la decitabina para el tratamiento de la leucemia mieloide aguda. Este compuesto es un análogo de la citidina dosoxinucleósido que inhibe de forma selectiva a las metiltransferasas, de manera que se produce una baja metilación del DNA y este hecho potencia la activación de genes supresores de tumores y la diferenciación y progreso del ciclo celular. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia en términos de supervivencia global y la seguridad de la decitabina según ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo que comienza en enero 2014 y abarca hasta mayo 2015 (17 meses) en el que seleccionamos pacientes con leucemia mieloide aguda cuya edad sea superior a 65 años y que no sean candidatos a terapia de inducción. La información relativa a los informes médicos es recopilada a través de la historia clínica electrónica del Hospital (Selene®) y los datos referentes a la prescripción, confirmación, validación y administración de tratamientos oncohematológicos son recogidos a través del programa Oncofarm®. La muestra son 6 pacientes con leucemia mieloide aguda, los cuales 4 son hombres y 2 son mujeres. La media de edad es 74 años. La eficacia se evalúa en términos de supervivencia global y en la seguridad describimos los efectos adversos acontecidos durante el tratamiento con decitabina.

RESULTADOS: en cuanto al número de ciclos, se administran una media de 2,6 ciclos. Según ficha técnica, se deben administrar al menos 4 ciclos para empezar a notar los efectos y en la mitad de los pacientes se alcanzan los 4 ciclos. La dosis media total es 440 mg, de la cual en ficha técnica recomiendan 100 mg/m² por ciclo de tratamiento (5 días consecutivos 20 mg/m², cada 28 días). En términos de supervivencia global, el 50% de los pacientes fallecen durante el tratamiento, uno abandona por diarrea incontrolable y otros dos continúan, de manera que se compara con la supervivencia global aportada en ficha técnica y se ve que no llegan a los 7,7 meses de supervivencia tras la primera administración. Por otro lado, los efectos adversos más frecuentes fueron la fiebre y la neutropenia, que aparecieron en e 50 % de los pacientes, seguido de la diarrea, que obligó a interrumpir el tratamiento y otros menos frecuentes pero no menos importantes como insuficiencia renal aguda, anemia y alteraciones en la micción.

CONCLUSIONES: los efectos adversos observados en la práctica clínica corresponden con los observados en ficha técnica del medicamento en cuanto a frecuencia y gravedad. Tan sólo en el caso de la insuficiencia renal no está descrito, aunque hay varias teorías que podrían explicar la aparición de este efecto. La eficacia no es la esperada, la mitad de los pacientes han fallecido antes de los cinco meses tras la primera administración de decitabina y deja algunas dudas que se resolverán con estudios de seguimiento más largos y con mayor tamaño muestral.

340. DEFIBROTIDE EN LA ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA POST TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORES: Escudero Vilaplana B, Alonso Castro V, Saavedra Quiros V, Maestro Nombela A, Ibarra Mira MI, Sanchez Guerrero A.

Hospital Universitario Puerta De Hierro. Joaquín Rodrigo, 2. Madrid. España

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es la principal causa de enfermedad venooclusiva hepática (EVOH) en países desarrollados. Afecta a un 10-60% de los pacientes, presentando una tasa de mortalidad en torno al 80% si no se trata.

Defibrotide es el único agente que se utiliza actualmente para el tratamiento de esta complicación, sin embargo presenta un coste elevado, por lo que nuestro objetivo es analizar su utilización en este contexto.

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo del uso de defibrotide por el Servicio de Hematología en un Hospital Universitario de tercer nivel durante un año (Agosto 2013-Agosto 2014). Los siguientes datos fueron recogidos a través de las historias clínicas y del programa de dispensación a pacientes ingresados: sexo, edad, enfermedad hematológica, tipo de trasplante hematopoyético, donante, indicación del uso del fármaco, posología, duración de tratamiento, eficacia y coste.

Defibrotide fue prescrito en un total de 12 pacientes, 10 de ellos hombres (83.3%) con una edad media de 42 (21-63) años.

Los pacientes sometidos a trasplante presentaban como enfermedad de base: leucemia mieloide aguda (4), aplasia medular (3), leucemia linfocítica aguda (2), mieloma múltiple (2), linfoma no hodgkin (1). Entre los tipos de TPH realizados, 6 eran de donante no emparentado (4 de sangre periférica y 2 de sangre del cordón umbilical) y 5 de donante emparentado (4 hermano, 1 madre). Un paciente no se trasplantó finalmente.

Las indicaciones para las que fue solicitado Defibrotide fueron: 3 como profilaxis de la EVOH (por haber presentado alteraciones hepáticas previas), 5 por sospecha de EVOH incipiente, 3 para el tratamiento de la EVOH y 1 para microangiopatía trombótica postrasplante. La duración media del tratamiento fue de 11,1 (1-18) días y las dosis empleadas fueron de 6,25 mg/kg cada 6 horas en todos los pacientes.

Se resolvieron todos los casos de EVOH a excepción de 1 que falleció por hepatitis fulminante. Ninguno desarrolló dicha complicación en los que había sido administrado profilácticamente.

Defibrotide ha demostrado ser eficaz en la profilaxis y tratamiento de EVOH post-TPH, considerándose de gran utilidad debido a la elevada tasa de mortalidad que conlleva la ausencia de farmacoterapia en este tipo de complicación. Sin embargo, debido a su elevado coste (443 euros/vial), su uso como profilaxis deberá someterse a un exhaustivo análisis.

1169. DESENSIBILIZACION A CARBOPLATINO EN PACIENTES CON CANCER DE OVARIO

AUTORES: Alonso Dominguez Mt, Manresa Ramon N, Rizo Cerda Am, Soria Soto M, Mora Gonzalez Am, Espuny Miro A.

Hospital Morales Meseguer. Avenida Marques De Los Velez S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Describir la seguridad de la pauta de desensibilización a carboplatino (DC) en pacientes que han presentado una reacción de hipersensibilidad (RHS) a dicho fármaco.

Analizar las RHS y posibles factores relacionados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron DC, durante los años 2011-2014. El protocolo utilizado tiene una duración de 6 horas, 12 pasos, con tres soluciones: A, B y C conteniendo: X/1000, X/100, X/10, siendo X los mg de carboplatino, respectivamente, diluidos en 250ml de suero glucosado al 5% cada una. La solución A se usó para los pasos del 1 al 4; la B del 5 al 8 y la C del 9 al 12. El tiempo entre cada paso fue de 15 minutos. Previo al protocolo se realizaron test cutáneos con carboplatino: Prick 10mg/ml e intradermoreacciones (ID) seriadas a 0.01, 0,1 y 1 mg/ml (el segundo sólo si el Prick fue negativo).

Datos recogidos: edad, diagnóstico, ciclos de quimioterapia antes y después de la desensibilización, reacciones adversas durante su administración, y tratamiento de rescate.

Fuente de datos: historia clínica y Oncofarm®.

RESULTADOS: Seis pacientes con carcinoma de ovario estadios II (1), III (4) y IV (1), con una mediana de edad de 65 años (49-73) fueron candidatos a la DC por considerarlo como fármaco irremplazable y más eficaz que sus posibles alternativas terapéuticas.

Recibieron una mediana de 11 ciclos (8-17) antes de la primera DC. Las RHS que justificaron la desensibilización fueron tres casos de angioedema facial y tres de urticaria aguda.

Todas ellas se dieron en la segunda línea de tratamiento, excepto una, que fue en la tercera. Ninguna de ellas necesitó noradrenalina.

De los test cutáneos realizados, una paciente dio positivo a ambos y dos de ellas a ID

La primera administración de DC se realizó en la unidad de cuidados intensivos.

Tres pacientes sufrieron RHS. Dos sufrieron exantema cutáneo y prurito, en el penúltimo y en el último paso, respectivamente. En ambos casos, la infusión se detuvo, se administró corticoides, y en menos de una hora se reanudó la infusión, sin consecuencias.

La tercera paciente, en el tercer paso, sufrió un enrojecimiento cutáneo, prurito, angioedema facial, dolor abdominal, cólico y diarrea. Se detuvo la infusión y se le administró corticoide. Ante la severidad de la reacción y la temprana aparición, se decidió suspender la pauta. Posteriormente se le cambió el tratamiento.

A las 5 pacientes a las que se le realizó con éxito la desensibilización, se les administró un total de 30 ciclos más, de los cuales, 26 se administraron sin RHS y 4 con prurito (en los últimos cuatro pasos), que remitió con corticoides.

CONCLUSIONES: -La desensibilización se realizó con éxito en el 83,3% (5) de los pacientes sin RHS graves, permitiendo la continuidad del tratamiento con carboplatino.

- El 83,3% de los pacientes candidatos a DC, se encontraban en su 2ª línea de tratamiento con carboplatino.

- El 85,7% de las RHS durante la DC se produjeron en los últimos 4 pasos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

430. DESENSIBILIZACIÓN AL FOLINATO CÁLCICO EN UN PACIENTE HEMATOLÓGICO

AUTORES: Monteserin Garrastatxu I, Fernández González J, Monforte Gasque MP, Etxeberria Uriz M, De Miguel Gaztelu M, San Juan Muñoz AE.

Complejo Hospitalario de Navarra. Irunlarrea 3. Navarra. España

OBJETIVO: Describir un protocolo de desensibilización al folinato cálcico en un paciente hematológico con hipersensibilidad confirmada en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 37 años diagnosticada de Leucemia Linfoblástica Aguda de células B precursoras en enero del 2015. Las terapias de inducción y de consolidación se llevaron a cabo según el esquema Pethema. La primera infusión de folinato cálcico le causó hinchazón de cara y la segunda también, especialmente en labios y úvula, además de disfgia. El test cutáneo realizado por el departamento de Alergología fue positivo en hipersensibilidad al folinato cálcico.

Al ser un fármaco irremplazable y dada la necesidad de administrar metotrexato a dosis altas y por consiguiente folinato cálcico, se propuso llevar a cabo una desensibilización y se estudió bibliografía sobre la desensibilización de agentes quimioterápicos. Finalmente se propuso realizar la desensibilización fraccionando una dosis total de 163mg de folinato cálcico en tres perfusiones a administrar en un tiempo total de 4 horas y media.

RESULTADOS: La dosis total de 163mg se fraccionó en tres perfusiones con la siguiente pauta de administración:

1º perfusión: 4mg de folinato cálcico en 250ml de glucosa 5%, siendo el tiempo total de infusión 1 hora. La velocidad de infusión fue la siguiente: 88ml/h durante 15 minutos, 100ml/h durante 15 minutos, 200ml/h durante 15 minutos y por último 400ml/h durante 15 minutos.

2º perfusión: 40 mg de folinato cálcico en 250ml de glucosa 5%, siendo el tiempo total de infusión 1 hora. La velocidad de infusión fue la misma que en la primera perfusión.

3º perfusión: 119mg de folinato cálcico en 250ml de glucosa 5%, en un tiempo total de 2 horas y media. La velocidad de infusión fue de 88ml/h, durante 15 minutos y después de 125ml/h hasta completar la perfusión.

La paciente toleró las perfusiones con resultado satisfactorio y en ciclos sucesivos se administró el protocolo de desensibilización sin ninguna incidencia.

CONCLUSIONES: Dada la relevancia clínica del folinato cálcico dentro de los protocolos de oncohematología y al tratarse de un fármaco no reemplazable dentro de los protocolos de metotrexato a dosis intermedias-altas, consideramos necesario establecer un protocolo de desensibilización que nos permita administrar el fármaco a dosis plenas en pacientes que presenten hipersensibilidad al mismo.

1092. DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A ANTINEOPLÁSICOS A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

AUTORES: García Lobato E, Bonilla Galán C, Estepa Alonso Mj, Meneses Mangas C, Briegas Morera D, Romero Soria L. Hospital Infanta Cristina. Avda/ Elvas S/N Cp: 06071. Badajoz. España

OBJETIVOS: Analizar las reacciones adversas a antineoplásicos que fueron registradas como diagnóstico de reacción adversa a medicamento (RAM) en el informe de alta hospitalaria a lo largo del año 2014, utilizando como herramienta el conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de un año de duración realizado en un hospital de referencia, en el que se analizaron las historias clínicas de pacientes dados de alta con diagnóstico de RAM a antineoplásicos e inmunosupresores, codificados en el CMBD con el código E933.1. Para ello, se solicitó al servicio de admisión la búsqueda electrónica de los informes de alta que incluyeran en alguno de los 20 campos del CMBD dicho código, seleccionamos a los pacientes en tratamiento antineoplásico pertenecientes al servicio de oncología-hematología de adultos, excluyendo a aquellos en tratamiento con inmunosupresores.

Se utilizó el programa de pacientes ambulatorios y externos de Dominion® para identificar los fármacos posiblemente implicados en la RAM, con los que se trataron a los pacientes días previos al ingreso.

Se recopilaron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, fecha de ingreso, sintomatología de la RAM, posibles fármacos implicados y estancia hospitalaria. La información obtenida fue analizada mediante la aplicación informática EXCEL.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 34 pacientes, 21 hombres (61,76%), con una edad media de 66 años (39-83). Entre los principales diagnósticos descritos en las historias clínicas se encuentran, por orden de frecuencia, cáncer de pulmón, mama, linfoma y colorectal.

Las principales RAM observadas por grupos farmacológicos fueron:

Epipodofilotoxinas (etopósido): hematológicas

Derivados de Camptotecina (irinotecan), Inhibidores de quinasas y anticuerpos monoclonales: gastrointestinales

Complejos de platino y antibióticos: neurológicas y hematológicas

Antimetabolitos: gastrointestinales y hematológicas

Alcaloides de la Vinca y taxanos: hematológicas, neurológicas y gastrointestinales

Los grupos de fármacos que mayor número de reacciones adversas produjeron fueron antimetabolitos (capecitabina, citarabina, gemcitabina), complejos de platino y taxanos, con un 17.19% cada uno de ellos.

Entre las RAM descritas el 32.76% fueron hematológicas, el 31.03% gastrointestinales, el 22.41% neurológicas y fueron minoritarias a nivel renal, pulmonar y dermatológico.

La estancia hospitalaria media por paciente fue de 8 días. El 73,53% de los pacientes acudieron a urgencias por una RAM asociada a recibir días previos algún ciclo de quimioterapia.

CONCLUSIONES: En este estudio se puede observar que la mayoría de reacciones adversas codificadas han sido producidas por antineoplásicos clásicos.

El análisis de codificaciones del CMBD al alta es un método complementario para obtener RAM de los pacientes ingresados en el hospital, así como identificar grupos farmacológicos dianas y poder realizar monitorizaciones periódicas. Se plantea la necesidad de realizar un seguimiento a los pacientes oncológicos y hematológicos en días posteriores a la quimioterapia con el fin de reducir los síntomas de estas reacciones adversas.

339. EFECTIVIDAD DE LOS ESQUEMAS FOLFIRINOX Y MPACT EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO

AUTORES: González de la Fuente G, Gutiérrez Nicolás F, Nazco Casariego GJ, Calzado Gómez G, González García J, González Perera I.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Carretera de Ofra, s/n, 38320. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de los tratamientos FOLFIRINOX y MPACT en la primera línea del cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico, así como identificar como posibles factores pronósticos el estado funcional (ECOG), el CA 19.9 y el ratio linfocito-neutrófilo (NLR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 2 años de duración (mayo 2013- mayo 2015) en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas localmente avanzado o metastásico a los que se les prescribió como tratamiento antineoplásico el esquema FOLFIRINOX (irinotecán 180 mg/m², oxaliplatino 85 mg/m², ácido folínico 400 mg/m² y fluorouracilo 2.400 mg/m² cada 15 días) o MPACT (nab-Paclitaxel 125 mg/m², gemcitabina 1.000 mg/m² días 1,8, 15 cada 28 días). Como variable de eficacia se registró la supervivencia libre de progresión (PFS). Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, ECOG, número de ciclos de cada esquema, localización de las metástasis, así como reducciones de dosis. Se evaluaron como posibles factores pronósticos, el CA 19.9, el ratio linfocito-neutrófilo (NLR) y el estado funcional ECOG. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del registro de preparaciones del programa OncoWin®. Para el análisis de supervivencia se utilizó la prueba de Kaplan-Meier y para el estudio de los factores predictivos el test log-rank.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron 25 pacientes (52% hombres) con una media de edad de 58,5 años [38-74]. La distribución de pacientes en función del ECOG fue: 76% ECOG=0 y 24% ECOG ≥ 1. El valor mediano de CA 19,9 fue de 1.190 U/mL [2-12.000.000] y el NLR medio de 5,2[1,4 – 13,8].

Las medianas de PFS fueron: 4,8 vs 2 meses (p< 0,05) para ECOG=0 y ≥1; 3 vs 2,9 meses (p> 0,5) para CA 19.9 menores y mayores a la mediana; y 3,7 vs 0,8 meses (p> 0,65) según NLR respectivamente.

Con el esquema FOLFIRINOX fueron tratados 15 pacientes con una mediana de PFS de 5,1 meses y 10 pacientes con el esquema MPACT mostrando una PFS de 2,5 meses.

El número de ciclos medios administrados a los pacientes con FOLFIRINOX fue de 6,2 frente a los 3,3 del MPACT. Las reducciones de dosis y/o suspensiones de tratamientos por toxicidad tuvieron lugar el 60% y 40% de los casos respectivamente.

Las PFS de cada grupo de tratamiento no fueron comparadas entre ellas por no tratarse de grupos homogéneos (13% vs 40% de ECOG ≥1, 7% vs 40% en n° de metástasis ≥ 2), para FOLFIRINOX y MPACT respectivamente).

CONCLUSIONES: En el presente trabajo hemos querido mostrar la efectividad de los tratamientos FOLFIRINOX y MPACT para el tratamiento en primera línea del cáncer de páncreas. A pesar de que nuestros resultados podrían indicar una mayor efectividad para el esquema FOLFIRINOX, esta afirmación únicamente podrá realizarse cuando se disponga de ensayos comparativos entre grupos de pacientes con características basales similares. El ECOG >0 se muestra como un factor pronóstico negativo, mientras que no encontramos diferencias estadísticamente significativas con los valores de CA 19.9 y NLR, probablemente por el pequeño tamaño muestral.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

624. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DIRIGIDO MÁS ALLÁ DE LA TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE RIÑÓN METASTÁSICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.

AUTORES: Lopez suarez D, Medina Gallego J, Matilla Fernandez B, Guindel Jimenez C, almendral muñoz ML, rodriguez sanchez A.

Complejo asistencial universitario de Leon. altos de nava de. León. España

OBJETIVO: 7 principios activos están aprobados en primera y segunda línea de carcinoma de células renales (CCR) metastásico. Pero los datos que apoyan su uso más allá de tercera línea son muy limitados. Resumimos nuestra experiencia en pacientes tratados con más de 3 líneas.

METODOLOGIA: Evaluamos retrospectivamente los resultados de 8 pacientes tratados en nuestro hospital con al menos 4 líneas de tratamiento. Se obtuvieron datos de Supervivencia Libre de Progresión (SLP) para cada línea y Supervivencia Global (SG).

RESULTADOS: Pacientes y características del tratamiento

En el momento del análisis (31 de mayo de 2015), el tratamiento seguía en curso en 3 pacientes (37,5%). Mediana de seguimiento de 62,7 meses rango(r) (27,0-85,7) desde el inicio del tratamiento sistémico.

De 54 pacientes con CCR metastásico tratados entre 2008 y 2015, 8 recibieron tratamiento más allá de la tercera línea (14,8%).

La primera línea de terapia se inició con Inhibidores de Tirocin Kinasa (ITKs). El porcentaje de los pacientes que recibieron inhibidores de mTOR aumentó en las siguientes líneas de terapia: el 100% de los pacientes fueron expuestos a un ITK y un inhibidor mTOR en las 4 primeras líneas de tratamiento.

El 37,5% de los pacientes han sido re-expuestos, a partir de la tercera línea al mismo ITK utilizado en primera línea. Dos pacientes continuaron tratamiento en quinta y sexta línea y uno fue tratado hasta la novena línea.

En las 3 primeras líneas de tratamiento las interrupciones fueron debidas a toxicidad (21%), a progresión (71%) y el resto por intervención quirúrgica. En cuarta línea, el 25% (n=2) continúan en tratamiento activo, el 25% interrump-

pieron el tratamiento por progresión, otro 25% por toxicidad y el 25% restante por éxitus. En quinta línea el 100% de las interrupciones fueron por progresión y en ambos casos se añadió una nueva línea de tratamiento.

Respuesta y resultados de supervivencia

La mediana de SLP en la primera, segunda y tercera línea fue, respectivamente, 7,5 r (0,5-34,5) 6,8 r (1,2-39,8) y 6,9 r (1,4-12,8) meses.

En los pacientes re-expuestos al mismo ITK (N=3) utilizado anteriormente (en todos sunitinib), dos continúan con tratamiento activo y otro paciente alcanzó una SLP de 19,3 meses en el primer retratamiento y de 1 mes en el segundo retratamiento.

La mediana de SLP en la cuarta línea fue 1,2 meses r (0,4-5,2).

La mediana de SLP en los dos pacientes en quinta línea fue 13,5 meses r (7,7-19,4), utilizando en uno de los casos retratamiento con el mismo ITK de primera línea.

La mediana de SG desde el momento de inicio de la terapia de primera línea fue 29,5 r (17,0-44,4) meses.

CONCLUSIONES: A pesar de las limitaciones del análisis retrospectivo, nuestro estudio sugiere que pacientes seleccionados se benefician de múltiples líneas de tratamiento, independientemente de la respuesta al tratamiento de primera línea.

A pesar de la falta de aval científico suficiente, el tratamiento más allá de la tercera línea se está incorporando a la práctica clínica asistencial en un grupo muy seleccionado de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

694. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB EN GLIOBLASTOMA MULTIFORME TRAS PROGRESIÓN A PRIMERA LÍNEA EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES: Ibar Bariain M, García Albás JJ, Goitia Rubio V, Andrés Moralejo MA, Nuñez de Sologuren M, Montoya Matellanes J.

Hospital Universitario de Araba - Txagorritxu. Jose Achotegui sn 01009. Alava. España

OBJETIVO: Evaluación de la efectividad y seguridad de bevacizumab a 10 mg/kg administrado cada dos semanas en pacientes con Glioblastoma Multiforme (GBM) tras progresión a primera línea de tratamiento (neurocirugía, radioterapia y temozolomida) en comparación con los ensayos pivotaes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que en el periodo de marzo de 2013 a mayo de 2015 fueron tratados con al menos dos ciclos de bevacizumab como segunda línea de tratamiento de GBM. Se analizó el tiempo hasta progresión evidenciado por RMN, la situación clínica, la dosificación de corticoides, los eventos adversos y la fecha de éxitus. La estimación de la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) se determinaron mediante Kaplan-Meier. Todos los pacientes fueron incluidos en ambos análisis.

La FDA aprobó aceleradamente la indicación de bevacizumab para GBM por la limitada opción de tratamiento disponible, basándose en la tasa de respuesta objetiva observada en dos estudios no comparativos de fase II de 85 y 56 pacientes. Se evidenció una mediana de duración de la respuesta de 4.2 meses (IC 95%, 3-5.7) y 3.9 meses (IC 95%, 2.4-17.4) respectivamente. La mediana de edad en ambos estudios fue 54 años y el 62% eran hombres. En el primero de los estudios, el parámetro para medir la eficacia fue la determinación de mejoría radiológica junto con el no aumento de la dosificación de corticoides, lo cual ocurrió en el 29.5% (IC 95%, 17-36.1).

RESULTADOS: Se incluyeron 9 pacientes. 4 de los 9 pacientes (44%) eran hombres. La mediana de edad fue 59 años. La mediana de SLP fue 3.9 meses (IC 95%, 2.7-5.1) y de SG fue 6.9 meses (IC 95% 5.5-8.2).

Según criterio clínico, tras el inicio del tratamiento el 44% de los pacientes mantuvieron una situación clínica estable y el 56% mejoraron neurológicamente. Al 62.5% de los pacientes se les pudo disminuir la dosis de corticoides a más de la mitad.

El parámetro de eficacia establecido en el primero de los estudios pivotaes se cumplió en 3 de los 9 pacientes (33%): se objetivó una remisión parcial en la primera RMN y no precisaron un aumento de la dosificación de corticoides. Por otro lado, todos los pacientes a los que no se les pudo disminuir la corticoterapia habían progresado en el primer control radiológico (33%).

Respecto a la seguridad, 4 pacientes manifestaron eventos adversos leves, de los cuales dos fueron astenia.

CONCLUSIONES: Pese a la limitada validez del actual estudio por los pocos pacientes que se pudieron incluir en el análisis, nuestros pacientes parecen obtener una respuesta modesta, similar a la de los estudios pivotaes de la FDA, valorando la SLP y el parámetro de eficacia del primer estudio pivotal. El tratamiento fue bien tolerado puesto que los eventos adversos fueron escasos, leves y no necesariamente atribuibles al tratamiento con bevacizumab.

347. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA O REFRACTARIO

AUTORES: Casado Vázquez L, Sáenz Fernández Ca, López Doldán Mdc, Gómez Márquez Am, Fernández González Mp, Varela Correa Jj.

Complejo Hospitalario Ourense. Ramón Puga, 54. Ourense. España

INTRODUCCIÓN: En el Linfoma de Hodgkin (LH) la quimioterapia de primera línea asociada o no a radioterapia conduce a una alta tasa de remisiones completas (RC) (80-90%), sin embargo existe un porcentaje de pacientes con LH que no alcanzan estas respuestas. El tratamiento estándar de los pacientes con LH refractarios o en recaída es la quimioterapia de rescate seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) con lo que se alcanza una tasa de RC del 50%. Brentuximab es una opción terapéutica en aquellos pacientes que no son candidatos al TAPH (30%) o bien recaen una vez realizado el mismo (50%). Se trata de un anticuerpo conjugado que se une al antígeno de superficie CD30 (expresado en el 90% de los LH) conduciendo a su muerte celular por apoptosis.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de Brentuximab en pacientes con LH en recaída o refractariedad al tratamiento previo en un hospital universitario de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con LH en recaída o refractario que iniciaron tratamiento con Brentuximab (1,8mg/kg peso, cada 3 semanas) entre julio del 2013 y octubre del 2014. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo LH, estadio, líneas previas, radioterapia, trasplante previo, número de ciclos recibidos y evolución. La efectividad se valoró mediante la respuesta confirmada por TAC y PET. Se registraron las reacciones adversas detectadas.

Los datos fueron recogidos a través del programa de prescripción electrónica oncológica ONCOFARM® v 2011.0.2.3 y de la historia clínica informatizada IANUS® v04.30.0324.

RESULTADOS: En el período estudiado, cuatro pacientes iniciaron tratamiento con Brentuximab, tres hombres y una mujer, con una mediana de edad de 28 años (17-31). Dos pacientes tenían LH celularidad mixta (estadio IIA y IIB respectivamente) y dos LH esclerosis nodular (estadio IIA y IIB-IVB respectivamente). Todos habían llevado al menos 4 líneas previas de tratamiento: ABVD (n=4), BEACOPP (n=2), GEMOX (n=3), ESHAP(n=2), Bendamustina (n=4) y Alentuzumab (n=1), dos de ellos con radioterapia asociada. Se realizó auto-trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) previamente en los cuatro pacientes. La mediana de ciclos de Brentuximab recibidos fue de 7 (rango 2-9). Tres de los cuatro pacientes completaron el tratamiento, sin requerir ajuste de dosis por toxicidad, y un paciente tras recibir dos ciclos presentó neutropenia severa con evolución desfavorable. La remisión completa se alcanzó en uno de los cuatro pacientes (con posterior trasplante alogénico), dos pacientes presentaron respuesta parcial y uno progresó durante el tratamiento.

En cuanto a las reacciones adversas relacionadas con el tratamiento sólo se observó en uno de los cuatro pacientes neutropenia severa.

CONCLUSIONES: En base a nuestros resultados, Brentuximab se presenta como una opción terapéutica efectiva en pacientes con LH en recaída o refractario trasTAPH. El perfil de toxicidad del fármaco fue aceptable. Dado que nuestro tamaño muestral fue muy limitado, sería necesario ampliar el estudio para confirmar los datos de efectividad y seguridad en su utilización.

907. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES: Llona Armada A, Aguirrezabal Arredondo A, Fernández Díaz E, Galve Calvo E, Pardo Santos N, Yurrebaso Ibarretxe Mj.

Hospital Universitario Basurto. Avenida Montevideo, Nº18. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del uso de eribulina en el tratamiento de cáncer de mama metastásico en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional realizado en todas las pacientes tratadas con eribulina hasta junio 2015, a dosis de 1,23 mg/m² días 1 y 8 cada 21 días. Variables recogidas: 1) Demográficas: sexo, edad, superficie corporal y 2) Clínicas: diagnóstico, tipo de receptores: HER-2, hormonales: estrógenos y progestágenos (RH), líneas terapéuticas metastásicas de quimioterapia previas (LTP), ciclos administrados, dosis, reducciones y/o suspensiones y motivo, fechas de inicio y fin de tratamiento, de progresión de la enfermedad y de éxitus si procede. Se analizó: 1) Efectividad: supervivencia libre de progresión (SLP) y 2) Seguridad: reacciones adversas según Common

Terminology Criteria for Adverse Events v4.0. Los datos se recogieron del programa Oncofarm® y de la historia clínica Osabide Global®, y el análisis estadístico se realizó con SPSS® Statistics v17.

RESULTADOS: 19 mujeres con una edad media de 56 años (SD: 11,75), con diagnóstico de cáncer de mama metastásico, siendo 15 (78,95%) Her-2 negativo y 12 (63,16%) RH positivos. Además de eribulina 3 pacientes recibieron quimioterapia antiHer-2 concomitante. Las pacientes recibieron una media de 3 LTP (SD: 1,20) (no revisados tratamientos hormonales); previamente a eribulina 13 y 6 pacientes recibieron taxanos y antraciclinas respectivamente (el resto los recibieron en adyuvancia), 17 pacientes recibieron capecitabina y 13 vinorelbina. 11 pacientes finalizaron el tratamiento, habiendo recibido una media de 7,91 ciclos (SD: 6,63), 6 debido a progresión de la enfermedad (3 fallecieron), 3 debido a un deterioro del estado general (una falleció), y 2 por toxicidad inaceptable (gastrointestinal G3 y neutropenia febril G4, a pesar de una reducción de dosis inicial por alteración de la función hepática y administración de factores estimuladores de colonias). 5 pacientes recibieron tratamiento antineoplásico posterior, continuando 3 pacientes con tratamiento activo al cierre del estudio. Continúan tratamiento 8 pacientes, habiendo recibido una media de 4,88 ciclos (SD: 2,53). La mediana de SLP obtenida fue de 7,33 meses (4,41 – 10,26). Respecto a la seguridad, ninguna paciente precisó reducción de dosis por toxicidad, excepto 2 que iniciaron con una reducción del 20% (0,98 mg/m²) por alteración de la función hepática. Las reacciones adversas más frecuentes: alopecia en 15 pacientes (78,95%), neurotoxicidad G1 y 2 en 13 pacientes (68,42%), astenia en 12 pacientes (63,16%), toxicidad digestiva en 7 pacientes (36,84%) (2 G3, con diarrea y mucositis), y neutropenia en 8 pacientes (42,11%) (2 G3 y 1 G4).

CONCLUSIONES: El uso de eribulina en nuestro estudio se adecuó a las condiciones de ficha técnica. El tratamiento con eribulina resultó una alternativa terapéutica bien tolerada en pacientes que ya habían recibido varias líneas de tratamiento. Los efectos adversos detectados fueron similares a los descritos en la bibliografía, destacando la alopecia en casi el total de las pacientes. La mediana de SLP fue superior a la obtenida en el ensayo de referencia EMBRACE (4,1 meses), y puesto que nuestro tamaño muestral fue limitado, es necesario ampliar el estudio para confirmar la eficacia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

609. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PERTUZUMAB Y TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES: Benito Ibáñez V, Espinosa Perez M, Viyuela De La Cal M, Machin Moron M, Güemes Garcia M, Oca Luis B. Hospital Universitario De Burgos. Avda. Del Cid, 96. Burgos. España

INTRODUCCIÓN: Se calcula que un 15-25% de las neoplasias de mama son HER2+. La perspectiva del tratamiento para enfermedad avanzada ha mejorado con la aparición de pertuzumab y trastuzumab-emtansina (T-DM1, aún no comercializado en España).

OBJETIVOS: Evaluar la seguridad y efectividad de los tratamientos de cáncer de mama metastásico HER2+ desde la aparición de pertuzumab y T-DM1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de mama estadio IV, HER2+, tratadas con pertuzumab y T-DM1 desde febrero-2013 hasta abril-2015. Datos recogidos: edad, tipo de cáncer, estado HER2, estado receptores hormonales, ECOG, localización de metástasis, líneas de tratamiento previas y posteriores, medicamentos asociados, número de ciclos, duración del tratamiento y reacciones adversas. Todo se obtuvo de la historia clínica digitalizada y programa informático de dispensación a pacientes ambulantes.

RESULTADOS: Se incluyeron 12 mujeres con una edad media de 55,5 años (39-78 años) y estado ECOG entre 0-1. Todas diagnosticadas de carcinoma tipo ductal infiltrante, a excepción de un caso inflamatorio.

El 58,33% de las pacientes eran positivas para receptores hormonales. Las localizaciones de las principales metástasis fueron hepáticas 50%, óseas 41,66%, pulmonares 41,66% y cerebrales 16,66%.

11 pacientes recibieron pertuzumab, el 63,63% de los casos como 1º línea de tratamiento avanzado, asociado a paclitaxel (63,63%). Sólo el 54,54% fue naïve para el tratamiento con trastuzumab. De las que llevaron trastuzumab en líneas anteriores, el 16,66% tenían metástasis cerebrales y el 16,66% lo llevó ya en enfermedad metastásica. 6 pacientes progresaron al tratamiento con pertuzumab (54,54%), siendo la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) 5,96 meses. 5 pacientes (45,45%) siguen en tratamiento al momento de corte del estudio con un rango muy diferente, desde 6,2 hasta 27,8 meses.

7 pacientes iniciaron T-DM1, 6 a la progresión con pertuzumab como 2,3 o 4º línea. Y una paciente sin tratamiento con pertuzumab lo hizo en 7º línea. 2 pacientes han progresado (28,57%) con una mediana de SLP de 3,61 meses. 5 pacientes siguen en tratamiento con un rango de 3 a 14,9 meses.

Las reacciones adversas encontradas fueron previsible, las más frecuentes: astenia, 100%, elevación de transaminasas 71,42% (solo para T-DM1), diarrea 33,33%, mareo e hiporexia 25%. Sólo en una ocasión se vio necesaria la interrupción momentánea del tratamiento con pertuzumab por toxicidad asteniforme G3 y gastroenteritis G2.

CONCLUSIONES: Hace falta más tiempo para tener todas las SLP y poder ver supervivencias globales. Las pacientes que progresaron a pertuzumab tienen una SLP muy baja comparada con el ensayo clínico CLEOPATRA (18,5 meses) que puede ser debido a que las características de algunos de nuestros pacientes difieren a las del ensayo. Las que progresaron a T-DM1, también tuvieron una SLP baja frente al ensayo clínico EMILIA (9,4 meses). Aún así, se puede ver que determinadas pacientes han superado las medianas de SLP de ambos fármacos y siguen en tratamiento, pudiendo ser esto relevante.

La tolerancia de ambos fármacos ha sido muy aceptable.

El uso más extendido de T-DM1 deberá esperar a la fijación del precio en España para determinar su coste-efectividad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

813. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SUNITINIB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO

AUTORES: Esteban Cartelle H, Lopez Montero E, Espino Paisan E, Touris Lores M, Bernardez Ferran B, Lamas Diaz Mj. Complejo Hospitalario De Santiago De Compostela. Avda. Da Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de sunitinib como tratamiento de primera línea en pacientes con Carcinoma de Células Renales metastásico (CCRM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con CCRM tratados con sunitinib entre agosto de 2007 y mayo 2015. Se identificaron a partir del programa de dispensación de farmacia (Silicon®). Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas (IANUS®). Se recogieron las siguientes variables: edad, performance status (PS), subtipo histológico, dosis de sunitinib y duración del tratamiento, reacciones adversas y motivo de retirada del tratamiento (progresión (PE), toxicidad o exitus). Para medir la efectividad se calculó la supervivencia global (SG) desde el inicio de tratamiento hasta éxitus, y el tiempo a la progresión de enfermedad (TTP) y la mejor respuesta obtenida durante el tratamiento (respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) mediante criterios radiológicos.

RESULTADOS: Se trataron 29 pacientes, 93,1% (n=27) hombres. La mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad metastásica fue de 59 años (rango=20-81). El PS al inicio del tratamiento era de 0 para el 31,03% (n=9) de los pacientes, de 1 para el 65,52% (n=19), de 2 para el 2,9% (n=1). El 86,2% (n=25) iniciaron a la dosis estándar de 50mg diarios durante 4 semanas, seguidas de 2 semanas de descanso (ciclo 6 semanas) y el 13,79% comenzaron el tratamiento a dosis ajustadas por insuficiencia renal (n=3) u otras causas (n=1). La mediana de tiempo de tratamiento a la fecha del análisis fue de 20,57 meses (rango=0,87-69,40). El 51,7% (n=15) de los pacientes continúan con sunitinib. El 34,48% (n=10) de los pacientes suspendieron el tratamiento por progresión o éxitus, y 13,79% (n=4) por toxicidad inaceptable.

La mejor respuesta alcanzada en el 42,86% (n=12) de los pacientes fue EE, en el 39,28% (n=11) RP, y en el 7,14% (n=2) RC. El 10,71% (n=3) de los pacientes progresó antes del primer TAC de evaluación. De 1 paciente todavía no se conoce la respuesta, por lo que no ha sido incluido en el análisis de efectividad. La mediana del TTP fue de 22,25 meses (rango=1,07-55,43) y la mediana de SG fue de 33,7 meses (rango=1,07-85,77).

Las reacciones adversas más frecuentes fueron: astenia (82,76%), mucositis (58,62%), hipertensión (55,17%), toxicidades cutáneas (52,17%), eventos hemorrágicos (44,83%), diarrea (41,38%), cambios de coloración en piel (34,48%), hipotiroidismo (31,03%), náuseas (31,03%). Se encontró una incidencia del 3,45% de citopenias grado 3 (neutropenia, anemia y trombopenia). Un 62,07% (N=4) de los pacientes precisaron reducciones o variaciones en la periodicidad de los ciclos y un 37,93% (n=11) discontinuaron temporalmente el tratamiento por toxicidad.

CONCLUSIONES: La efectividad en términos de TTP y SG en nuestra serie fue superior a la descrita en la bibliografía, siendo la tasa de respuesta tumoral similar. En cuanto a la seguridad, la mayoría de efectos adversos fueron de grado 1-2. Se efectuaron reducciones de dosis y variaciones de ciclo en una proporción mayor de pacientes que la descrita en el ensayo pivotal.

Es necesario mayor período de seguimiento para evaluar efectividad y seguridad a medio-largo plazo.

590. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS

AUTORES: Pardo Santos N, Aguirrezabal Arredondo A, Fernández Díaz E, Loizaga Díaz I, Llona Armada A, Yurrebaso Ibarretxe MJ.

Hospital Universitario Basurto. Avenida Montevideo 18. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del uso de everolimus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional que incluye a todos los pacientes tratados con everolimus. Los datos recogidos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas y de la aplicación informática Oncofarm®: edad, sexo, diagnóstico, línea, tratamientos previos, dosis, reducción de dosis, número de ciclos, motivo de interrupción, supervivencia libre de progresión y reacciones adversas clasificadas según Common Terminology Criteria for Adverse Events v 4.0. Los datos se recogieron del programa Oncofarm® y de la historia clínica Osabide Global®, y el análisis estadístico se realizó con SPSS® Statistics V17.

RESULTADOS: Se recogieron datos de 25 pacientes (11 hombres y 14 mujeres) con una edad media de 62 años (SD:11,08). 13 padecen cáncer renal estadio 4 (52%), 6 tumor neuroendocrino de origen pancreático (24%) y 6 cáncer de mama avanzado con receptor hormonal positivo (24%).

9 de los pacientes con cáncer renal recibieron everolimus en 2º línea tras sunitinib (69,2%), y 4 en 3ª línea (30,8%) tras sorafenib (n=1), pazopanib (n=2) o axitinib (n=1) durante una media de 4,7 ciclos (SD:3,3) hasta finalización. Las causas de interrupción fueron progresión (n=6), empeoramiento del PS (n=4), sepsis (n=1) y toxicidad G4 (n=19). Al final del estudio sólo uno continúa tras 5 ciclos y 9 han fallecido.

Todos los pacientes con tumor neuroendocrino fueron tratados en primera línea con everolimus y finalizaron, tras progresión, habiendo recibido una media de 7,5 ciclos (SD:9,3) (3 fallecen). Sólo 1 sigue actualmente tras 7 ciclos.

Everolimus más exemestano se utilizó en 2ª, 3ª o 4ª línea en las 6 pacientes con cáncer de mama (todas fueron tratadas previamente con anastrozol o letrozol). 5 finalizaron el tratamiento, 4 por progresión y 1 por empeoramiento del PS (fallece) habiendo recibido de media 7,2 ciclos (SD:5,3). Al final del estudio solo una de ellas continúa, tras 11 ciclos.

La mediana de SLP hasta la fecha en los pacientes con cáncer renal fue de 9,8 meses, en tumor neuroendocrino 9,25 meses y en cáncer de mama 11 meses.

En cuanto a seguridad, el 56% de los pacientes presentó reacciones adversas: 24% fueron grado 2 (n=6), 16% grado 3 que obligaron a reducir la dosis a 5mg/24h (n=4) y 16% grado 4 que implicaron la suspensión del tratamiento (n=34). Las reacciones adversas más frecuentes fueron rash cutáneo, mucositis e hiperglucemia (16%), edemas y astenia (12%), elevación de las transaminasas, conjuntivitis y neumonitis (8%).

CONCLUSIONES: Todos los tratamientos con everolimus se ajustaron a las indicaciones de ficha técnica. La supervivencia libre de progresión en los pacientes con cáncer renal y de mama estudiados ha sido mayor que la esperada según los estudios pivotaes (4,9 meses en RECORD-1 4,9 y 7,82 meses en el BOLERO-2) mientras que en los pacientes con tumor neuroendocrino ha sido inferior (11,7 meses en el RADIANT-3). Sin embargo, debido al pequeño tamaño de la muestra, los resultados no son estadísticamente significativos. Los efectos adversos recogidos se encuentran descritos en ficha técnica.

1122. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TEMSIROLIMUS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO

AUTORES: Espino Paisán E, Lopez Montero E, Esteban Cartelle H, Mosquera Torre A, Bernardez Ferran B, Lamas Diaz Mj. Complejo Hospitalario Universitario De Santiago. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Temsirolimus constituye el tratamiento de primera línea en carcinoma de células renales metastásico (CCRM) con factores de mal pronóstico, tanto en histología de células claras como de células no claras. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y seguridad de temsirolimus en pacientes con CCRM tratados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES/MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con temsirolimus desde octubre de 2007 hasta mayo de 2015 o éxitus. Los pacientes fueron identificados en el programa de prescripción electrónica (ONCOFARM®). Se recogieron las siguientes variables de estudio: edad al diagnóstico de la enfermedad metastásica, performance status (PS), histología (células claras vs no-claras), línea de tratamiento, duración de tratamiento, reacciones adversas, reducciones de dosis, motivo de retirada de tratamiento (progresión (PE), toxicidad o éxitus).

Para medir la efectividad se utilizó la supervivencia global (SG) desde el inicio de tratamiento hasta éxitus; tiempo hasta progresión de la enfermedad (TTP); y la mejor respuesta obtenida durante el tratamiento (respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE)) medida mediante criterios radiológicos. Todos los datos fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica (IANUS®).

RESULTADOS: Se trataron 14 pacientes, de los cuales 10 (71,4%) fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad metastásica fue de 61,6 años (53,2-75,7). Variable histológica en el diagnóstico: 5 (35,7%) CCR de células claras; 4 (28,6%) de células no-claras; y 5 (35,7%) no diferenciado. 12 (85,7%) de los tratamientos fueron iniciados en primera línea. El PS al inicio de tratamiento era de 0 en el 7,1% (N=1) de los pacientes; 1 en el 28,6% (N=4); 2 en el 28,6% (N=4); 3 en el 35,7% (N=5). La mediana de duración de tratamiento fue de 2,3 meses (rango=0,2-30,3). El 57,1% (N=8) de los tratamientos fueron suspendidos por PE, el 35,7% (N=5) por éxitus y el 7,1% (N=1) por toxicidad.

En cuanto a la mejor respuesta obtenida durante el tratamiento fue EE en el 42,8% (N=6) de los pacientes. La mediana de TTP fue de 1,7 meses (rango=0,2-30,3). La mediana de SG fue de 5,5 meses (rango=0,2-36,2).

A la finalización del estudio, el 100% de los pacientes (N=14) fueron éxitus.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron: anemia (71,4%), astenia (57,1%), anorexia (57,1%), hipertrigliceridemia (42,9%), mucositis (35,7%), edema (35,7%), aumento de creatinina sérica (35,7%), hiperlipidemia (28,6%), diarrea (21,4%), infecciones (21,4%), neutropenia (14,3%), náuseas (14,3%), hiperglicemia (14,3%), rash (7,1%) y neumonitis intersticial (7,1%). En 9 (64,3%) pacientes hubo interrupciones temporales de tratamiento por toxicidad y en 1 paciente hubo discontinuación permanente por este motivo. No hubo reducciones de dosis.

CONCLUSIONES: La efectividad en términos de TTP y tasa de respuesta fue inferior al descrito en la bibliografía. La tasa de respuesta fue limitada a EE. En cuanto a seguridad, los efectos adversos fueron en su mayoría de grado 1-2, con similar incidencia y tasa de interrupciones del tratamiento por toxicidad a las descritas en la bibliografía.

La muestra del estudio fue pequeña. Son necesarios más estudios con mayor tamaño muestral para extraer más conclusiones.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1244. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CARCINOMA DE VEJIGA METASTÁSICO

AUTORES: Pérez Díez C, Agustín Ferrandez Mj, Abad Sazatornil Mr, Navarro Pardo I, Castiella García M, Escolano Pueyo A.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo De Isabel La Católica, 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVO: Evaluación de efectividad y seguridad de tratamientos utilizados en cáncer de vejiga metastásico (CVM).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes diagnosticados de CVM en tratamiento quimioterápico para la enfermedad metastásica durante 2014. Se realizó seguimiento hasta abril-2015. Variables registradas: sexo, edad, extensión de la enfermedad, subtipo histológico, localizaciones metastásicas, número de líneas, esquemas de tratamiento y ECOG al inicio. Variables de efectividad: SLP, SG y tasas de respuesta según criterios RECIST. Variables de seguridad: % de retrasos en tratamientos; efectos adversos y gravedad; % de pacientes que precisaron EPO y G-CSF. Fuente de datos: historia clínica y farmacoterapéutica (Oncowin®).

RESULTADOS: Se incluyeron 20 pacientes, hombres 75%, edad media al diagnóstico: 65,3 años (56 -74), hipertensos 35%, 75% no fumadores y 10% ex fumadores. El 15% presentaban carcinoma vesical no músculo invasivo, 65% músculo invasivo localizado y 20% metastásico. Grado de diferenciación: 1 (15%), 2 (25%), 3 (45%), y 4 (5%); 100% carcinomas de células transicionales; localizaciones metastásicas: ganglionares (50%), óseas (30%), hepáticas (10%) y pulmonares (5%). Los tumores músculo invasivos se trataron con cistectomía radical (62%), nefroureterectomía (38%) y quimioterapia adyuvante (46%) basada en platinos en el 84% de los casos. Para la enfermedad metastásica, el 65%, 20% y 5% recibieron 2, 3 y 4 líneas de tratamiento respectivamente. El 55%, 66,7% y 33,3% presentaban ECOG 0 al inicio de la 1ª, 2ª y 3ª línea de tratamiento. Esquemas más utilizados en 1ª línea: carboplatino-gemcitabina (10), gemcitabina (3) y paclitaxel (2); en 2ª línea: vinflunina (4) y en 3ª: docetaxel (2). En 1ª línea se obtuvieron 3RC, 2RP, 2EE y 13 PE, mediana SLP: 13,1 meses (7,5-18,7). Las tasas de RC, RP y EE según el esquema de tratamiento fueron: carboplatino-gemcitabina (30%, 0%, 10%); gemcitabina (0%, 34%, 0%) y paclitaxel (0%, 50%, 0%). En 2ª línea se obtuvieron: 4RP y 7 PE, mediana SLP: 9,3 meses (0,1-18,5) y en 3ª 4PE, mediana SLP: 2,9 meses (0-11). Mediana de SG: 15,5 meses (0-39,4).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la SLP en función de los esquemas quimioterápicos utilizados en 1ª línea: carboplatino-gemcitabina (9,4 meses), gemcitabina (11,7 meses) y paclitaxel (9,3 meses) (p=0,79). En 2ª línea, la mediana de SLP varía significativamente en función del tratamiento: carboplatino-gemcitabi-

na (14,2 meses), gemcitabina (14 meses) y vinflunina (10 meses) ($p=0,002$). Las reacciones adversas grado 1-2 más frecuentes: astenia (75%) (asociada a carboplatino+gemcitabina y gemcitabina en monoterapia), vómitos (45%) y anemia (40%) (fundamentalmente asociadas a carboplatino+gemcitabina), fiebre (25%) y aumento de transaminasas (14%); y grado 3-4: fiebre (13%) y anemia (10%). Se produjeron 13 retrasos en la administración en 1ª línea (65%) y 5 (38,5%) en 2ª. El 10% (2/20) y 15% (3/20) de los pacientes precisaron tratamiento con EPO y G-CSF respectivamente.

CONCLUSIONES: No se han evidenciado diferencias en la SLP entre los distintos regímenes utilizados en el tratamiento de primera línea del carcinoma vesical metastásico. Los tratamientos han presentado toxicidad manejable sin afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes, siendo la mayoría de las reacciones adversas detectadas de grado 1-2.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

329. EFICACIA DE UN PROTOCOLO ANTIEMÉTICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA DE RIESGO EMETÓGENO MODERADO

AUTORES: Trujillano Ruiz A, Garrido Siles M, Moreno Santa María M, Blanco Rivas Me, Onteniente Candela M, García-Molina Sáez C.

Hospital Costa Del Sol. Autovía A-7, Km 187. Málaga. España

OBJETIVO: El objetivo del estudio es evaluar de forma prospectiva la eficacia de un protocolo antiemético en pacientes con tumores sólidos en tratamiento de quimioterapia (QT) de riesgo emetógeno moderado (según clasificación de Hesketh et al).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron en el estudio los pacientes que recibieron tratamiento entre 01/10/14 y 30/04/15. El protocolo de profilaxis antiemética para este grupo de pacientes en nuestro Centro consiste en: dexametasona 12 mg iv + granisetron 1 mg iv previo a QT y dexametasona 8 mg vo días +1 y +2 junto con metoclopramida antes de cada comida. En pacientes no respondedores se añade para control de la emesis retardada un antagonista 5-HT₃ vo y en caso de no mejoría se trata como esquemas de riesgo emetógeno alto.

Previamente a la administración del primer ciclo de QT, en la consulta de farmacia de hospital de día, todos los pacientes reciben información sobre manejo de náuseas/vómitos así como del tratamiento antiemético dispensado. En visitas posteriores y antes de cada ciclo, el paciente es evaluado por el oncólogo y posteriormente, el farmacéutico de la Unidad realiza una entrevista semiestructurada para valorar el grado de adherencia, la eficacia y la necesidad de cambios en la profilaxis antiemética.

Esta información queda recogida en el programa de prescripción electrónica de quimioterapia (Oncofarm®) para que el oncólogo tenga acceso a la misma.

La respuesta al tratamiento se evaluó analizando el porcentaje de pacientes con Respuesta Completa (RC) y Control Completo (CC) en las fases aguda y retardada durante los cuatro primeros ciclos de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 57 pacientes, 46% mujeres, con media de edad 63 ± 7 años. Los tratamientos de QT administrados fueron: FOLFOX (\pm terapia biológica): 19%; FOLFIRI (\pm terapia biológica): 19%; XELOX: 17%; docetaxel/ciclofosfamida (\pm trastuzumab): 15%; otros: 30%.

Obtuvieron RC, definida como ausencia de episodios eméticos sin necesidad de medicación de rescate, el 96.5% de los pacientes (sólo dos pacientes presentaron vómitos en los días posteriores al tratamiento). Respecto al CC, un 84.2% de los pacientes no tuvieron vómitos ni náuseas moderadas/graves tras la administración de quimioterapia. De los 9 pacientes que no obtuvieron CC, uno lo obtuvo tras toma correcta del tratamiento antiemético dispensado (mala adherencia en primer ciclo), en 5 pacientes (8.8%) se consiguió CC tras adición de un antagonista 5-HT₃ y en 4 pacientes (7%) fue necesario administrar el protocolo antiemético usado en QT altamente emetógena. Un 8.8% de los pacientes no presentaron náuseas ni vómitos en los 4 ciclos evaluados en el estudio a pesar de no tomar ningún fármaco para prevención de emesis retardada.

CONCLUSIONES: -El manejo de náuseas/vómitos asociados a QT por parte del farmacéutico de la Unidad de hospital de día permite un control eficaz de la profilaxis antiemética en pacientes tratados con quimioterapia intravenosa moderadamente emetógena.

-El seguimiento de los pacientes y la adecuación del protocolo de forma individualizada son puntos clave para optimizar la eficacia del tratamiento antiemético en pacientes refractarios.

82. EFICACIA DE VEMURAFENIB EN EL MELANOMA MESTASTÁSICO

AUTORES: Quesada Sanz Mp, Guerra Estévez D, Márquez Fernández E, Villanueva Jiménez P, Mateo Quintero Jm, Sánchez Piñero Ji.

Hospital Punta De Europa. Carretera De Getares S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: Vemurafenib es un fármaco capaz de inhibir específicamente la proteína BRAF mutada, presente en aproximadamente la mitad de todos los casos de melanoma. Nuestro objetivo es estudiar la eficacia de vemurafenib en los pacientes diagnosticados de melanoma BRAF positivo no resecable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con melanoma metastático y con mutación BRAF V600 positiva que iniciaron tratamiento oral en monoterapia con vemurafenib desde enero 2012 hasta abril de 2015, ambos inclusive. Los datos se obtuvieron del programa de dispensación de pacientes externos Dipex® y mediante revisión de las historias clínicas. Todos los pacientes recibieron una dosis inicial de vemurafenib de 960 mg dos veces al día. Como criterios de eficacia se consideraron la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP), obtenidas mediante el método de Kaplan-Meier y definidas como el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la fecha de éxitus o de progresión, respectivamente, censurando aquellos pacientes que no hubieran fallecido o progresado al final del estudio.

RESULTADOS: 5 mujeres con una edad media de 51,8± 12,0 años, iniciaron tratamiento con vemurafenib durante el periodo de estudio, 3 en primera línea, una tras inmunoterapia adyuvante con INF alfa 2b y otra en segunda línea tras el uso de INF alfa 2b y posteriormente ipilimumab que finalmente se suspendió por progresión cerebral. El estado funcional ECOG en todos los casos estuvo comprendido entre 0 y 1. En cuanto al estadio de la enfermedad, una paciente presentó metástasis con afectación ganglionar (estadio M1a), 2 metástasis pulmonares (estadio M1b) y otras 2 presentaron metástasis en SNC y en mucosa gástrica (estadio M1c), respectivamente. De las 5 pacientes, sólo la paciente con estadio M1a se encuentra actualmente con respuesta parcial a vemurafenib y 4 fallecieron durante el periodo de estudio. La mediana de supervivencia global fue de 9 meses con un IC95% (rango 0,4-17.5) y la mediana de SLP fue de 6 meses con un IC95% (rango 3.8-8.1).

CONCLUSIONES: Los datos obtenidos en SG son inferiores a los publicados en el estudio pivotal BRIM3 (9 meses vs 13.6 meses), mientras que no se observaron grandes diferencias en la SLP (6 meses vs 6.87 meses estudio BRIM3). Contrario a lo publicado, en nuestro caso no podemos afirmar que las pacientes con peor pronóstico sean las de mejor respuesta.

95. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA R-IMVP16 COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN LINFOMAS.

AUTORES: Saenz Fernandez Ca, Lopez Diaz M, Albors Ferreiro M, Guzmán Fernandez R, Pastoriza Cruz Mdc, Campoy Garcia F.

Complejo Hospitalario Universitario De Ourense. Ramón Puga 52-54. Ourense. España

El tratamiento estándar de los linfomas en recaída es la quimioterapia a altas dosis seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TPH). El esquema óptimo de rescate sigue sin definirse. El pronóstico de los linfomas en recaída o refractariedad (RR) es pobre, sobre todo si no se consolida con TPH. Hallar quimioterapias efectivas y con poca toxicidad es un reto vigente.

OBJETIVO: El objetivo principal es analizar el porcentaje de respuestas de R-IMVP16 en pacientes diagnosticados de linfoma en RR. Como objetivos secundarios evaluar la supervivencia global (SG) y toxicidad hematológica y extrahepatológica del esquema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo desde enero de 2007 hasta mayo 2015, donde se incluyeron pacientes que recibieron tratamiento con R-IMVP16 con el diagnóstico de linfoma en RR en un hospital de 2º nivel. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica ONCOFARM®, y de la historia clínica informatizada IANUS®.

Quimioterapia: R-IMVP16: ifosfamida 1000mg/m² días 1-5, etopósido 100mg/m² días 1-3, metotrexate 30mg/m² día 3 y rituximab 375mg/m² día 5 de cada ciclo. Pegfilgastrim 6mg subcutáneo el día 6. El esquema se administra ingresado cada 28 días.

Evaluación de la respuesta: mediante examen físico y tomografía computarizada del tórax y el abdomen. La remisión completa (CR): desaparición de toda evidencia clínica y radiográfica de enfermedad; respuesta parcial (RP): reducción

>50% de la enfermedad medible; enfermedad estable (EE): cualquier respuesta menor que RP; enfermedad progresiva (EP): aumento del tamaño de las lesiones y/o síntomas.

Evaluación de la toxicidad: con escala NCI-CTCAE.

Análisis estadístico: software LibreOffice Calc para el análisis. La SG: intervalo entre el ciclo 1 de R-IMVP16 y la muerte por cualquier causa o pérdida de seguimiento. Las variables analizadas fueron: sexo, fecha de nacimiento, edad al diagnóstico, diagnóstico, fecha de recaída, edad a la recaída, diagnóstico a la recaída, fecha de muerte, causa de muerte, estadio a la recaída, afectación extranodal, masa Bulky > 10cm, ECOG, IPI, nº líneas previas, fecha, dosis y nº de ciclos de IMVP16, analíticas (LDH, neutrófilos, Hb y plaquetas, creatinina) al momento basal y nadir, tipo de respuestas, ingresos por neutropenia febril.

RESULTADOS: Se identificaron 53 pacientes con edad media a la recaída 64,7 años. El 48% eran mujeres. RC: 23,5%; RP: 20,6%; EE: 8,8%; EP: 44,12%. Anemia \geq grado 3 en el 11% de los ciclos. Neutropenia \geq grado 3 17,5%. Trombopenia \geq grado 3 17,4%. Ninguna infección significativa. No toxicidad extrahematológica \geq grado 2. La SG fue 22,2 meses.

CONCLUSIONES: R-IMVP16 es un esquema eficaz como tratamiento de rescate de pacientes con linfoma y con un perfil tóxico aceptable.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

493. EFICACIA Y TOXICIDAD DE BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO PLATINO-RESISTENTE

AUTORES: Vanrell Ballester A, Nigorra Caro M, Armengol Alert A, Lopez Barros D, Company Bezares F, Vilanova Bolto M.

Son Llätzer. Carretera Manacor Km.4. Islas Baleares. España

OBJETIVO: Evaluar eficacia y toxicidad de bevacizumab como uso compasivo en pacientes con cáncer de ovario platino-resistente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo entre julio 2007-abril 2015. Se incluyeron todas las pacientes con cáncer de ovario platino-resistente tratadas con bevacizumab en un hospital de segundo nivel. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica y del programa de prescripción onco-hematológico.

Se recogieron: edad, peso, terapias previas y posteriores, tiempo entre la última dosis de quimioterapia (QT) e inicio de bevacizumab, dosis de bevacizumab y fármaco combinado, retrasos, causas de fin de tratamiento, toxicidades, ascitis, fecha de inicio, fin, progresión y éxito. Para evaluar la eficacia se calculó Supervivencia Global (SG) y Supervivencia Libre de Progresión (SLP).

RESULTADOS: Iniciaron tratamiento diez pacientes, aunque para el análisis no se tuvieron en cuenta dos pacientes que recibieron una única dosis de bevacizumab. La edad mediana fue 59 años (48-71) y peso 67Kg (50-95). La mediana de líneas anteriores fue cuatro (2-4) y los tratamientos previos: carboplatino+paclitaxel (8 pacientes), topotecan (4), carboplatino+Doxorrubicina Liposomal Pegilada (DLP) (3), carboplatino+gemcitabina (2), DLP (3) y otros esquemas (4). La mediana de tiempo entre última QT y bevacizumab fue de 1,5 meses (0,2-8) y la dosis mediana recibida 1012,5mg (250-1425).

Tres pacientes recibieron bevacizumab en monoterapia y en cinco se combinó con otro fármaco: paclitaxel (3 pacientes) mediana de dosis 131,2mg (126,4-154,4), DLP (1) dosis 59,2mg y carboplatino 532,8mg + paclitaxel 126,4mg una paciente. La duración mediana de tratamiento fueron 6 ciclos (2-19) y la causa de fin: progresión (5), deterioro del estado general (1) y toxicidad (1).

Cinco pacientes recibieron tratamiento tras bevacizumab: carboplatino+gemcitabina (1 paciente), trabectedina (1), cisplatino (1), topotecan (1), carboplatino+DLP (1), gemcitabina (1), ensayo (1).

En una paciente se produjeron cuatro retrasos en la administración de bevacizumab y en otras cinco se produjo sólo uno, las causas más frecuentes fueron infección (3 pacientes) y proteinuria (2).

Las toxicidades más frecuentes fueron: fatiga grado 1-2 (7 pacientes) y grado 3 (1); xerostomía grado 1-2 (7); neurotoxicidad grado 1-2 (5) y grado 3 (1); estreñimiento grado 1-2 (4) y grado 3 (2); náuseas grado 1-2 (2) y grado 3 (3); mucositis grado 1-2 (4) y grado 3 (5), neutropenia grado 3 (1) y trombopenia grado 1-2 (2). Las toxicidades atribuibles a bevacizumab (HTA y proteinuria) aparecieron en tres pacientes y fueron leves (grado 1-2). Dos pacientes presentaron ascitis previa a la primera administración de bevacizumab y en ambas se resolvió durante el tratamiento. La mediana de SG fue de 6,2 meses (0,7-25,7) y SLP 4,7 meses (0,7-23,7). Al finalizar el periodo de seguimiento dos pacientes seguían vivas, una de ellas en tratamiento con bevacizumab.

CONCLUSIONES: La SG y SLP parecen ser menores que en el estudio pivotal AURELIA (SG 16,6meses y SLP 6,7meses), con igual duración de tratamiento y similar perfil de toxicidades, considerando que tres de las pacientes recibieron monoterapia a diferencia del estudio pivotal.

La diferencia en la eficacia entre la práctica real y el estudio pivotal podría atribuirse a que las pacientes de este estudio habían recibido más terapias previas y la enfermedad se encontraba más avanzada al iniciar bevacizumab.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

607. ERRORES DE EXACTITUD EN LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIAS CON PEQUEÑOS VOLÚMENES DE FÁRMACO. ESTUDIO PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS PARA PEDIATRÍA.

AUTORES: Oliveras Arenas M, Molas Ferrer G, Renedo Miró B, Farriols Danés A, Carreras Soler MJ, Martínez Cutillas J. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: En pediatría, la mitad de las preparaciones de antineoplásicos por vía parenteral contienen volúmenes de fármaco inferiores a 5ml. Según la USP, el máximo error de exactitud permitido es de $\pm 10\%$. El paso de un control de calidad basado en la verificación farmacéutica visual y control por pesada del producto final a un nivel superior, con control gravimétrico previo y posterior a la adición del citostático en la línea de producción, puede suponer un aumento en las preparaciones no aptas. El objetivo del presente estudio es conocer los porcentajes de error que se producen en la práctica y determinar el punto de corte a establecer para que la mayoría de preparaciones superen el control de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se eligieron para el cálculo preparaciones de quimioterapia con volúmenes de fármaco inferiores a 5ml. El proceso de preparación fue verificado por un farmacéutico observador, a la vez que se registró la pesada de la preparación, antes y después de añadir el citostático. De todas las quimioterapias que pasaron el control visual se calculó el porcentaje de diferencia entre la dosis teórica (prescrita) y la dosis real (preparada), obtenida a partir de la densidad del producto comercial y la diferencia de pesos inicial y final del preparado. De las mezclas con errores por defecto superiores al 10%, se calculó el volumen de citostático a añadir para considerar el preparado como apto, calculando la diferencia entre el volumen real y el teórico.

RESULTADOS: Se verificó la preparación y registró la pesada de 66 quimioterapias por vía intravenosa, con volúmenes de citostático entre 0.35 y 4.75 ml. Se utilizó citarabina 100mg/ml en 6, citarabina 50mg/ml en 28, etopósido 20mg/ml en 6, irinotecan 20mg/ml en 9, vincristina 1mg/ml en 12, fludarabina 50mg/ml en 3 y busulfan 6mg/ml en 2. La mitad de las preparaciones elaboradas con citarabina 100mg/ml dieron un error superior al 10%, y al existir una presentación más diluida, se consideró como especialidad inadecuada para volúmenes bajos y se excluyeron de los cálculos. Se consideraron para el análisis 60 quimioterapias con volúmenes de citostático entre 0.35 y 4.75ml (mediana 0.8ml). Las diferencias entre volumen real y teórico fueron del 0.08-7.56%, ligeramente más frecuentes por defecto (el 55%). El 40% de las preparaciones presentaron un error inferior al 2.5%, el 16.67% un error entre 2.5-5%, el 10% entre 5.1-7.5%, el 18.33% entre 7.6-10% y el 25% con un error superior al 10% o inadmisibles. Las quimioterapias con volúmenes de fármaco inferiores a 1 ml constituyeron el 80% de las preparaciones inaceptables y el 60% de las que dieron errores del 7.6-10%. Diez mezclas del total presentaron errores entre -10.34% y -27.56% (mediana -17.34%). Los volúmenes calculados de fármaco a añadir fueron 0.04-0.34ml (mediana 0.09ml).

CONCLUSIONES: 1) Escoger la presentación comercial de menor concentración para minimizar el error. 2) El punto de corte de error en quimioterapias con menos de 5ml de citostático debe establecerse en $\pm 10\%$. 3) La corrección de preparaciones no aptas puede requerir la adición de volúmenes ínfimos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

783. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES: Valderrey Pulido M, Vicente Sanchez S, Tomas Luiz A, Garcia Molina O, Fernandez De Palencia Espinosa Ma, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de abiraterona en pacientes con Cáncer de Próstata Metastásico Resistente a la Castración (CPMRC). Comparar la supervivencia libre de progresión (SLP) de abiraterona en pacientes con CPMRC pre- y post-docetaxel, y con sus respectivos ensayos pivotaes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes que han llevado abiraterona desde su comercialización hasta mayo de 2015 en un hospital terciario. Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción electrónica de pacientes externos y la historia clínica. Las variables recogidas fueron: edad, esquema de tratamiento, PSA (Prostate-specific Antigen), Supervivencia Libre de Progresión (SLP), reacciones adversas y motivo de suspensión de tratamiento. La SLP se estimó como el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta suspensión del tratamiento por progresión de la enfermedad. Para evaluar la respuesta al tratamiento se midieron los valores de PSA a diferentes tiempos (a los 0, 3, 6 y 12 meses). Para medir la efectividad del tratamiento se evaluó la SLP. En cuanto a la seguridad se registraron las reacciones adversas descritas en la historia. Mediante el método Kaplan-Meier se estimó la función de SLP y se trazaron las curvas para los dos grupos de tratamiento. Para comparar si existían diferencias de SLP entre pacientes tratados con abiraterona pre- y post-docetaxel se utilizaron los test log-rank y Breslow, mediante el paquete estadístico SPSS v21. Además se comparó la SLP de abiraterona con respecto a los estudios pivotaes: COU-AA-301 (post-docetaxel), SLP: 5,6 meses y COU-AA-302 (pre-docetaxel), SLP: 16,5 meses.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 63 pacientes con una media de edad de 73 ± 8 años, de los cuales 36 (60%) fueron tratados con abiraterona pre-docetaxel y 27 (40%) fueron tratados con abiraterona post-docetaxel. La mediana de líneas previas recibidas en CPMRC fue de 3 [2-4] en los pacientes con abiraterona post-docetaxel. La mediana de PSA en los diferentes tiempos fue: 73,0ng/ml; 48,5ng/ml; 14,9ng/ml; 8,8ng/ml, respectivamente. El motivo principal de suspensión fue la progresión (según bioquímica de PSA) de la enfermedad. Los efectos adversos más comunes fueron la astenia y la elevación de enzimas hepáticas. En la comparativa entre los dos grupos de tratamiento se calculó una mediana de SLP de 13,0 meses (IC 95%, 7,2-18,7) en pacientes tratados con abiraterona pre-docetaxel y de 5,0 meses (IC 95%, 3,8-6,2) en pacientes tratados con abiraterona post-docetaxel. Los test estadísticos de comparación revelaron diferencias estadísticamente significativas (log-rank: $p=$

CONCLUSIONES: Abiraterona ha demostrado ser un fármaco efectivo en el tratamiento de pacientes con CPMRT. Los efectos adversos registrados no fueron graves y en general clínicamente manejables. Se observa una mayor SLP estadísticamente significativa en pacientes con abiraterona pre-docetaxel con respecto a post-docetaxel, probablemente por el mejor estado general del paciente sin tratamiento previo. En la comparativa con los ensayos pivotaes, los resultados de SLP fueron ligeramente inferiores, estas diferencias pueden ser debidas al tamaño muestral de nuestro estudio.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

801. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE BEVACIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON GLIOMA DE ALTO GRADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: García Robles Aa, Albert Mari A, Borrell Garcia C, Company Albir Mj, Reynes Muntaner G, Poveda Andres JI. Hospital Univ. Y Policlinico La Fe. Bulevar Sur, S/N. Valencia. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad (supervivencia libre de progresión [SLP] y supervivencia global [SG]) y seguridad de bevacizumab (BVZ) en pacientes diagnosticados con glioblastomas (GB) y gliomas anaplásicos (GA) en segunda línea o sucesivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes adultos (> 18 años) diagnosticados con GB o GA con tratamiento de primera línea con temozolamida (TMZ) y radioterapia y que hayan recibido al menos un ciclo de BVZ (monoterapia o combinado con Irinotecán).

Periodo de estudio: abril 2007-diciembre 2013. Se registraron las variables relacionadas con: paciente (sexo, edad al diagnóstico, histología del tumor, fecha nacimiento y defunción); tratamiento (esquemas con BVZ y dosis [5 o 10 mg/kg], líneas de tratamiento); efectividad (SLP y SG) y seguridad (reacciones adversas [RA] clasificadas según criterios CTCAE versión 4.0.)

La información se obtuvo de la historia clínica electrónica y en papel y del aplicativo Farmis-Oncofarm®. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics versión 19.0.

RESULTADOS: Se incluyen 77 pacientes (GA:28/GB:49), 44 hombres (57,1%), media de edad al diagnóstico: 52.79 años (IC95%:50,04-55,55). Todos los pacientes excepto uno fallecieron durante el periodo de estudio. 70/77 pacientes recibieron tratamiento con el esquema BVZ (10mg/kg)+Irinotecán. 52/77 recibieron BVZ en segunda línea, 29 pacientes recibieron una o varias líneas de tratamiento posteriores tras BVZ.

En nuestra población la SG mediana es de 5,82 meses (IC95%;4,12-7,51) y SG media de 9,54 meses (IC95%:7,05-12,02). La SLP mediana es de 3,90 meses (IC95%:2,79-5,01) y SLP media de 6,44 meses (IC95%:4,98-17,98). No hubo diferencias en estas variables estadísticamente significativas según diagnóstico ni línea de tratamiento. 3/77 pacientes alcanzaron SG y SLP > 30 meses.

Se documentaron un total de 272 RA durante el periodo de estudio en 71/77 pacientes. Las RA por orden decreciente de frecuencia son: astenia (34;12,5%), diarrea (33;12,1%) e hipertensión arterial (15;5,5%). 11 (4%) exitus estaban potencialmente relacionados con la quimioterapia (RA grado 5): perforación intestinal (3); infección respiratoria (2); hematemesis (1); hemorragia rectal (1); insuficiencia respiratoria (1); neumonía (1); neutropenia febril (1) y sepsis(1).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en nuestra población en efectividad son inferiores a los ensayos publicados en esas mismas indicaciones: ensayo clínico pivotal BRAIN con SG mediana de 8,9 meses (IC 95%:7,9-11,9) en pacientes con GB, pero sin diferencias estadísticamente significativas con el estudio GEINO (pacientes con GB y GA, como nuestro estudio), con SG mediana de 9 meses (IC 95%:6,7-11,2) y SLP mediana de 5,1 meses (IC 95%:4,4-5,9).

Tres de nuestros pacientes alcanzaron SG y SLP > 30 meses (respuesta excepcional) beneficiándose claramente del tratamiento con BVZ. Es importante encontrar biomarcadores predictivos de respuesta para seleccionar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse en mayor medida de este tratamiento y determinar su posicionamiento terapéutico (nuevo diagnóstico o recidiva) con el objetivo de mejorar el pronóstico de esta neoplasia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

429. ESTUDIO DE UTILIZACION DE EVEROLIMUS EN CANCER RENAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Martín Gozalo Em, Sanchez Rubuio L, Arias Moya Ma, Becares Martinez J, Toledano Mayoral G, Bonilla Porras M. Fundación Jiménez Díaz. Avda. De Los Reyes Católicos, 2. Madrid. España

OBJETIVO: Everolimus está indicado para el tratamiento de pacientes con carcinoma de células renales avanzado, en los que la enfermedad ha progresado durante o después del tratamiento con una terapia dirigida al factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF)

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad, seguridad y adecuación del tratamiento con everolimus en pacientes con cáncer renal metastásico..

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional retrospectivo desde agosto 2013 hasta abril 2015, donde se incluyeron todos los pacientes con cáncer renal de células claras estadio IV que iniciaron tratamiento con everolimus (10 mg diario). Variables recogidas: a) Demográficas: edad, sexo; b) Clínicas: Performance Status (PS), diagnóstico, líneas terapéuticas previas, edad, Se evaluó: 1) Eficacia: supervivencia libre progresión (SLP) y supervivencia global (SG). 2) Seguridad: tolerancia y reacciones adversas al tratamiento. Obtención de datos: programa informático IMDH. Los datos fueron tabulados y procesados mediante Microsoft Excel 2007

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 10 pacientes con cáncer renal de células claras estadio IV que recibieron tratamiento con everolimus. Mediana edad: 63 (rango de 47 a 84), PS de 1. Sexo: 7 hombres y 3 mujeres. Todos presentaban de 2 a 3 metástasis al inicio del tratamiento (hepáticas, pulmonares y/o retroperitoneales). 3 pacientes recibieron everolimus en 2ª línea (tras inhibidor VEGF), 5 pacientes en 3ª línea (tras un inhibidor MTOR y un inhibidor VEGF), 2 pacientes en 4ª línea (tras 1 inhibidor MTOR y 2 inhibidores VEGF).

La Mediana SLP fue de 3 meses (Rango de 2 a 8). La SG fue evaluada en 5 pacientes. 4 seguían en tratamiento al cierre del estudio (16, 12, 8 y 5 meses) y un paciente no fue valorable al ser tratado con una nueva línea tras progresar a everolimus. El resultado fue de una mediana en SG 8 de meses (Rango de 7 a 11)

En cuanto a seguridad 1 paciente sufrió anasarca secundaria a proteinuria en rango nefrótico.

CONCLUSIÓN: En un ensayo fase III de everolimus frente a placebo en pacientes que habían fracasado a una o dos líneas previas con inhibidores VEGF, el everolimus consiguió un aumento en SLP de 4 vs 1,9 meses. No Hay estudios en cuarta línea. En nuestra serie de casos los resultados parecen confirmar lo publicado en la bibliografía.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

431. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE IPILIMUMAB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO

AUTORES: Garcia Molina O, Valderrey Pulido M, Mateo Carmona J, Arocas Casañ V, De La Cruz Murie P, De La Rubia Nieto A.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Crta. Madrid-Cartagena S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de ipilimumab en pacientes con Melanoma Metastásico (MM) y compararlo con los resultados del estudio pivotal para pacientes pretratados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional y retrospectivo de la utilización de ipilimumab en pacientes con MM desde su aparición hasta mayo de 2015 en un hospital de 800 camas. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, líneas previas, posología, ECOG, mutación de B-RAF y Efectos Adversos (EA). Para analizar la efectividad se registró la Supervivencia Global (SG) y SG a los 6 y 12 meses. Los datos fueron comparados con los resultados

del estudio pivotal MDX010-20 (para pacientes pretratados) dónde se obtuvo una SG de 10,12 meses. Las variables fueron obtenidos del programa de oncología (Farhos®) y de la Historia Clínica. Para medir la SG se utilizó el método Kaplan-Meier y se estimó la supervivencia de ipilimumab a los 6 y 12 meses. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS: Un total de 12 pacientes recibieron tratamiento con ipilimumab (9 hombres y 3 mujeres). La media de edad fue de 57 ±10 años. En el momento del corte, el 66,6% de los pacientes habían suspendido o finalizado el tratamiento. La mediana de líneas previas recibidas fue de 2. Dos pacientes tenían mutación para el gen B-RAF. Los principales esquemas recibidos incluían dacarbazina, cisplatino-dacarbazina, fotemustina, interferon alfa 2b, paclitaxel, carboplatino-paclitaxel fluoracilo-irinotecan, irinotecan-cetuximab y vemurafenib. El ECOG al inicio del tratamiento fue de 0-1. La posología fue de 3mg/kg cada 21 días con un total de 4 dosis. El 62,5% de los pacientes recibió el tratamiento completo y 16,6% fallecieron antes de finalizar. La mediana de SG fue de 7,4 meses (IC95% 4,3-10,5), comparado con el estudio MDX010-20 se obtuvo una SG 2,8 meses menor. La supervivencia global fue del 55,6% y del 25% a los 6 y 12 meses respectivamente. Los principales eventos adversos registrados fueron: enteritis grado III-IV, diarreas, toxicidad dermatológica grado I-II, anemia grado IV y rash cutáneo. La suspensión del tratamiento por EA se produjo en un paciente por colitis granulomatosa.

CONCLUSIONES: Ipilimumab representa una alternativa para los pacientes con melanoma metastásico avanzado tratados previamente; sin embargo en nuestro estudio mostró una SG menor a la reportada en el ensayo pivotal, posiblemente por el pequeño tamaño muestral. Los efectos adversos reportados fueron similares a los reportados en ficha técnica, obligando a la suspensión del tratamiento en uno de los casos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

803. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NILOTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES: Castresana Elizondo M, Gutierrez Valencia M, Monforte Gasque Mp, Berisa Prado S, Lacalle Fabo E, Elviro Llorens M.

Complejo Hospitalario De Navarra. Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: Los inhibidores de la tirosin kinasa (ITK) de segunda generación, nilotinib y dasatinib, han demostrado ser más potentes, obtener respuestas más rápidas y más profundas que imatinib en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC), consiguiendo así su aprobación como tratamiento de primera línea. En la práctica clínica, imatinib continúa siendo el tratamiento de referencia y los ITK de segunda generación se recomiendan en aquellos pacientes que no alcanzan una respuesta óptima o que son resistentes o intolerantes a imatinib.

El objetivo es evaluar la utilización de nilotinib en el tratamiento de LMC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo, observacional de los pacientes diagnosticados de LMC en fase crónica que recibieron tratamiento con nilotinib desde enero 2010 hasta mayo 2015. Las fuentes de datos consultadas fueron la Historia Clínica Informatizada y los programas de dispensación farmacéutica Athos® y Farho®. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, línea de tratamiento, tratamientos previos, motivo del cambio a nilotinib (intolerancia, falta de respuesta o pérdida de respuesta), dosificación inicial, reducción de dosis o interrupción del tratamiento, respuesta hematológica (RH), citogenética (RC) y molecular (RM) actual e incidencia de reacciones adversas.

RESULTADOS: En total fueron incluidos 20 pacientes (50% mujeres), con una edad media 56 años (DE=13). El 40% recibió nilotinib como primera línea de tratamiento, 45% como segunda y 15% como tercera línea o posterior. El motivo del cambio de tratamiento a nilotinib fue intolerancia (n=5; 42%), falta de respuesta (n=4, 33%), pérdida de respuesta (n=2, 17%) y desconocida (n=1, 8%). A excepción de 4 pacientes, la dosis inicial en los de nuevo diagnóstico (n=8) fue de 300 mg/12h y en los previamente tratados (n=12) 400 mg/12h.

Las causas de suspensión del tratamiento fueron: fallecimiento no relacionado con el tratamiento ni con la patología, falta de respuesta y la aparición de una crisis blástica. Los 17 pacientes que, actualmente, continúan en tratamiento se encuentran en RH completa, RC completa y RM mayor <0,1%.

La toxicidad más frecuente fue la cutánea y la hipercolesterolemia (55%), seguida de astenia (50%), aumento de parámetros hepáticos (45%), musculoesquelética (35%), molestias gastrointestinales e hipofosfatemia (25%). Con una menor frecuencia, se registraron anemia (15%), plaquetopenia y molestias oculares (10%) y empeoramiento problemas cardiacos, alopecia, pérdida de peso y disfonía (5%). En dos pacientes, el tratamiento se suspendió por toxicidad hasta recuperación (plaquetopenia de grado 4 e hipofosfatemia mantenida de grado 3).

CONCLUSIONES: El uso de nilotinib como primera línea de tratamiento en la LMC es cada vez más frecuente, demostrando muy buenos resultados en cuanto efectividad y tolerancia. Las reacciones adversas son frecuentes pero de carácter leve y manejable.

El paso siguiente, es establecer un protocolo consensuado entre los servicios de Onco-Hematología y Farmacia para posicionar este fármaco dentro del arsenal terapéutico de la leucemia mieloide crónica.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

441. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PAZOPANIB EN PACIENTES CON SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS

AUTORES: Garcia Molina O, Galindo Rueda M, Mendoza Otero F, Pellicer Franco C, Ruiz Jimenez M, De La Rubia Nieto A.

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena. Murcia. España

OBJETIVOS: Describir la efectividad y seguridad del tratamiento con pazopanib en pacientes con Sarcoma de Tejidos Blando (STB) avanzado y compararlo con los resultados del estudio pivotal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional y retrospectivo de la utilización de pazopanib en pacientes con STB avanzado desde su comercialización hasta mayo de 2015 en un hospital terciario. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, líneas previas, posología, histología y Efectos Adversos (EA). Para analizar la efectividad se midió la Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y la Supervivencia Global (SG). Los datos fueron comparados con los resultados del estudio pivotal VEG110727 donde se obtuvo una SLP de 20 semanas y una SG de 12,6 meses. Las variables fueron obtenidas del programa de prescripción electrónica de Pacientes Externos y de la Historia Clínica. Para medir la SLP y SG se utilizó el método Kaplan-Meier y se estimó la SLP a los 3 meses y la SG a los 6 meses. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS: Un total de 7 pacientes recibieron tratamiento con pazopanib (85,7% eran mujeres). La media de edad fue de 48 años [40-55]. En el momento del corte, todos los pacientes habían suspendido el tratamiento. El 42,8% presentaban histología de leiomasarcoma y el resto eran STB no tipificados. La mediana de líneas previas recibidas fue de 3. Los principales esquemas recibidos incluían doxorubicina, ifosfamida, adriamicina, taxol-gemcitabina, docetaxel-gemcitabina y sunitinib. La posología fue de 800mg /día sin precisar ajuste de dosis en ningún paciente. La mediana de SLP fue de 1,9 meses (IC95% 1,1-2,2) y la SG fue de 5,7 meses (IC95% 4,9-6,5), comparado con el estudio pivotal se obtuvo una SLP 3 meses menor y una SG 6,9 meses menos. La SLP a los 3 meses fue del 15% y la SG a los 6 meses del 42,9%. Los principales eventos adversos registrados fueron: anemia, astenia e hipertensión.

CONCLUSIONES: Pazopanib representa una alternativa válida para el tratamiento de pacientes con STB avanzado que hayan progresado al tratamiento estándar con quimioterapia. Además presenta un perfil de seguridad aceptable. Comparado con el ensayo pivotal, en nuestra muestra de pacientes se observa una SLP y SG menor a la publicada, sin embargo, debido al pequeño tamaño muestral debemos interpretar estos datos con cautela.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

187. ESTUDIO DE UTILIZACION DE REGORAFENIB EN EL TRATAMIENTO DE CANCER COLORRECTAL METASTASICO

AUTORES: Sánchez Gundín J, Recuero Galve L, Martínez Valdivieso L, Llorente Serrano M, Santiago Crespo JA, Barrera Hernández D.

Hospital Virgen de la Luz. Calle Donantes de Sangre s/n. Cuenca. España

OBJETIVO: Evaluar eficacia, seguridad y coste de regorafenib en pacientes con cáncer colorrectal metastásico(CCRm).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo (01/06/13-01/06/15) de pacientes con CCRm tratados con regorafenib en un hospital general.

A partir del programa de gestión farmacoterapéutica de pacientes externos(Farmatools®) y oncológicos(Farhos@v.5.0), se identificaron los pacientes tratados con regorafenib, revisándose las historias clínicas electrónicas(-Mambrino XXI®).

Variables recogidas: edad, sexo, análisis genético NKras (determinación previa 2014), ECOG, estadio al diagnóstico/inicio de regorafenib, número/localización metástasis, tratamientos previos de enfermedad metastásica(TPEM), pauta posológica y número ciclos de regorafenib.

Para evaluar:

- 1) Eficacia: se midió supervivencia global(SG) y supervivencia libre de progresión (según criterios RECIST), comparándolo con estudio CORRECT.
- 2) Seguridad: gravedad de reacciones adversas(RA)según CTCAEv4.03.
- 3) Coste: coste medio/mes/paciente regorafenib vs coste medio/mes/paciente oncológico.

RESULTADOS: Se identificaron 16 pacientes (8 mujeres) tratados con regorafenib, mediana de edad: 70 años (rango 50-90); 6 pacientes de origen rectal (5 NKrasmutado) y 10 colónico (5 NKrasmutado).

Escala ECOG: 0-2, excepto 2 pacientes con ECOG 3.

Todos los pacientes eran estadio IV al inicio de regorafenib (11 lo eran también al diagnóstico).

Mediana de metástasis al:

- diagnóstico: 1 (rango 0-2), 5 pacientes exclusivamente hepática.
- inicio de regorafenib: 2 (rango 1-3.), mayoritariamente pulmonares (13 pacientes) y hepáticas (10 pacientes).

Principales TPEM utilizados:

- NKrasmutado: bevacizumab+FOLFOX o FOLFIRI; aflibercept+FOLFIRI.
- NKraswt: cetuximab+FOLFOX o FOLFIRI, bevacizumab+FOLFIRI.

Regorafenib se inició en una línea mediana de tratamiento 5 (rango 3-8); con una mediana de tiempo (desde inicio TPEM hasta regorafenib): 52 meses (rango: 6-120).

12 pacientes iniciaron pauta posológica según ficha técnica y los 4 restantes iniciaron al 75%, reduciéndose dosis en 8 pacientes por eritrodisestesia palmoplantar(EPP) grado II (4 pacientes), diarrea grado II-III (2 pacientes), neutropenia grado I y mucositis grado II. Mediana de ciclos: 2.5 (rango: 1-17). Dosis media diaria: 124.78±37.84mg.

Al cierre del estudio, 2 pacientes continuaban tratamiento tras 1 y 2 ciclos. En el resto, se suspendió (tras mediana de tiempo libre de progresión de 4 meses (rango: 1-19)) por:

- toxicidad limitante: 4 pacientes (síndrome constitucional/toxicodermia, deterioro cognitivo severo, trombosis venosa profunda y EPP grado III);
- progresión: 7 pacientes;
- éxitus: 3 pacientes, ECOG 3 durante primer ciclo en 2 de ellos.

Respecto a SG, al cierre del estudio vivían 8 pacientes, tras mediana de tiempo de 7 meses (rango: 1-19) y habiendo recibido tratamientos posteriores 5 de los pacientes con progresión.

RA más frecuentes: EPP (8 pacientes), diarrea (7 pacientes), astenia (6 pacientes) y disfonía (5 pacientes). En 5 pacientes se retrasó el tratamiento: EPP (2 pacientes), pancitopenia grado I (2 pacientes) e hipertransaminemia grado III.

Coste medio/mes/paciente Regorafenib:1.459€ vs coste medio/mes/paciente oncológico:966€.

CONCLUSIONES: Los resultados de eficacia resultan inferiores a los del ensayo CORRECT, aunque hay que considerar nuestra pequeña muestra y corto período de seguimiento. El perfil de seguridad se asemejó a ficha técnica. Por todo ello, y dado el alto coste de regorafenib, convendría diseñar estudios con mayor muestra, que permitan seleccionar exhaustivamente el subgrupo que obtendría mayor beneficio clínico sin repercusión en calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

886. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA

AUTORES: Cristóbal Gutiérrez H, Martín Vega Má, Ochagavía Sufrategui M, García De La Paz Am, Martínez Callejo V, Valero Domínguez M.

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Av.valdecilla S/N. Cantabria. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento con Rituximab (RTX) en la trombocitopenia inmune primaria (PTI) en un hospital de tercer nivel, de acuerdo a los criterios establecidos por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo desde abril de 2007 a mayo de 2015, en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de PTI y tratados con RTX (indicación no aprobada en ficha técnica, por lo que se solicitó previamente el consentimiento informado a los pacientes). Las variables recogidas fueron edad, sexo, número de líneas de tratamiento previo, esplenectomía previa (sí/no), esquema utilizado de RTX (dosis y duración), recuento de plaquetas (en los tiempos establecidos según criterios de respuesta), tratamiento concomitante y reacciones adversas. Las fuentes de información fueron: Prescripción Electrónica Asistida e Historia Clínica Electrónica.

Los criterios de respuesta a RTX se definieron como: respuesta completa (RC), si se lograba una cifra de plaquetas superior a 100.000/mm³, 6 meses después de finalizar tratamiento, respuesta parcial (RP), si la cifra de plaquetas a los 6 meses de finalizar el tratamiento estaba entre 30.000 y 100.000/mm³ o no respuesta (NR), si la cifra de plaquetas era inferior a 30.000/mm³ en el mismo momento.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 37 pacientes diagnosticados de PTI fueron tratados con RTX. Fueron evaluables 31 pacientes (51,6 % hombres) con una media de edad de 55,9 años (rango: 11-87); habían recibido una media de 2 líneas de tratamiento previos: corticoides e inmunoglobulinas inespecífica intravenosa (IGIV) principalmente. Seis pacientes habían sido sometidos a esplenectomía previamente y 3 recibieron IGIV la semana previa a iniciar RTX. El esquema de tratamiento utilizado fue 375 mg/m²/semana durante 4 semanas, excepto un paciente que recibió sólo una dosis de RTX seguido de una dosis única de Romiplostim un día después. Respondieron al tratamiento 28 pacientes (90,3%), alcanzando RC 17 de ellos (incluido el paciente que recibió Romiplostim). De los 11 pacientes que alcanzaron RP (39,2%), 5 presentaban una cifra de plaquetas superior a 100.000/mm³ el mes siguiente de finalizar tratamiento, si bien no se mantuvo a los 6 meses. Se clasificaron como NR 3 pacientes (9,6%). De los pacientes respondedores 3 fueron re-tratados con el mismo esquema de RTX, consiguiendo RP sólo uno de ellos.

En el subgrupo de pacientes esplenectomizados previamente, 4 pacientes alcanzaron RC y 2 RP. En general, RTX fue bien tolerado aunque tres pacientes presentaron reacción infusional en la primera administración de RTX, que obligó a disminuir la velocidad de perfusión y a reforzar la pre-medicación.

CONCLUSIONES: En nuestro hospital, RTX fue utilizado como tercera línea de tratamiento en la mayoría de los pacientes diagnosticados de PTI. Según los resultados obtenidos, y en concordancia con la literatura revisada, RTX es una opción terapéutica efectiva y segura en el tratamiento de esta patología. Debido al limitado tamaño muestral, no podemos concluir si se obtiene una mayor tasa de respuesta en pacientes esplenectomizados y si la opción de retratar mantiene la misma tasa de respuesta inicial.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

141. ESTUDIO DEL PERFIL DE SEGURIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO

AUTORES: Sastre Heres AJ, Iglesias Peinado I, García Díaz B, Peña Díaz J.

Hospital San Juan de Dios. Paseo Colón nº14. Zaragoza. España

OBJETIVO: Evaluar el perfil de seguridad del tratamiento con sunitinib y temsirolimus en el tratamiento del cáncer de células renales avanzado (CCRa).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes con CCRa que iniciaron primera línea de tratamiento entre 2008 y 2011. Se identificaron y valoraron a partir del "Common Terminology Criteria for Adverse Events of the National Cancer Institute, version 3.0." las principales reacciones adversa (RAM) que se relacionaron con el tratamiento y que condujeron a la suspensión del mismo.

RESULTADOS: 71 de los pacientes fueron tratados en primera línea con sunitinib (80,7%) y 17 con temsirolimus (19,3%). Teniendo en cuenta primera línea y sucesivas, 80 pacientes fueron tratados con sunitinib y 30 con temsirolimus. Al finalizar el seguimiento continuaban con tratamiento activo 12 pacientes. En el grupo de tratamiento con sunitinib de nuestro estudio hubo 9 abandonos (11.3%) de tratamiento atribuidos a RAM. Las RAM detectadas fueron: diarrea (4 casos, 5.0%, la mitad de grado II), mucositis (3 casos, 3.8%) y astenia (6 casos, 6.3%, 1 paciente con grado IV), neutropenia (1 caso, 1.4%), hipertensión de grado III (1 caso, 1.4%), hipercreatinasa de grado IV (1 caso, 1.4%) y aplasia medular secundaria a una infección (1 caso, 1.4%). En comparación con nuestro estudio, hubo más abandonos debidos a RAM que en el ensayo pivotal (8.1% vs 11.3%). En el ensayo pivotal las RAM más frecuentes y/o graves fueron: diarrea (14.1% casos; 1.3% de grado 3 o 4), astenia (13,6% casos; 1,9% de grado 3 o 4) y náuseas (11.7% casos; 0,8% de grado 3 o 4). A nivel analítico éstas fueron: leucopenia (20.8% casos, 1.3% de grado 3 o 4), neutropenia (19.2%, 3.2% de grado 3 o 4) y anemia (18.9% casos, 1.1% de grado 3 o 4). En el grupo de tratamiento con temsirolimus de nuestro estudio hubo 3 abandonos (10%) de tratamiento atribuidos a RAM. Las principales RAM fueron mucositis (2 casos, 6.7%, uno de ellos de grado III), anemia grado II (1 caso, 5.9%), hipertriglicéridemia grado III (1 caso, 5.9%), tos irritativa (1 caso, 5.9%) y toxicidad cutánea (1 caso, 5.9%). En comparación con nuestro estudio, hubo más abandonos debido a RAM (14% vs 10%) en el ensayo pivotal del temsirolimus. En el ensayo pivotal la anemia fue la RAM más común de grado 3 o 4 (21,6% casos; 9,6% de grado 3 o 4); otras RAM frecuentes fueron astenia (24.5 % casos; 5.3% de grado 3 o 4) y rash (22.6% casos; 1.9% de grado 3 o 4).

CONCLUSIONES: Si bien el tamaño del grupo de pacientes en tratamiento con temsirolimus fue menor, a priori hubo una frecuencia de abandonos debido a RAM similar entre los dos grupos de tratamientos. Comparándolo con sus respectivos ensayos pivotaes, las diferencias en la frecuencia de abandonos debido a RAM parecen ser relevantes, con una mayor proporción de casos en el caso del sunitinib y una menor proporción en el caso del temsirolimus.

382. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE DEFIBROTIDE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VENOCLUSIVA HEPÁTICA

AUTORES: Balade Martinez L, Rodriguez Martin E, De Sebastian Rueda M, Sobrino Jimenez C, Gonzalez Del Valle L, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana,261. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluación de la efectividad de defibrotide en el tratamiento de la enfermedad venooclusiva hepática (EVO) desarrollada en pacientes que han recibido tratamiento quimioterápico de acondicionamiento para trasplante de progenitores hematopoyéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con EVO que habían recibido defibrotide desde el año 2010.

Los datos que se recogieron fueron: sexo, edad, peso, quimioterapia de acondicionamiento recibida, inicio, duración y posología de defibrotide, nivel de transaminasas previo a quimioterapia, nivel de bilirrubina total tras tratamiento con defibrotide, nivel de bilirrubina total a los 100 días post-trasplante y supervivencia a los 100 días.

Las variables analizadas se obtuvieron a partir de la historia clínica de los pacientes, el régimen de quimioterapia se obtuvo de la base de datos de Oncofar®, el tratamiento con defibrotide se recogió del histórico de prescripciones electrónicas de programa de gestión de unidosis de Farmatools®.

RESULTADOS: 30 pacientes, (15 hombres, 15 mujeres) de 46 años de edad media, recibieron defibrotide tras manifestación clínica de EVO.

Según los estudios publicados busulfan y ciclofosfamida están relacionados con el desarrollo de EVO. En nuestro estudio 15 (50%) pacientes recibieron un régimen de quimioterapia de acondicionamiento con busulfan, 13 (43,3%) con ciclofosfamida, y 2 con otras terapias (6,6%).

La mediana de inicio de tratamiento con defibrotide tras recibir quimioterapia de acondicionamiento fue de 18 (3-56) días, la mediana de duración del tratamiento fue de 8 (1-34) días y la dosis media administrada fue de 25 (10-35) mg/kg/día.

Niveles elevados de transaminasas previo a la quimioterapia de acondicionamiento es un factor de riesgo asociado al desarrollo de EVO. En nuestro estudio 9 (30%) pacientes presentaron niveles elevados (AST>34 UI/L, ALT>40 UI/L), en 7 (77,8%) de ellos se elevó la bilirrubina total por encima de 2 mg/dl. De estos 9 pacientes, 5 (55.5%) sobrevivieron a los 100 días post- trasplante.

Del total de pacientes del estudio, 25 pacientes (83.33%) presentaron niveles de bilirrubina total mayor de 2 mg/dl antes de recibir tratamiento con defibrotide. De estos, 9 (36%) pacientes disminuyeron los niveles de bilirrubina total por debajo de 2 mg/dl tras finalizar el tratamiento con defibrotide y 7 (28 %) pacientes mantuvieron niveles inferiores de 2mg/dl a los 100 días post-trasplante.

A los 100 días post- trasplante hematopoyético sobrevivieron 12 (40%) pacientes del total de pacientes evaluados.

CONCLUSIONES: Según nuestros resultados la efectividad del tratamiento con defibrotide en la EVO es limitada, estos resultados también se observan en otros estudios clínicos publicados.

Dado el elevado impacto económico de este medicamento huérfano y su limitada efectividad parece conveniente seleccionar los pacientes candidatos a recibir este tratamiento según clínica, antecedentes y pronóstico.

Son necesarios más estudios que permitan posicionar a este fármaco como efectivo en la EVO.

808. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE VEMURAFENIB EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO ESTADIO IV EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: Núñez De Sologuren M, Ibar Bariain M, Martinez Arrechea S, Andrés Moralejo Má, García Albás Jj, Martinez Martinez C.

Hospital Universitario De Álava- Sede Txagorritxu. C/ Jose Atxotegi, S/N 01009 Vitoria-Gasteiz, Araba/Álava. Alava. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad del tratamiento con vemurafenib en los pacientes con melanoma metastásico estadio IV en un hospital terciario.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes con melanoma estadio IV tratados con vemurafenib desde abril de 2013 hasta junio de 2015. Todos los pacientes presentaban mutación de BRAF V600 y ninguno había recibido tratamiento quimioterápico previo. Se calcularon parámetros estadísticos descriptivos y la mediana de supervivencia libre de progresión mediante el test de Kaplan-Meier para compararlos con los resultados del estudio pivotal.

RESULTADOS: Entre las fechas definidas, han sido 7 los pacientes tratados con vemurafenib en nuestro centro. La mediana de edad de nuestros pacientes es de 68 años y un 71,4% son hombres, mientras que en el ensayo pivotal la mediana de edad fue de 54 años y eran hombres el 56%. De estos 7 pacientes: 2 continúan en tratamiento, 4 presentaron progresión de la enfermedad suspendiéndose dicho tratamiento y un paciente abandonó el tratamiento por toxicidad cardíaca (la reacción fue notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia). La mediana de supervivencia libre de progresión es de 5,9 meses (IC95%(0,000-11,838)) en nuestros pacientes frente a 5,3 (IC95% (4,86-6,57)) del ensayo pivotal.

CONCLUSIÓN: La mediana de supervivencia libre de progresión de nuestros pacientes es similar a la del ensayo descrito en ficha técnica (5,9 y 5,3 meses respectivamente). A pesar del escaso número de pacientes incluidos en nuestro estudio, parece que la efectividad del vemurafenib evidenciada en condiciones de práctica clínica habitual, no difiere de la evidenciada en condiciones de ensayo clínico.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

560. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER RENAL METASTÁSICO

AUTORES: Ortiz Campos M, Herranz Muñoz C, Herrero Fernandez M, Fernandez Pacheco M, Sanchez Navarro I, Luque Infantes R.

Hospital Príncipe De Asturias. Ctra. Alcala-Meco. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad de los antineoplásicos orales utilizados en el tratamiento del cáncer renal estadio IV (CRM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CRM en tratamiento con sunitinib, sorafenib, axitinib, pazopanib y everolimus desde enero de 2011 hasta junio de 2015, en un hospital de tercer nivel. La eficacia del tratamiento se evaluó según la Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y la seguridad clínica según los efectos adversos observados (RAM). Las variables evaluadas son: sexo, edad, líneas terapéuticas y tiempo hasta la progresión. Los datos se han obtenido del programa de Gestión de Pacientes Externos (Farmatools), historias clínicas de los pacientes y el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se evaluaron 22 pacientes diagnosticados de CRM (6 mujeres y 16 hombres) con una media de edad de 63,44 años ($\pm 12,22$). De los 22 pacientes, 6 (27,3%) iniciaron tratamiento con pazopanib 800mg diarios, uno (4,5%) comenzó con everolimus 10 mg/24h y el resto (15; 68,2%) tuvieron como primera línea sunitinib 50 mg diarios, de los cuales, 4 precisaron inicialmente disminución de dosis por RAM. Quince (68,18%) de los pacientes progresaron por lo que pasaron a una segunda línea, 4 (1,81%) continúan con el mismo tratamiento inicial al finalizar el estudio y 2 (0,90%) fallecieron durante la primera línea de tratamiento. En lo referente a las segundas líneas el fármaco de elección fue everolimus, administrado en el 66,6% (10/15) de los pacientes (5 tratados previamente con sunitinib y 5 con pazopanib). Axitinib fue el elegido para 3 (20%) de los 15 pacientes (todos ellos iniciaron con sunitinib) y los otros 2 (13,3%) pasaron de sunitinib a pazopanib y de pazopanib a sunitinib respectivamente. Nueve de los 22 pacientes precisaron una tercera línea. Las medianas de SLP para primera línea fueron de 12,23 meses (IC 95%; 4,00-20,45) para Sunitinib, 6,97 (IC 95%; 4,64-9,28) para Pazopanib y 1,03 para Everolimus, sin embargo este dato es despreciable ya que sólo un paciente inicia tratamiento con everolimus. Se analizó la SLP mediante el método Kaplan Meier y se realizó un test estadístico long rank en el que se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,005$) a favor del Sunitinib frente el resto de fármacos utilizados en primera línea. Las principales RAM observadas se debieron a Sunitinib y fueron alteraciones gastrointestinales, alteraciones hematológicas, hipertensión e hipotiroidismo.

CONCLUSIONES: Se observan diferencias estadísticamente significativas entre utilizar sunitinib y Pazopanib como primera línea de tratamiento en el CRM a favor de Sunitinib. Esto concuerda con lo que indican las guías clínicas así como con el protocolo instaurado en el hospital (Sunitinib en primera línea para el CRM). Un 18,18% de los pacientes precisaron disminución de dosis debida a RAM principalmente por emesis, diarrea, alteraciones hematológicas, hipertensión e hipotiroidismo; en todos los casos provocadas por Sunitinib.

131. EVALUACIÓN DE LA LEGIBILIDAD Y COMPRESIÓN DE PROSPECTOS DE ESQUEMAS QUIMIOTERÁPICOS

AUTORES: López Cortiña A, Fuster Sanjurjo L, Rodríguez Legazpi I, Rodríguez Penin I, González Rodríguez A. Hospital Arquitecto Marcide. Ctra San Pedro De Leixa, S/N. A Coruña. España

Evaluación de la legibilidad y comprensión de prospectos de esquemas quimioterápicos

OBJETIVO: Valoración de la legibilidad lingüística formal de los prospectos desarrollados.

Evaluación del grado de comprensión y aceptación del prospecto por el paciente.

MÉTODO: Valoración de la legibilidad de 11 prospectos de los esquemas FOLFOX, FOLFIRI y sus combinaciones con Afibercept, Panitumumab, Cetuximab y Bevacizumab, y XELOX (adaptación de los publicados por GEDEFO) mediante la aplicación informática Inflesz 1.0 que emplea la versión española validada del Índice Flesch-Szigriszt (IFSZ) y la escala INFLESZ, una herramienta de evaluación de resultados que establece una asociación entre el IFSZ y el nivel de dificultad de lectura (rango: 0-100; dividido en 5 tramos: muy difícil 80).

Evaluación del grado de comprensión: Estudio prospectivo desarrollado entre el 1/1/15 y 5/6/15. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento quimioterápico. El farmacéutico entregó el prospecto acompañado de información verbal y ofreció al paciente participar en la encuesta voluntaria y anónima.

La encuesta diseñada para valorar el grado de comprensión y aceptación del prospecto por el paciente incluía los ítems: a) datos de usuario (edad y sexo), b) 11 preguntas estructuradas en 5 bloques: comprensión de la información (cerrada con 5 respuestas escala Likert), valoración del contenido, opinión sobre el formato (cerrada con 5 respuestas escala Likert), elementos del prospecto más o menos consultados y explicación del farmacéutico, c) satisfacción global con el prospecto (1 pregunta cerrada con 5 respuestas escala Likert) y d) sugerencias.

RESULTADOS: El IFSZ medio (escala INFLESZ) de los prospectos fue: a) Global: 59.27 ± 1.28 (normal) y b) Capítulos del prospecto: en que consiste el tratamiento 61.69 ± 4.22 (normal), preguntas frecuentes 51.48 ± 1.72 (algo difícil), efectos adversos 62.23 ± 0.87 (normal), interacciones 19.95 ± 4.83 (muy difícil), recomendaciones 53.61 ± 2.42 (algo difícil), cuando acudir al médico 60.80 ± 0.99 (normal).

Seis de los 17 pacientes a los que se entregó el prospecto cumplieron la encuesta; índice de participación (35%). Datos del usuario: 5 hombres; edad: 72 años (rango: 62-80).

El nivel de comprensión del prospecto fue considerado muy bueno en 1 caso y en 5 bueno.

A la pregunta sobre el capítulo del prospecto más difícil de comprender contestaron (n=5): interacciones (n=4) y efectos adversos (n=1).

El capítulo que aportó información de mayor utilidad fue: 3 efectos adversos y 3 modo de administración. Dos pacientes sugirieron clarificar el tiempo de administración.

La opinión sobre el formato del prospecto fue bueno (n=6; 100%).

Aspectos releídos del prospecto: 4 reacciones adversas, 1 interacciones y 1 frecuencia de administración.

Todos consideraron que la explicación del farmacéutico mejora la comprensión del prospecto y 4 afirmaron que el farmacéutico había resuelto sus dudas (n=5).

La satisfacción global con el prospecto fue: 1 muy bueno y 5 bueno.

CONCLUSIONES: La encuesta confirma el análisis de legibilidad mostrando el capítulo interacciones como el de peor comprensión.

El apartado del prospecto más consultado fue el de reacciones adversas.

El grado de aceptación del prospecto fue alto y la explicación proporcionada por el farmacéutico contribuyó a mejorar su comprensión.

486. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y COSTE ASOCIADO AL USO DE PERTUZUMAB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

AUTORES: Guerrero Bautista R, Ferris Villanueva E, Martínez Penella M, Pérez Pérez Ig, Mira Sirvent Mc, Lacruz Guzman D.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/Mezquita Paraje Los Arcos S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluación de la respuesta clínica del uso de pertuzumab en el tratamiento del cáncer de mama HER2+ localmente recidivante irsecable o metastático en combinación con trastuzumab y docetaxel, en relación a la espe-

rada según el ensayo pivotal Cleopatra, donde la mediana de la supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 18.5 meses, seis meses más que trastuzumab + docetaxel tras la administración de 18 ciclos, así como el coste directo asociado según las pacientes tratadas con pertuzumab, por ser un medicamento de reciente comercialización y alto impacto económico no incluido en la guía farmacoterapéutica de nuestro hospital, que requiere autorización previa por parte de Dirección Médica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de las pacientes que han recibido pertuzumab desde enero de 2014 hasta mayo de 2015. Las pacientes fueron identificadas a través del programa de prescripción electrónica oncológico Oncofarm® y posteriormente se revisaron las historias clínicas a través de soporte informático Selene®.

Las variables recogidas fueron: edad, indicación, número total de ciclos administrados, número de ciclos administrados sin docetaxel, respuesta obtenida medida como progresión de enfermedad (PE) o SLP, motivo fin de tratamiento, y coste de las dosis administradas.

RESULTADOS: El número de pacientes tratadas con pertuzumab fueron seis. El 100% de los casos se ajustaron a la indicación de ficha técnica. La media de edad fue de 46 años (28-69), la media del número de ciclos recibidos fueron 15 (5-23). En cuatro casos recibieron 15, 18, 21, 23 ciclos con pertuzumab de los cuales 9, 12, 13, 16 fueron sin docetaxel. La SLP fue de 10, 13, 14, 17 meses respectivamente y el coste debido al uso de pertuzumab fue de 218.139 €. En los otros dos casos recibieron 5 y 11 ciclos, de los cuales todos fueron administrados con docetaxel en el primer caso y seis sin docetaxel en el segundo. Hubo PE a los 4, 8 meses respectivamente (una de ellas fallecida tras el quinto ciclo) con un coste asociado al uso de pertuzumab de 48.482€.

El coste total de todos los tratamientos, tanto de las pacientes con SLP como PE fue de 266.622 €.

El motivo de suspensión del docetaxel fue la presencia de elevada toxicidad ya que ésta aumenta cuando se administra en combinación con otros agentes quimioterápicos.

CONCLUSIONES: El 66% de las pacientes se encuentran con enfermedad estable, dos de ellas tras recibir más de 18 ciclos, superando por tanto la mediana de los administrados en el ensayo pivotal.

Las pacientes tratadas con un mayor número de ciclos sin docetaxel presentaron mayor SLP.

El 82 % del gasto en pertuzumab ha servido para obtener una respuesta favorable con estabilidad de la enfermedad y un resultado en general satisfactorio.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

716. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN

AUTORES: Navarro Pardo I, Agustín Ferrández Mj, Escolano Pueyo A, Allueva Galindo M, Castiella García M, Abad Sazatornil Mr.

Hospital Universitario Miguel Servet. Pº De Isabel La Católica, 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Analizar la seguridad del uso de cabazitaxel y abiraterona post-docetaxel en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración (CPRCm).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se evaluó la seguridad de los pacientes que iniciaron tratamiento post-docetaxel con cabazitaxel y abiraterona entre enero-2011 y mayo-2014. A partir del programa de preparación de citostáticos Oncowin® y del registro de dispensación a pacientes externos de Farmatools®, se obtuvieron datos del fármaco administrado/dispensado y su posología. Los datos relativos al paciente y eventos adversos (EA) fueron extraídos de la historia clínica. La seguridad fue evaluada mediante: frecuencia de EA y su gravedad según criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events v.4.02, tratamiento/profilaxis con factores estimulantes de colonias granulocíticas (G-CSF), tratamiento de soporte de anemia (transfusión de concentrado de hemáties, administración de eritropoyetina o hierro), retraso de ciclos y reducción de dosis. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS v.19.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 17 y 21 pacientes que iniciaron tratamiento con cabazitaxel y abiraterona, respectivamente. La mediana de edad de inicio de tratamiento fue 67,66 años (rango 39-77) y 71 años (rango 39-84) para cabazitaxel y abiraterona, respectivamente. Los pacientes fueron tratados con cabazitaxel durante una media de $5,53 \pm 2,38$ ciclos, siendo la dosis media $247,77 \pm 126,38$ mg. Los pacientes que recibieron abiraterona 1.000 mg/día fueron tratados durante una media de $6,37 \pm 4,00$ meses. Los EA más frecuentes con cabazitaxel fueron hematológicos: anemia (100%) y trombocitopenia (29,4%), y no hematológicos: astenia (grado (G) 1-2: 76,5% grado y G ≥ 3 : 11,8%), diarrea (41,2%) y neurotoxicidad (23,5%). Se registró neutropenia en 2 pacientes (11,7%), de los cuales uno fue G ≥ 3 , y otro paciente presentó neutropenia febril. El 88,2% y 35,3% recibió G-CSF y tratamiento de soporte

de anemia, respectivamente. Fue necesario reducir la dosis a 20 mg/m² en un paciente por neutropenia y retrasar uno o más ciclos en 4 pacientes por EA. En cuanto a los EA más frecuentes con abiraterona fueron: astenia (G1-2: 47,6% y G ≥3: 23,8%), retención de fluidos y edema (33,3%) e hipertensión arterial (G1-2: 38,1% y G ≥3: 4,8%). Sólo uno de los pacientes presentó elevación de los valores de transaminasas y bilirrubina, sin consecuencias clínicas. Fue necesario interrumpir el tratamiento en 5 pacientes por EA.

CONCLUSIONES: La frecuencia de anemia con cabazitaxel fue elevada, de forma similar al ensayo TROPIC (94%). Sólo uno de los pacientes presentó neutropenia febril (5,9%), en concordancia con el porcentaje relativamente bajo observado en el ensayo (8%). Sin embargo, la frecuencia de neutropenia fue menor (11,8% vs 94%), lo que podría explicarse por el uso de G-CSF en la práctica clínica, que no fue permitido como profilaxis primaria en el ensayo. En el grupo de abiraterona, los EA más frecuentes fueron similares a los observados en el ensayo clínico COU-AA-301. Por tanto, los resultados obtenidos muestran consistencia con los ensayos pivotaes y se puede concluir que ambos fármacos presentaron un perfil de seguridad aceptable como tratamiento del CPRcm post-docetaxel.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1134. EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD PRODUCIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE UNA MEZCLA ESTANDARIZADA DE TERAPIA TRIPLE INTRATECAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

AUTORES: Olmos Jimenez R, Díaz Carrasco Ms, Galera Miñarro A, Pascual Gázquez Jf, Vicente Sanchez S, Espuny Miró A.

Hospital Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la toxicidad asociada a la administración de tratamiento triple intratecal (TIT), con metotrexato (MTX), citarabina (ARA-C) e hidrocortisona (HC), en condiciones protocolizadas, para el tratamiento o la prevención de la infiltración de células neoplásicas en el sistema nervioso central, en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de la toxicidad asociada a la administración de terapia TIT normalizada según un protocolo consensuado, en pacientes pediátricos con hemopatías malignas. Periodo de estudio: 18 meses (Enero de 2013 a Junio de 2014). En el protocolo se definían las dosis y volúmenes de la mezcla intratecal en función de la edad del paciente; todas las mezclas se ajustaban a un rango de pH y osmolaridad cercano al fisiológico del líquido cefalorraquídeo (aproximadamente 7,3 y 300 mOsm/kg, respectivamente): 0-1 año: MTX 5 mg + ARA-C 16 mg + HC 10 mg (volumen: 4 ml); 1-2 años: MTX 8 mg + ARA-C 16 mg + HC 10 (4 ml); 2-3 años: MTX 10 mg + ARA-C 20 mg + HC 15 mg (6 ml); ≥3 años: MTX 12 mg + ARA-C 30 mg + HC 20 mg (8 ml). La clasificación de los efectos adversos (EAs) y su gravedad se realizó mediante la escala CTCAE v.4.0 y se estudió la relación de causalidad mediante el Algoritmo de Naranjo.

RESULTADOS: Se registraron 269 administraciones de quimioterapia TIT en 41 pacientes pediátricos (6,6 administraciones/paciente). La media de edad de los pacientes fue de 6,59 ± 3,9 años, y el 58,5% eran varones. El diagnóstico más frecuente fue la leucemia aguda linfoblástica (85,4%) seguido de leucemia mieloide aguda (9,8%) y linfoma no Hodgkin (4,9%). Se registró algún evento adverso (EA) en el 16,7% de los procedimientos y el 56,1% de los pacientes. En el 84,4% de los EAs el paciente estaba recibiendo quimioterapia sistémica concomitantemente a la administración TIT y en el 86,7% fármacos potencialmente neurotóxicos. Se registraron un total de 61 EAs: vómitos (26), cefalea (15), dolor lumbar (11), dolor en miembros inferiores (3), somnolencia (2), vértigos (2), presíncope (1) y diplopía (1). La mediana de tiempo inicio del EA desde la administración de TIT fue de 8 horas (rango intercuartílico: 1-24 horas) y la mediana de duración de 2 horas (rango intercuartílico: 1-72 horas), siendo la duración máxima 9 días (episodio de cefaleas y vómitos). Todos se resolvieron, requiriendo el 73,8% tratamiento sintomático: metamizol (17), ondansetron (16), paracetamol (14), metoclopramida (7) y domperidona (1). El 47,5% de los EAs fueron grado 1, el 47,5% grado 2 y el 4,9% grado 3, (un cuadro de vómitos y dos de cefalea). La relación de causalidad del EA con la terapia TIT se consideró probable, posible o dudosa en el 4,9%, 80,3% y 14,8% respectivamente.

CONCLUSIONES: Se ha observado toxicidad en el 16,7% de las administraciones de TIT estandarizada, siendo la emesis la toxicidad detectada con mayor frecuencia. La mayoría de los EAs fueron grado 1-2. La quimioterapia TIT se consideró mayoritariamente como causa posible de la toxicidad y en ningún caso como causa definida.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

280. EVALUACIÓN DEL AJUSTE DE LA POSOLOGÍA DE METOCLOPRAMIDA TRAS LAS NUEVAS RECOMENDACIONES EN EL PROTOCOLO DE EMESIS RETARDADA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: Ibar Bariain M, García Albás JJ, Andrés Moralejo MA, Nuñez de Sologuren M, Blázquez Urtizborea U, Martiarena Ayestarán A.

Hospital Universitario de Araba - Txagorritxu. Jose Achotegui sn 01009. Alava. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto en la eficacia antiemética del ajuste de la posología de metoclopramida en las pautas antieméticas (PAE) de nuestro hospital mediante un método descriptivo y comparativo con un anterior estudio llevado a cabo en nuestro hospital en 2006/07.

MATERIAL Y METODOS: En el periodo de mayo 2006 a diciembre 2007 el servicio de Farmacia evaluó la efectividad y tolerancia de las tres PAE establecidas para la prevención de la emesis retardada (ER) tras la administración de quimioterapia (QT) (Estudio 1). El actual estudio se llevó a cabo de septiembre de 2013 a septiembre de 2014 tras el ajuste de la dosis de metoclopramida en estas PAE por la alerta de seguridad "MUH (FV), 22/2013" de la AEMPS que recomendó restringir el uso y limitar la dosis y duración de metoclopramida (Estudio 2).

Se incluyeron todos los pacientes de oncología que comenzaron esquemas de QT con fármacos relacionados con la aparición de ER.

De los 621 pacientes incluidos en el Estudio 1 el 19,8% precisó un cambio de PAE. Los esquemas de QT que más frecuentemente precisaron cambio de PAE fueron esquemas con antraciclinas (AC) combinadas con ciclofosfamida (CTX) seguido por esquemas con irinotecan (CPT-11) < 350 mg/m² (27,5% y 26,2% sucesivamente). El 25,9% de mujeres y el 11,5% de hombres precisaron un cambio de PAE. Estos cambios se efectuaron principalmente en el ciclo 2 (35,8%) y ciclo 3 (26%). El 51,2% de los cambios fueron por ineficacia y 48,9% por intolerancia.

RESULTADOS: En el actual estudio se incluyeron 351 pacientes: 172 mujeres y 179 hombres. El 12,8% del total de pacientes, el 19,8% de las mujeres y el 6,7 % de los hombres precisaron cambiar de PAE.

El 47,4% de los cambios ocurrieron en el ciclo 2 y el 26,3% de los cambios en el ciclo 3. El 67,4% de los cambios fue por ineficacia y el 32,6% por intolerancia.

Respecto al Estudio 1, en todos los esquemas de QT el porcentaje de cambio de PAE disminuyó, exceptuando los esquemas con oxaliplatino (OX), en los cuales el porcentaje de cambio aumentó del 16,6% en el Estudio 1 al 18,4% en el Estudio 2. La disminución más pronunciada se produjo en los esquemas de AC combinadas con CTX, que disminuyó al 15,9%, y en los esquemas de CPT-11 < 350 mg/m², que disminuyó al 12%.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos evidenciaron nuevamente un control aceptable de la ER. Sin olvidar que el periodo de un año de estudio puede ser limitado, la reducción de dosis de metoclopramida parece que conlleva una menor necesidad de cambio de PAE. Este hecho puede ser debido a una mejor tolerancia por dos motivos: en primer lugar, los esquemas de QT que en el Estudio 1 evidenciaron una mayor emetogenicidad, experimentan una pronunciada reducción del porcentaje de cambio de PAE en el Estudio 2; en segundo lugar, el porcentaje de cambios por intolerancia en el Estudio 2 se ha visto disminuido respecto al Estudio 1.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1108. EVALUACIÓN DEL USO DE PLERIXAFOR EN EL RESCATE DE PACIENTES EN LOS QUE HA FALLADO LA MOVILIZACIÓN PREVIA CON FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS

AUTORES: López Navarro Aa, Martínez Moreno J, Porta Oltra B, Fernandez Zarzoso M, Climente Martí M.

Hospital Universitario Dr. Peset. Av. Gaspar Aguilár,90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de la administración de plerixafor en pacientes candidatos a autotrasplante de progenitores hematopoyéticos en los que ha fallado la movilización previa con G-CSF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento con plerixafor en los últimos 5 años (Mayo 2010-Mayo 2015) recogiendo variables demográficas (sexo y edad), diagnóstico, dosis de G-CSF recibida, rendimiento de células CD34+/kg en producto de aféresis y número de dosis recibidas de plerixafor. El criterio de selección de estos pacientes fue no alcanzar el número de 10 células CD34+/μL previo a la aféresis. Se consideró como variable de efectividad el valor de células CD34+/kg recogidas como producto de aféresis, estableciéndose como rendimiento aceptable el $\geq 2 \times 10^6$ CD34+/kg¹ y óptimo el $\geq 5 \times 10^6$ CD34+/kg¹.

RESULTADOS: En el análisis se incluyeron 10 pacientes: 3 hombres y 7 mujeres con edad media (DE) de 64 (4,1) años con los siguientes diagnósticos: 5 mieloma múltiple, 3 linfoma no Hodgkin, 1 linfoma Hodgkin y 1 síndrome POEMS. Todos los pacientes recibieron G-CSF siendo la mediana de dosis 17,5 mcg/kg/día (mínimo=6 mcg/kg/día - máximo=19 mcg/kg/día). La dosis de plerixafor fue de 0,24 mcg/kg/día, administrado 6-11 horas antes de la aféresis, repitiéndose la administración del fármaco en un segundo día en caso de no haber alcanzado un objetivo aceptable de rendimiento tras la primera aféresis.

En seis de los pacientes se alcanzó un rendimiento aceptable tras una única dosis de plerixafor. En cuatro pacientes se requirió de una segunda administración, consiguiendo cifras $\geq 2 \times 10^6$ CD34+/kg en dos de ellos. En global, se consiguió rescatar 8/10 pacientes fueron rescatados obteniendo procedimientos de aféresis aceptables tras la

administración de una o dos dosis de plerixafor no obteniéndose en ningún caso una respuesta óptima ($\geq 5 \times 10^6$ CD34+/kg).

CONCLUSIONES: Plerixafor ha demostrado en nuestra población ser un fármaco eficaz en pacientes en los que previamente ha fracasado la movilización convencional de progenitores hematopoyéticos con G-CSF. Según nuestra experiencia, la adición de plerixafor al esquema de movilización en los pacientes seleccionados ha conseguido rescatar (rendimiento $\geq 2 \times 10^6$ CD34+/kg) tras la administración de una única dosis a un 60% de los pacientes y hasta un 80% con la administración de dos dosis en días consecutivos.

1 Pusic, I., Jiang, S.Y., Landua, S. et al. Successful mobilization was defined as collection of $\geq 2 \times 10^6$ CD34+ cells/kg. Impact of mobilization and remobilization strategies on achieving sufficient stem cell yields for autologous transplantation. Biol Blood Marrow Transplant. 2008; 14: 1045–1056

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

206. EXPERIENCIA CON IPILIMUMAB TRAS QUIMIOTERAPIA EN MELANOMA METASTÁSICO EN LA PRÁCTICA HABITUAL

AUTORES: Martínez Bautista Mj, Martínez Díaz C, Suárez Carrascosa Fj, García De Paredes Esteban Jc, Romero Hernández I, Blanco Sánchez G.

Hospital Puerta Del Mar. Ana De Viya 21. Cádiz. España

OBJETIVO: Describir la experiencia con ipilimumab en segunda línea o posteriores en pacientes con melanoma metastásico en 2 hospitales donde el área de oncología está integrada, en términos de efectividad, toxicidad y coste, para poder incorporar nuestros resultados a la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron los pacientes con melanoma metastásico estadio IV que fueron tratados con ipilimumab tras haber recibido al menos un ciclo de una línea de quimioterapia previa, desde 1/11/11 hasta 31/5/15.

Los datos demográficos, clínicos y de tratamiento se recogieron a través de los programas Oncowin[®], Oncofarm[®] y la Historia de Salud Única Digital Diraya[®] (HSUD). Como variables de efectividad se midieron la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y para la toxicidad se empleó la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE) v.4.0 del National Cancer Institute. Para el coste se tuvo únicamente en cuenta el coste directo del ipilimumab.

RESULTADOS: Un total de 12 pacientes (7 mujeres), con una mediana de edad de 50 años se trataron con ipilimumab tras quimioterapia: 8 en segunda línea de los cuales 5 habían recibido dacarbazina, 2 vemurafenib (BRAF+) y uno imatinib (cKIT+), 3 en tercera línea y 1 en cuarta. 5 pacientes habían recibido interferon alfa 2b en adyuvancia y 4 pacientes recibieron líneas posteriores tras ipilimumab (3 pembrolizumab y el otro se incluyó en un ensayo clínico). 8 pacientes recibieron 4 ciclos de ipilimumab 3 mg/kg/21 días en perfusión IV de 90 minutos, 2 pacientes 3 ciclos, 1 paciente 2 ciclos y otro solamente 1, al que hubo que suspenderse por hepatitis tóxica. El PS era 0 al inicio de ipilimumab en 6 pacientes, PS 1 en 5 y PS 3 en 1. Los 12 pacientes tenían más de una localización metastásica y 3 pacientes tenían melanoma uveal. Según nuestra práctica clínica, en el momento del análisis (mayo 2015) los 12 pacientes habían progresado, con una mediana de SLP de 3,3 meses (2,7-5,6). 9/12 pacientes fueron éxitos, con una mediana de SG de 3,4 meses (2,8-9). 3 pacientes tenían al inicio del tratamiento con ipilimumab niveles de LDH por encima del doble del límite superior normal, teniendo estos una SG de 2,7, 2,8 y 4 meses. Se recogió toxicidad \geq grado 2 en 6 pacientes (1 diarrea, 1 enterocolitis autoinmune y sepsis, 3 astenia y 1 hepatitis tóxica).

El coste directo en ipilimumab en el período del estudio fue de 324.157€

CONCLUSIONES: A pesar de la limitación del tamaño de nuestra muestra y en base al beneficio marginal obtenido, la toxicidad encontrada y el alto coste que ha supuesto el tratamiento con ipilimumab, para incorporar su utilización en nuestra práctica habitual y con el objeto de optimizar la respuesta deberíamos seleccionar mejor a los pacientes candidatos a recibir el fármaco.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1004. EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO LOCALMENTE AVANZADO IRRESECABLE O METASTÁSICO

AUTORES: Gutiérrez Cívicos Mdr, Cerezuela Fuentes P, Martínez Penella M, García Márquez A, García Lagunar Mh, Martínez Ortiz Mj.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita, S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Trastuzumab emtansina (T-DM1) es un fármaco aprobado en cáncer de mama HER2+ localmente avanzado irreseccable o metastásico (CMM) en pacientes que han recibido tratamiento previo con trastuzumab/taxano por separado o en combinación.

El objetivo del estudio es evaluar la utilización, efectividad y seguridad de T-DM1 en su indicación aprobada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de CMM o localmente avanzado irreseccable HER2+ tratados con T-DM1 desde junio 2014 (inicio del primer tratamiento) hasta mayo 2015 en un hospital general. Variables recogidas: edad, sexo, receptores hormonales, líneas de quimioterapia previas (LQP) para la enfermedad metastásica, pauta posológica, número de ciclos, tiempo en tratamiento, respuesta y toxicidad. Los datos se obtuvieron a través del programa de prescripción oncológica electrónica (Oncofarm®) y la historia clínica informatizada (Selene®).

La efectividad se midió mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global [(SG), periodo comprendido entre fecha de inicio del T-DM1 y fecha de progresión/muerte/último seguimiento]. La toxicidad se evaluó según los criterios CTCAEv4.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 mujeres con una mediana de edad de 53 años (rango: 37-65). Todas las pacientes presentaban al inicio ECOG=1. La pauta posológica de T-DM1 fue 3,6mg/kg, vía intravenosa cada 21 días. Se administró la totalidad de la dosis calculada según peso en todas las pacientes, sin precisar reducción en ninguno de los ciclos. Los receptores hormonales eran positivos en 3 pacientes (42,9%), de las cuales 1 no se trató con terapia hormonal y 2 recibieron previamente dos líneas de tratamiento. La mediana de LQP para la enfermedad metastásica fue de 4 (rango: 1-9). Recibieron una mediana de 7 (rango: 3-13) ciclos de T-DM1 correspondiente a una mediana de tiempo en tratamiento de 21 semanas (rango: 9-27).

En relación con la respuesta, 2 pacientes continúan en tratamiento, 3 cambiaron a una nueva línea terapéutica tras presentar progresión de la enfermedad y 2 fallecieron durante el tratamiento (una paciente tras el tercer ciclo completado 9 semanas de tratamiento y otra al séptimo ciclo completado 21 semanas).

En cuanto a la seguridad, las reacciones adversas (RA) no hematológicas grado \leq 2 fueron: astenia (71,4%), artralgias (42,9%), náuseas (42,9%), anorexia (28,6%), mucositis (14,3%), cefalea/mareo (14,3%), diarrea (14,3%), elevación de enzimas hepáticas (14,3%), epistaxis (14,3%), reacción infusional (14,3%), reducción de la fracción de eyección ventricular izquierda (14,3%) y xerostomía (14,3%). Las RA destacables por la gravedad (grado \geq 3) fueron: infección respiratoria no neumocócica (n=1), infección urinaria con fiebre (n=1) y astenia grado 4 (n=1). La toxicidad hematológica se presentó en forma de anemia (n=3), neutropenia (n=2) y trombocitopenia (n=3) grados 1-2.

La mediana de SLP fue de 4,8 meses (rango: 2,8-8,3) (28,6% censura) y de SG fue de 6,4 meses (rango: 2,8-11,3).

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, la utilización de T-DM1 se adapta a las indicaciones aprobadas en ficha técnica. Su uso supone una alternativa terapéutica válida en las pacientes con CMM HER2+, sin toxicidad que obligue a retrasos ni a reducción de dosis, incluso en pacientes politratadas. Asimismo, los datos de eficacia son acordes a los comunicados previamente en grandes series.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

785. EXPERIENCIA DE USO DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL LINFOMA NO HODGKIN

AUTORES: Rodríguez Legazpi I, Fuster Sanjurjo L, López Cortiña A, Rodríguez Penín I.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida de la Residencia S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir la utilización de rituximab en el tratamiento de mantenimiento del linfoma no Hodgkin (LNH) en condiciones de práctica clínica habitual. Verificar la concordancia de nuestra población con la población del estudio pivotal PRIMA.

MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de LNH que recibieron rituximab en mantenimiento hasta el 4-6-2015 en nuestra institución. Para cada paciente se recabaron datos demográficos (edad y sexo), tipo de linfoma y en el caso de los linfomas foliculares: a) variables hematológicas antes de la inducción (estadio Ann Harbor, grado, índice pronóstico FLIPI y FLIPI-2 y carga tumoral por criterios GELF), b) tratamiento previo, esquema de inducción y respuesta y duración del tratamiento de mantenimiento, c) tolerancia y d) serología (hepatitis C y VIH).

Criterios de inclusión del estudio pivotal: linfomas foliculares no tratados previamente grados 1, 2 o 3A con alta carga tumoral (Bulky) que presentaron respuesta completa (RC), muy buena respuesta parcial (RP) o RP; se excluyeron los pacientes con infección por VIH o hepatitis C.

La información se recabó de la historia clínica electrónica IANUS® y del programa Farmis®. Análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes (edad media: 62.24±10.06 años, rango: 41-84); 13 mujeres. Tipo de linfoma: 21 folicular, 3 manto y 1 marginal.

Estadio Ann Harbor (n=21): I (1), II (3), IIIA (3), IIIB (4), IV-A (6) y IV-B (4). Grado (n=20): 1 (9), 2 (5), 3A (4) y 3B (1). Índice pronóstico FLIPI y FLIPI-2 (n=21); respectivamente: bajo 4 y 3, intermedio 6 y 11 y alto 11 y 7.

Diecinueve pacientes presentaban al inicio de la inducción enfermedad Bulky (n=21). Esquema de inducción (n=21): 15 R-CHOP, 2 R-Bendamustina, 2 R-CVP, 1 R-CHOP y R-CVP y 1 R-ESHAP; duración de la inducción: 19,35±4,98 semanas (rango: 11,29-28,86). Respuesta al esquema de inducción (n=21): 14 RC, 4 muy buena RP y 3 RP.

Duración de la terapia con rituximab de mantenimiento (n=21): 9,77±6,05 meses (rango: 3,53-22,40). Número de ciclos recibidos: 5±3 (rango: 3-12). Dieciocho pacientes continúan con el tratamiento, 1 progresó durante el mismo, 1 finalizó y 1 se suspendió por toxicidad.

Cuatro pacientes presentaron alguna reacción adversa a rituximab (n=21): 1 lesión dérmica con vesículas, 1 rash cutáneo, 1 polineuropatía sensitiva y diarrea y 1 aftas y ampollas orales.

Seis pacientes no cumplían los criterios de inclusión del pivotal (n=21): 3 tratados previamente (dos de ellos con rituximab en mantenimiento), 2 no Bulky y 1 grado 3B. Tres pacientes cumplían criterios de exclusión del pivotal (n=21): 2 infección hepatitis C y 1 infección VIH- hepatitis C.

CONCLUSIONES: Rituximab se ha usado en el 84% de los pacientes según indicación de ficha técnica (tratamiento de mantenimiento del linfoma folicular que ha respondido a la terapia de inducción).

El 60% de los LNH tratados con rituximab de mantenimiento cumplen los criterios de inclusión del estudio PRIMA. Son necesarios estudios en aquellas poblaciones excluidas del pivotal como son los pacientes diagnosticados de LNH no foliculares y los foliculares pretratados o con serologías positivas.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

902. EXPERIENCIA DE USO DE TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

AUTORES: Moreno Gómez AM, Rebollo Díaz N, Maté Arbaiza P, Bayona Antón C, Acevedo Bouzas J. Santos Reyes. Avenida Ruperta Baraya 6. Burgos. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad, seguridad y satisfacción percibidas tras el cambio de formulación de trastuzumab intravenoso (iv) a subcutáneo (sc).

MATERIAL Y MÉTODOS: Tres meses después de hacerse efectivo el cambio de formulación en pacientes con cáncer de mama, se entregaron encuestas de valoración a dichas pacientes y a los profesionales sanitarios implicados en su uso.

Se diseñaron cuatro tipos de encuesta: para pacientes, prescriptores (dos oncólogos), otro personal de Hospital de Día y personal de Farmacia. Todos los cuestionarios contenían ítems relacionados con seguridad, conveniencia y satisfacción; además, en los cuestionarios de médicos y pacientes se incluyó la efectividad. Durante el diseño de los cuestionarios, se trató de que las preguntas fuesen concisas y sencillas y que sólo admitiesen una única respuesta posible; en los casos en que se consideró adecuado se utilizó un formato de escala tipo Likert con cinco grados de respuesta.

RESULTADOS: De los 10 pacientes en tratamiento con trastuzumab en el momento de incorporación de la especialidad, 8 cambiaron de formulación en el periodo de estudio, pero no fue posible contactar con 2 para cumplimentación de la encuesta.

La confianza de las pacientes en cuanto a efectividad es la misma para ambas formulaciones (5/6: "totalmente de acuerdo"). Los efectos adversos experimentados se valoran como leves para ambas presentaciones si bien el 50% de las pacientes los consideran mayores para la iv.

La efectividad y seguridad percibida por los oncólogos también es igual para las dos formulaciones; no observan que se produzcan efectos adversos graves con ninguna y los de grado leve observados consideran que son iguales o menores para la formulación sc.

En cuanto a los síntomas relacionados con la administración, 4/6 pacientes no refiere para la iv y 5/6 tampoco para la sc; tanto los prescriptores como las enfermeras de Hospital de Día consideran que apenas se producen siendo menor el dolor, hematoma y la reacción infusional con la administración sc.

El 50% de las pacientes manifiesta estrés/ansiedad por la administración, siendo mayor para la iv.

Los prescriptores y auxiliares de Farmacia coinciden en que la actual disponibilidad de dos especialidades con distinta dosificación y similitud en el acondicionamiento puede inducir potencialmente a errores. Las enfermeras de Hospital de Día y de Farmacia corroboran que es más cómoda de preparar y de administrar la especialidad sc.

Todos los encuestados coinciden en que la formulación sc es más cómoda para el paciente y el tiempo en Hospital de Día es menor con ésta; se sienten "totalmente satisfechos" con la incorporación.

CONCLUSIONES: La evaluación de las actividades implementadas y la valoración del grado de satisfacción con respecto a las mismas es clave para la mejora de la calidad asistencial.

De nuestro estudio concluimos que trastuzumab parece un fármaco seguro, que la formulación sc es más cómoda y ahorra tiempo y que la disponibilidad de las 2 formulaciones puede favorecer los errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1058. EXPERIENCIA DEL USO DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CÁNCER COLONRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: Sastre Martorell Ml, Garcia Alvarez A, Martorell Puigserver C, Ventayol Bosch P, Santandreu Estelrich Mm. Hospital Universitario Son Espases. Carretera Valldemossa Sn. Islas Baleares. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de regorafenib en el tratamiento de los pacientes diagnosticados de cáncer colonorrectal metastásico (CCRm) y describir sus características basales.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes incluidos en un programa de uso compasivo regorafenib en un hospital de tercer nivel. A partir del programa de historia clínica (Millenium®) y el programa de prescripción del área de onco-hematología (farmis®) se recogieron: edad, sexo, localización primaria (LP), la mutación del gen KRAS, número de tratamientos previos para la enfermedad metastásica (TEM), terapia previa con anti-VEGF y anti-EGFR, eventos adversos (EA) y modificaciones de dosis.

La eficacia fue evaluada por la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). La seguridad se evaluó mediante el registro de EA y modificaciones de la dosis.

RESULTADOS: Se incluyeron 5 pacientes (1 mujer) con un ECOG \leq 1 y una mediana de edad de 62 años.

Caso 1: varón (63 años), LP: recto, ECOG: 1, K-ras mutado, TEM: 3 incluyendo anti-VEGF. Completa 4 ciclos de tratamiento, siendo necesaria la reducción de dosis por toxicidad (120 mg) y suspensión temporal del tratamiento (astenia G4). Finaliza tratamiento por progresión de la enfermedad.

Caso 2: varón (59 años), LP: recto, ECOG: 1, K-ras mutado, TEM: 2 incluyendo anti-VEGF. Completa 4 ciclos de tratamiento, siendo necesaria la reducción de dosis por toxicidad (80 mg) y suspensión temporal del tratamiento (astenia y anorexia G4). Finaliza tratamiento por progresión de la enfermedad.

Caso 3: varón (62 años), LP: colon, ECOG: 1, K-ras wild type, TEM: 3 incluyendo un anti-VEGF y un anti-EGFR. Completa 1 ciclo de tratamiento con buena tolerancia. Finaliza tratamiento por progresión de la enfermedad.

Caso 4: varón (65 años), LP: recto, ECOG: 1, K-ras wild type, TEM: 3 incluyendo anti-VEGF y anti-EGFR. Se suspende el primer ciclo por mala tolerancia (astenia G4).

Caso 5: mujer (61 años), LP: colon, ECOG: 1, K-ras wild type, TEM: 4 incluyendo anti-VEGF y anti-EGFR. Completa 2 ciclo de tratamiento con buena tolerancia. Finaliza tratamiento por progresión de la enfermedad.

La mediana de los TEM fue de 3 (2-4). La mediana del número de ciclos recibidos fue de 2 (0-4) con una duración media del tratamiento de 82 días (2-225). La mediana de la SLP fue de 117 días y la mediana de OS 175 días (32-299).

En cuanto a la seguridad tres pacientes presentaban astenia grado 4 y 1 paciente anorexia de grado 4. La dosis tuvo que ser modificado en 2 pacientes debido a AE y 1 paciente suspendió el tratamiento debido a AE.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia clínica con regorafenib evidenció una eficacia moderada y una alta toxicidad, por lo que consideramos que regorafenib no debe ser utilizado en la práctica clínica para el tratamiento de pacientes con CCRm.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

814. EXPERIENCIA DEL USO DE VINFLUNINA EN EL CARCINOMA METASTÁSICO DE CÉLULAS TRANSICIONALES DEL TRACTO UROTERIAL

AUTORES: Castresana Elizondo M, Monforte Gasque Mp, Gutierrez Valencia M, Lacalle Fabo E, Berisa Prado S, Pellejero Hernando E.

Complejo Hospitalario De Navarra. Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVO: La vinflunina está indicada en monoterapia en el carcinoma metastásico de células transicionales del tracto urotelial(CCTTU), tras fracaso a una primera línea de tratamiento con derivados del platino.

El objetivo es estudiar la efectividad y la seguridad de este fármaco en la indicación aprobada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo observacional que incluyó los pacientes diagnosticados de CCTTU tratados con vinflunina, como segunda línea o posterior, en el periodo de septiembre 2011 a mayo 2015 en un hospital terciario.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo, edad, ECOG), relacionadas con la enfermedad (filtrado glomerular estimado, valor de hemoglobina previo al inicio del tratamiento) y farmacoterapéuticas (esquema quimioterápico previo, línea de tratamiento, número de ciclos recibidos, dosificación, incidencia general de efectos adversos (EA) y número EA grado 3-4, número de reducciones de dosis e interrupciones de tratamiento y sus causas. Fuentes de datos: Historia Clínica Informatizada y programa de prescripción y validación Farho®. Las curvas de supervivencia fueron obtenidas por el método Kaplan-Meier utilizando el programa estadístico SPSS 21.0 y los resultados fueron comparados con el ensayo clínico pivotal.

RESULTADOS: En total fueron incluidos 20 pacientes (80% hombres), con edad media 67 años(DE=6,6). Al inicio del tratamiento, 60% de los pacientes tenían ECOG=1 (15% ECOG=2 y 5% desconocido), 50% filtrado glomerular estimado >60 mL/min (30% entre 40-60 y 13%

Todos habían recibido como 1ª línea de tratamiento gemcitabina combinada con derivados de platino (70% cisplatino y 30% carboplatino).

Recibieron vinflunina como 2ª línea de tratamiento el 80% de los pacientes, como 3ª el 15% y como cuarta el 5%. La mediana de ciclos recibidos fue 3(rango intercuartil=3-6). La dosificación se realizó según lo indicado en ficha técnica.

La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) obtenida fue de 2 meses (IC95% 1,49-2,52) y de supervivencia general (SG) 6 meses (IC95% 3,77-8,23). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 6 meses. Tras la progresión (n=19), 7 pacientes recibieron terapia de soporte y 12 continuaron tratamiento (1 entró en un ensayo clínico y 11 recibieron nueva línea de quimioterapia).

La incidencia de EA fue: 55% gastrointestinales, 45% síndromes constitucionales, 40% hematológicos, 35% sufrieron reacciones durante la administración del fármaco y 10% aumento de los niveles de transaminasas. Se registraron 4 eventos de grado 3-4 (3 casos neutropenia febril y 1 episodio emético). En tres casos la dosis se redujo un 20% por toxicidad pero en ningún caso se suspendió el tratamiento.

CONCLUSIONES: La vinflunina muestra beneficio en la supervivencia de nuestros pacientes pero inferior al mostrado en el ensayo clínico de referencia (SLP 3 meses y SG 6,9 meses). Las diferencias en las características basales de los pacientes, incluidos pacientes con ECOG=2 y aclaramiento renal

Los efectos adversos son leves y manejables. La neurotoxicidad, típica de los inhibidores de microtúbulos, no se registró en ningún caso.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

890. HIPEREOSINOFILIA PERSISTENTE EN PACIENTE CON GIST EN TRATAMIENTO CON IMATINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Romero Carreño E, Alvarado Fernandez Md, Moya Martin MI, Santana Martin S, Vazquez Real M, Donoso Rengifo Mc.

Hospital Univ. Virgen Macarena. Avenida Doctor Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Se describe el caso de una paciente de 55 años diagnosticada de GIST (tumor del estroma gastrointestinal), que presentó hipereosinofilia persistente en sangre periférica tras el inicio de tratamiento adyuvante con imatinib, acompañada de lesiones dérmicas eritematosas. Se pretende determinar si la reacción adversa descrita es debida a imatinib.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los datos clínicos-analíticos de la paciente se obtuvieron a partir de la historia clínica digitalizada. Se realizó una búsqueda en Medline para determinar si existían casos similares descritos en la bibliografía, además de consultar la Ficha Técnica(FT) de imatinib. Para establecer si la reacción estaba causada por el fármaco se utilizó el algoritmo de Naranjo, que consta de 10 preguntas que pretenden determinar si existe una relación causal fármaco-reacción adversa(RA). Las preguntas son: 1.¿Existen notificaciones concluyentes sobre esta reacción?; 2. ¿Se produjo la RA después de administrar el fármaco sospechoso?; 3.¿Mejoró tras suspender la administración del fármaco o tras administrar un antagonista específico?; 4.¿Reapareció la RA tras re-administración del fármaco?; 5.¿Existen causas alternativas que podrían haber provocado la reacción?; 6.¿Reapareció la RA tras administrar pla-

cebo?; 7. ¿Se detectó el fármaco en sangre en concentraciones tóxicas?; 8. ¿Fue la reacción más severa al aumentar la dosis o menos severa al disminuirla?; 9. ¿Tuvo el paciente alguna reacción similar causada por el mismo fármaco u otro semejante en cualquier exposición anterior?; 10. ¿Se confirmó el acontecimiento adverso por cualquier tipo de evidencia objetiva?. En función de las respuestas se asigna una puntuación que establece que la relación de causalidad es definida(≥ 9), probable(5-8), posible(1-4) o dudosa(≤ 0).

RESULTADOS: La hipereosinofilia aparece aproximadamente dos semanas tras el inicio de imatinib(400mg/día), acompañándose de fiebre(39°C) y reacción cutánea (placas eritematosas en cara, extremidades, tronco, no pruriginosas, sin calor local) identificada tras biopsia como cuadro de toxicodermia probablemente relacionado con imatinib. Tras la interrupción del tratamiento durante 15 días, se observó la normalización de los niveles de eosinófilos, así como una mejoría de las lesiones cutáneas. Por esto se decide reintroducir imatinib de forma progresiva, inicialmente a dosis de 200mg/día. La tolerancia al tratamiento es excelente, sin alteraciones analíticas ni toxicidad dermatológica, lo que permite escalar dosis a 300 mg/día, que se mantiene actualmente. Tras la búsqueda en Medline se encontraron descripciones de casos de toxicodermia, incluyendo DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), asociados a la administración de imatinib. Por otra parte, en FT se describen tanto hipereosinofilia como reacciones dermatológicas (p.ej. DRESS) como efectos adversos de imatinib, aunque la frecuencia es desconocida. La evaluación mediante el algoritmo de Naranjo establece una relación causal probable[**RESULTADOS:** 1.(+1); 2.(+2); 3.(+1); 4.(+2); 5.(0); 6(0); 7(0); 8(+1); 9(0); 10(1)].

CONCLUSIONES: Imatinib parece ser la causa probable de la RA observada, según la herramienta utilizada para definir la relación causal (algoritmo de Naranjo). El manejo de esta RA es complejo, ya que el beneficio esperado del tratamiento contraindica la interrupción del mismo. Por ello es necesaria una monitorización estrecha del tratamiento, especialmente desde el punto de vista de la seguridad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

614. HIPOMAGNESEMIA ASOCIADA A PANITUMUMAB: INCIDENCIA, SEGUIMIENTO Y MANEJO EN LA PRACTICA CLÍNICA REAL

AUTORES: Vilasoa Boo Jp, Fernandez Vega H, Castro Dominguez Jm, Feijoo Melendez D, Suarez Santamaria M, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Vigo. Pizarro N°22. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Según la ficha técnica de panitumumab, los pacientes deben ser monitorizados periódicamente para detectar la aparición de hipomagnesemia asociada antes de iniciar el tratamiento, después de iniciarlo y hasta ocho semanas después de su finalización. Se recomienda la reposición de magnesio, si resulta apropiado.

Los objetivos de este estudio son analizar la incidencia de hipomagnesemia con panitumumab en la práctica clínica real y si su seguimiento y manejo se ajustan a las recomendaciones de la ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional llevado a cabo en un centro hospitalario terciario, en el que se seleccionaron todos los pacientes con cáncer colorectal metastásico que, durante el periodo de enero de 2013 a abril de 2015, iniciaron y completaron tratamiento con panitumumab.

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica electrónica y de la aplicación oncofarm, recojiéndose en una tabla excel® datos demográficos, diagnósticos, esquema de quimioterapia, línea de tratamiento, tratamientos previos, número de ciclos recibidos, grado de hipomagnesemia y ciclo de aparición y determinaciones de magnesio realizadas al inicio, durante y hasta 8 semanas después de finalizar el tratamiento con panitumumab.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 32 pacientes (18 hombres, 14 mujeres) completaron el tratamiento con panitumumab en nuestro centro hospitalario. Edad media 62,8 años (35-80), 31 pacientes PS 0-1 y 1 paciente PS 2. 6 pacientes recibieron el panitumumab en primera línea, 16 en segunda, 4 en tercera, 5 en cuarta y 1 paciente en quinta línea. 21 pacientes en combinación con esquemas basados en irinotecan, 6 en oxaliplatino y 5 pacientes en monoterapia.

La media de ciclos recibidos fue 6,9 (1-30) y la duración media del tratamiento 103,5 días (11-490).

Con respecto a la incidencia, la hipomagnesemia apareció en 10 pacientes (31,25%), 9 durante el tratamiento y 1 después de finalizarlo. 8 pacientes hipomagnesemia grado 1, 1 paciente grado 2 y 1 paciente grado 3.

En cuanto al seguimiento, a ningún paciente se le determinó el magnesio al inicio del tratamiento, a 13 pacientes (40,6%) no se le realizó ninguna determinación durante el tratamiento y en 21 pacientes (65,6%) no se monitorizó el magnesio en las 8 semanas posteriores a finalizar el tratamiento. La media de determinaciones por paciente fue de 1,25 (0-5).

Con respecto al manejo de la hipomagnesemia, únicamente 1 paciente se suplementó con magnesio oral.

CONCLUSIONES: -En nuestro centro hospitalario la incidencia de hipomagnesemia asociada al tratamiento con panitumumab es superior a la recogida en los estudios pivotaes del fármaco que la sitúan en torno al 27%.

-En un elevado porcentaje de pacientes el seguimiento del magnesio no se adecuaba a las recomendaciones de ficha técnica.

-En los pacientes que presentaron hipomagnesemia la reposición de magnesio fue anecdótica, empleándose únicamente magnesio oral.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1155. HIPONATREMIA SECUNDARIA A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CON COMPUESTOS DERIVADOS DE PLATINO

AUTORES: Martínez De Arriba R, Barbadillo Villanueva S, Oca Luis B, Espinosa Gomez Mp, Alamo Gonzalez O, Hermita Perz C.

Hospital Universitario De Burgos. Avda. Islas Baleares Nº3. Burgos. España

INTRODUCCION: El paciente oncológico es susceptible de desarrollar múltiples trastornos electrolíticos. Las alteraciones a nivel del sodio son las más frecuentes, especialmente la hiponatremia (3-5%). Niveles bajos de sodio en plasma, < 135 mmol/l, se asocian a mayor morbimortalidad, y en especial en los pacientes con cáncer.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es determinar la influencia sobre la natremia del tratamiento basado en derivados del platino.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en tratamiento quimioterápico con esquemas que contengan carboplatino, cisplatino u oxaliplatino durante el mes de marzo 2015. Recogemos datos relativos al compuesto de platino, tipo de neoplasia, tratamiento concomitante con derivados opiodes, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y/o diuréticos, y valores analíticos de natremia previa y a los diez-quince días de la administración del ciclo. Revisamos la historia médica electrónica, programa de validación/elaboración de tratamientos citostáticos y analíticas de laboratorio.

RESULTADOS: Evaluamos 210 pacientes, cuyas neoplasias en tratamiento son: 41,4% colo-rectales, 14,3% pulmón, 10,5% ORL, 8,1% páncreas, 7,1% vejiga, 6,7% gástrico, 6,7% ovario y 5,2% otras.

En cuanto al derivado de platino, 35 pacientes reciben cisplatino, 121 oxaliplatino y 54 carboplatino. Del tratamiento concomitante, 38 pacientes están en tratamiento con opiáceos, morfina en el 71% de los casos, sola o en asociación; 27 con antidepresivos, principalmente sertralina y escitalopram y un 30% toman algún diurético.

Tan sólo 13 pacientes desarrollan hiponatremia en algún momento del estudio.

7 pacientes inician con valores normales de sodio (144-136 mmol/l), y desarrollan hiponatremia posteriormente (132-128 mmol/l). De ellos, 4 pacientes en tratamiento con oxaliplatino, 2 con cisplatino y 1 con carboplatino.

Los 6 restantes parten con natremias inferiores a 135 mmol/l (133-134 mmol/l). De éstos, 4 alcanzan niveles normales en el siguiente control (140-136 mmol/l), 3 de ellos con carboplatino y uno con oxaliplatino; un paciente en tratamiento con oxaliplatino, mantuvo la hiponatremia y otro, también con oxaliplatino, desarrolló hipernatremia (147 mmol/l).

187 pacientes mantuvieron niveles normales de sodio durante todo el seguimiento (135-145 mmol/l).

CONCLUSIONES: La hiponatremia no sólo se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad, sino que también influye en la respuesta al tratamiento y en la evolución del paciente.

En nuestro estudio el 89% de los pacientes mantienen niveles plasmáticos de sodio dentro de la normalidad y la evolución de los datos de natremia es muy variable.

En ficha técnica, se describe la aparición de hiponatremia como un efecto adverso muy frecuente en el tratamiento con platinos. Con los resultados obtenidos, no podemos relacionar el tratamiento con derivados del platino con un mayor riesgo de aparición de hiponatremia. Además, tras revisar el tratamiento concomitante con opiodes, antidepresivos y diuréticos, tampoco se puede establecer una mayor probabilidad de desarrollar hiponatremia.

Por tanto un control analítico de los valores de natremia, resulta de gran importancia en el manejo del tratamiento con éstos fármacos, en pacientes oncológicos, altamente susceptibles a trastornos electrolíticos.

1120. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES PALIATIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

AUTORES: Cercós Lletí Ac, Torregrosa Maicas Md, Diaz Ricos J, López Navarro Aá, Royo Peyro Ma, González Cordero Mc. Hospital Universitario Dr. Peset. Av. Gaspar Aguilar,90. Valencia. España

OBJETIVO: Identificar las necesidades paliativas en los pacientes ingresados en el Hospital y las posibles oportunidades de mejora farmacoterapéutica en pacientes oncológicos con enfermedad crónica avanzada y pronóstico de vida limitado.

MÉTODO: A partir de un estudio transversal de 24 horas de duración en un Hospital general universitario, aplicando el cuestionario NECPAL-CCOMS-ICO© para identificar pacientes ingresados con enfermedad avanzada y sus necesidades paliativas, se analizaron los pacientes oncológicos a cargo del servicio de oncología. Se recogieron variables relacionadas con: el paciente (edad, diagnóstico oncológico, signos/síntomas clínicos, presencia de enfermedad avanzada), la identificación de la situación clínica al ingreso (codificación CIE V66.7 o diagnóstico relacionado), los circuitos asistenciales previos (centro de especialidades, consultas externas (CEXT), hospital de día (HD), unidad de hospitalización a domicilio (UHD), gestora de casos atención primaria (AP) y/o especializada (AE)). Se registró la duración de la estancia hospitalaria y el destino al alta. Se analizó toda la medicación prescrita en el momento de su identificación y las posibles oportunidades de mejora farmacoterapéutica aplicando el método IASER©.

RESULTADOS: De los 372 pacientes ingresados en el Hospital, 132 (36%) presentaron enfermedad avanzada, de los cuales 89 (67%) fueron NECPAL+. De los 23 pacientes oncológicos registrados, el 78% presentaron enfermedad avanzada, y de ellos NECPAL+ fueron el 89%; con edad media 65 años (42-86) y diagnóstico oncológico (cáncer de: pulmón 44%, gastrointestinal 22%, mama 11%). Los tratamientos más prevalentes estaban prescritos para el control de: dolor (56%), disnea (44%), anemia (39%), tos/expectoración (28%) y náuseas (22%). Sólo dos pacientes estaban identificados al ingreso como paliativos por los sistemas de información de AP y ninguno por AE. La procedencia principal fue el propio servicio de oncología a través de HD (44%) y CEXT (39%), la estancia hospitalaria media fue de 15 días (1-46) y los destinos principales CEXT, UHD y hospital de crónicos, 28% cada uno. Los fármacos prescritos fueron 175, todos ellos estaban indicados a dosis correctas, sin necesidad de tratamiento adicional para controlar signos/síntomas presentes. Se detectaron oportunidades de mejora para conseguir una administración más eficiente en 41 medicamentos (23%) relacionadas con: la vía (n=33: posibilidad de cambio vía intravenosa (IV)-oral (OR) 70%, IV-subcutánea (SC) 21%, intramuscular (IM)-SC 3%, IV-IM 3% y OR-IV 3%), el modo (n=3: posibilidad de cambio de bolus IV o SC a perfusión continua) y la preparación (n=5: mezclas IV monofármaco con posibilidad de preparar como binarias, ternarias y/o cuaternarias).

CONCLUSIÓN: La mayoría de pacientes oncológicos ingresados presentan enfermedad avanzada, con esperanza de vida limitada. El flujo de entrada principal es el propio servicio, con destino mayoritario a otras estructuras asistenciales, por consiguiente, se plantea la necesidad de planificar una continuidad asistencial coordinada principalmente con UHD y hospital de crónicos, así como, la identificación diagnóstica al ingreso para optimizar recursos. Las oportunidades de mejora se concretan en la administración de los medicamentos principalmente en la elección de vía más eficiente. Se propone la protocolización de la prescripción electrónica de la analgesia IV y SC con las mezclas binarias, ternarias y cuaternarias estandarizadas más utilizadas.

1150. IMPACTO ECONÓMICO DEL REENVASADO DE CITOSTÁTICOS ORALES AJUSTADOS A CICLOS DE TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

AUTORES: Lara Ramos C, Márquez Fernández E, Caballero Romero A, Aguilar Del Valle E, Dani Ben Abdel-Lah L. Hospital Universitario Virgen De La Victoria. Campues De Teatino, S/N. Granada. España

OBJETIVOS: Analizar la disminución de coste que se produce al dispensar a los pacientes la medicación exacta del ciclo en el tratamiento con citostáticos orales cuya presentación son envases multidosis y contienen más unidades que las que corresponderían en el ciclo: abiraterona (zytiga®), lapatinib (tyverb®), sunitinib (sutent®) y pazopanib (votrient®); en el periodo de tiempo medio de tratamiento y la extrapolación si hubiesen estado un año de tratamiento (48 semanas) en todos los pacientes con estos tratamientos en el año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo con duración de 12 meses (Enero 2014-Diciembre 2014) en el que se analizan todos los pacientes a los que se ha dispensado abiraterona, lapatinib, sunitinib y pazopanib en este tiempo. Para estimar el gasto farmacéutico nos basamos en el PVL de cada medicamento, calculando el coste real del ciclo

al dar las unidades exactas y el coste teórico del ciclo si se hubiesen dispensado envases enteros. Para la recogida de datos utilizamos el módulo de gestión económica y el módulo de pacientes externos del programa Farmatools®. Los ciclos de sunitinib son de 4 semanas con 2 semanas de descanso posteriores, los ciclos de abiraterona y pazopanib son de 4 semanas continuo y los ciclos de lapatinib son de 3 semanas continuo, variando la dosis de lapatinib si el tratamiento es concomitante con trastuzumab: 1000 mg/24h o capecitabina: 1250 mg/24h.

RESULTADOS: Por ciclo de abiraterona, al dar exacto el tratamiento se ahorra 113€. La media de tratamiento para 22 pacientes fue de 4,45 ciclos/año por lo que el ahorro medio por paciente/año fue de 502,85€. El ahorro si un paciente está un año con el tratamiento (12 ciclos) sería de 1356€. Por ciclo de sunitinib de 50 mg, al dar exacto el tratamiento se ahorra 366,82€. La media de tratamiento para 10 pacientes fue de 2,5 ciclos/año por lo que el ahorro medio por paciente/año fue de 917,05€. El ahorro para un año con el tratamiento (8 ciclos) sería de 296,56€. Por ciclo de pazopanib, al dar exacto el tratamiento se ahorra 181,54€. La media de tratamiento para 12 pacientes fue de 6,83 ciclos/año por lo que el ahorro medio por paciente/año fue de 1239,92€. El ahorro para un año con el tratamiento (12 ciclos) sería de 2178,48 €. Por ciclo de lapatinib, al dar exacto el tratamiento se ahorra 690,48€ con trastuzumab y 345,24€ con capecitabina. La media de tratamiento para 6 pacientes con capecitabina fue de 8,67 ciclos/año por lo que el ahorro medio por paciente/año fue de 2071,44€. El ahorro si un paciente está un año con el tratamiento (16 ciclos) a dosis de 1250 mg sería de 11047,68€ y para dosis de 1000 mg sería de 5523,84€.

CONCLUSIONES: La dispensación exacta de tratamiento ajustado a los ciclos de citostáticos orales en vez de la dispensación de envases completos produce un ahorro notable en una sección con alto impacto económico en la farmacia debido a la continua actualización de la sección y el elevado precio de los medicamentos nuevos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1110. IMPACTO EN SALUD RESULTANTE DE LA DOSIFICACIÓN DE CARBOPLATINO EN FUNCIÓN DEL PESO IDEAL AJUSTADO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESOS.

AUTORES: Poyatos Ruiz LI, Villanueva Bueno C, Flores Moreno S, Abdel-Kader Martin L, Vega Coca Md, Martinez Turrión J.

Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Avd. Manuel Siurot S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: evaluar el impacto en salud que resulta de aplicar ajuste de la dosis de carboplatino en función del peso ideal ajustado, en pacientes obesos o con sobrepeso con diagnóstico de cáncer de pulmón (CP).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional ambipectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Como grupo intervención con seguimiento prospectivo, se seleccionaron pacientes diagnosticados de CP con IMC>25 que recibieron tratamiento quimioterápico basado en Carboplatino entre marzo y mayo de 2015, para los que la dosis de carboplatino fue calculada en base al peso ideal ajustado (PIA). Como grupo control, se seleccionaron pacientes tratados durante el año 2013, con características similares en cuanto a edad, diagnóstico, IMC, función renal y régimen quimioterápico al grupo control (técnica de apareamiento 1:1) en los que la dosis de carboplatino se había calculado en función del peso real (PR).

$$PIA = PI + 0.25(PR - PI)$$

Se recogieron las siguientes variables para cada paciente: sexo, edad, histología, PR, Peso Ideal (PI), IMC, Creatinina sérica, dosis recibidas (total y mg/kg), número de ciclos, PIA, Aclaramiento de Creatinina (según fórmula de Cockcroft -Gault tanto para PR como para PIA) y aparición de neutropenia que comprometiera el tratamiento (neutrófilos). La identificación de los pacientes y la recogida de datos se realizó mediante los registros de dispensación del Servicio de Farmacia (ATHOS-APD®), FARMIS y las historias clínicas correspondientes. A continuación se procesaron los mismos mediante el programa SPSS®.

RESULTADOS: Se incluyeron 14 pacientes en el grupo intervención (once hombres y tres mujeres) con una mediana de edad de 70 años (79.5-66). El 64.3% presentaba sobrepeso, mientras que el 35.7% era obeso. El tipo histológico resultó ser No Microcítico en el 64.3% y microcítico en el 35.7%. La Dosis media ajustada a PIA fue 440 ± 178.5 mg (5.64 ± 2.3 mg/kg) recibidas en una media de 4 ± 1 ciclos. La dosis recibida si el cálculo se hubiera realizado con PR hubieran sido 466 ± 137.63 mg (6 ± 1.8 mg/kg).

En todos los casos los AUC objetivos fueron 4-5.

En el grupo control se incluyeron 14 pacientes pareados según características descritas previamente. La edad media fue de 71 años (76-71), e igual porcentaje de obesos/sobrepeso e histología que el grupo control. La dosis media de carboplatino que recibió este grupo fue de 561.6 ± 260.4 mg (6.81 ± 3.2 mg/kg).

La diferencia en las Dosis totales acumuladas recibidas entre ambos grupos fue de 605 ± 227.1 mg (7.54 ± 2.83 mg/kg).

Todos los pacientes tenían niveles de creatinina sérica inferiores a 0,9 mg/dl.

La incidencia de Neutropenia grado 2-3 fue del 28.6 % en el grupo intervención y de 50% en el grupo control.

CONCLUSIONES: la estrategia de dosificar carboplatino en el tratamiento del CP ajustando a PIA, parece tener impacto en salud, en cuanto a la reducción en la incidencia de neutropenia severa. Este hecho puede estar justificado ya que en pacientes con IMC>25 puede estar sobrestimando el aclaramiento del fármaco. Es necesario continuar la evaluación de esta estrategia para obtener datos de efectividad del nuevo protocolo de dosificación.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

32. INDEPENDENCIA TRANSFUSIONAL, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AZACITIDINA EN PACIENTES CON MIELODISPLASIA Y LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

AUTORES: Manresa Ramón N, Titos Arcos Jc, Sanchez Martinez I, De Bejar Riquelme N, De Gorostiza Frias I, Rizo Cerda Am.

General Universitario Morales Meseguer. Marques De Los Velez, S/N, 030008. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la independencia transfusional, efectividad y seguridad de 5-azacitidina (AZA) en pacientes diagnosticados de síndrome mielodisplásico (SMD) y leucemia mieloide aguda (LMA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo observacional de pacientes diagnosticados de SMD y LMA tratados con AZA desde su comercialización hasta febrero 2015, excluyendo pacientes con agentes estimulantes de eritropoyetina de forma concomitante.

Variables estudiadas: demográficas (sexo, edad), clínicas (clasificación según IPSS (International-Prognostic-Scoring-System) para SMD y FAB (Franco-Americano-Británico)) para LMA, y ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), líneas de tratamiento, pauta posológica, transfusiones independientes o dependientes de hematíes (TIH o TDH) o plaquetas (TIP o TDP) previo y durante AZA, respuesta según criterios International-Working-Group), efectividad (supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG)), motivos de suspensión y seguridad.

Se define independencia transfusional como libre administración transfusional durante >56 días tras AZA.

Fuentes: FARMIS_ONCOFARM® versión 2013.0.22.2 (programa de prescripción y validación electrónica de citostáticos) y SELENE® versión 5.3.1[1](programa de historia clínica).

RESULTADOS: Se incluyeron 47 pacientes, 60% hombres, con una edad media de 65 años (45-84). Hubo 29 pacientes diagnosticados de SMD (19 avanzados, 6 intermedio-2 y 4 intermedio-1) y 18 de LMA (M0:6, M1:1, M2:4, M3:1, M4:4, M6:2) con ECOG inicial predominante entre 0-1 (93% SMD y 89% LMA). En primera línea de tratamiento con AZA hubo 20 SMD (69%) y 6 LMA (33.3%), en segunda y tercera línea, 9 SMD (31%) y 12 LMA (66.7%).

Se excluyeron 10 pacientes (7 SMD y 3 LMA) que solamente recibieron un ciclo. Las pautas posológicas predominantes fueron 5-0-0 en SMD (54.5%) y LMA (40%), y 5-2-0 en LMA (40%).

De los pacientes con TDH (11 SMD (50%) y 9 LMA (60%)), un SMD y dos LMA cambiaron a TIH (8.1% del estudio). En cuanto a pacientes con TDP (6 SMD (27.3%) y 9 LMA (60%)), 3 SMD y 4 LMA cambiaron a TIP (18.9% del estudio).

La respuesta fue: respuesta total (completa+parcial)(22.7%SMD, 26.7%LMA), enfermedad estable (27.3%SMD, 6.6%LMA), progresión (50%SMD, 40%LMA) y recaída (26.7%LMA). La SLP y SG en SMD y LMA fue 13.8 y 6.8 meses, y 18.7 y 8.7 meses, respectivamente.

El 81.8% de SMD y el 86.6% de LMA suspendieron AZA: 61.3% progresión, 16.1% trasplante, 12.9% decisión personal y 9.7% muerte.

Destacaron las reacciones adversas: infecciones (56.7%), digestivas (10.8%), dolor músculo esquelético, punto de inyección y polineuropatía (2.7% en cada grupo). Hubo reducciones de dosis por citopenia y estreñimiento (13.5% de los pacientes).

CONCLUSIONES: • Obtenemos menores tasas de TIH respecto al estudio pivotal (8.1% vs 45%). En dicho estudio, no se evaluó TIP, pero al comparar con el estudio Seymour et al. obtenemos menores TIP (18.9% vs 42%).

• Menor SG y mayor respuesta total respecto al estudio pivotal (18.7 vs 24.4 meses y 24.3% vs 7% según comisión independiente). Si comparamos con los últimos estudios, la SG es mayor (18.7 vs 13.2 meses) en SMD y similar en LMA (8.7 vs 9.6 meses). Estas diferencias pueden deberse a las diferentes pautas y línea de tratamiento.

• El tratamiento con AZA es bien tolerado, destacando las infecciones.

506. INFLUENCIA DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON BORTEZOMIB

AUTORES: Ramón García J, Díez Fernández R, Somolinos De Marcos N, Molina García T.

Hospital Univ. De Getafe. Ctra. De Toledo, Km. 12,5. Madrid. España

OBJETIVO: La neuropatía periférica y la trombopenia son los dos principales factores limitantes de dosis en el tratamiento con bortezomib (B). Un estudio sobre la reversibilidad de la neuropatía periférica sintomática debida a B intravenoso (IV), observó que esta se asocia con la dosis acumulada del fármaco, siendo también una de las principales causas de modificación de la dosis.

Actualmente la vía subcutánea (SC) es la vía de elección ya que se asocia con una menor aparición de neuropatía periférica.

El objetivo del estudio es evaluar la dosis acumulada y la incidencia de trombopenia de acuerdo con la vía de administración del B en pacientes con mieloma múltiple.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes que recibieron B bisemanal y que hubieran recibido por lo menos un ciclo completo, en el periodo 2007-2014.

Los pacientes se agruparon según su forma de administración (SC frente a IV).

La dosis acumulada y el número de administraciones de B se extrajeron de los registros de prescripción electrónicos. También se analizó el hemograma durante el tratamiento con B.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 93 pacientes, de los cuales, 82 recibieron B IV y 29 recibieron B SC (18 habían recibido previamente B IV).

Grupo IV: la media de edad fue de 72,77 años. El 80% de los pacientes recibieron el esquema BD (bortezomib/dexametasona), el 16% el esquema VISTA y en un 4% se asoció otro agente quimioterápico. El 26,5% había recibido quimioterapia previa y un 33% fue sometido a trasplante autólogo de progenitores.

Grupo SC: la edad media fue de 69,34 años. El 75% fueron tratados con BD y el 25% con VISTA. Un 11% recibió tratamiento previo y el 41% trasplante.

La dosis acumulada fue mayor en el grupo IV (56,53 mg/m², 88% de la dosis teórica) que en el SC (37,72 mg/m², 82% de la dosis teórica). Sin embargo, en los pacientes que iniciaron directamente el tratamiento con B SC la dosis acumulada fue un 94% de la dosis teórica.

El riesgo de que fuera necesario reducir la dosis fue mayor durante el tratamiento IV frente al SC, aunque sin alcanzar la significación estadística (63,4% vs 48,2%; OR 1,86 IC95%:0,79-4,37).

El riesgo de aparición de trombopenia moderada o superior fue mayor en el grupo IV que en el grupo SC aunque, de nuevo, no fue estadísticamente significativo (45,1% vs 24,1%; OR 2,58 IC95%: 0,99%-6,72%).

CONCLUSIÓN: El tratamiento por vía SC se asocia, aunque de forma no significativa, a mejor tolerancia hematológica del tratamiento. Aunque el tratamiento previo con B IV y el bajo número de pacientes en el grupo de B SC dificulta el análisis de los datos, la administración SC desde el inicio sí parece lograr un mayor porcentaje de dosis planificada alcanzada. Es necesario esperar a una mayor utilización de la vía SC en la práctica clínica para poder extraer conclusiones significativas.

395. INFLUENCIA DE LOS TRANSPORTADORES DE FÁRMACOS EN LA RESPUESTA PATOLÓGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

AUTORES: Bosó Ribelles V, Bruixola Campos G, Megias Vericat Je, Santaballa Bertran A, Aliño Pellicer Sf, Poveda Andrés JI.

Hospital La Fe. Avenida Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: La quimioterapia (QT) neoadyuvante basada en antraciclinas y taxanos es el tratamiento de elección en las pacientes con cáncer de mama localmente avanzado (CMLA). El principal factor pronóstico para la supervivencia global (SG) en este escenario es la respuesta completa patológica (RCp) (mama-axila). El desarrollo de la farmacogenética ha permitido profundizar en el conocimiento de la variabilidad individual ante los fármacos, tanto en toxicidad como en respuesta. Los genes codificantes para transportadores de membrana tienen especial relevancia biológica al participar en vías de eliminación de QT. **OBJETIVO:** Evaluar la influencia de polimorfismos genéticos en ABCB1,

ABCC1 y ABCC2 (codificantes para la glicoproteína P, MRP-1 y MRP-2, respectivamente) en la R_{Pc} en CMLA tratadas con QT neoadyuvante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de pacientes con CMLA avanzado tratadas con QT neoadyuvante (2010-2014). Se incluyeron 57 pacientes de las cuales 38 fueron genotipadas. El genotipado se realizó por espectroscopia de masas (MassARRAY®, SEQUENOM®): ABCB1 (rs1045642, rs1128503, rs2032582), ABCC1 (rs45511401) y ABCC2 (rs17222723, rs3740066, rs8187710). La asociación entre variables se determinó mediante regresión logística ajustando por edad, subtipo histológico, Ki67 y TNM. La evaluación de la R_{Pc} se realizó utilizando los criterios de Miller y Payne. Análisis Kaplan-Meier de supervivencia libre de progresión (SLP) y SG.

RESULTADOS: Las características basales de las pacientes incluidas fueron: A) Edad (mediana, rango) = 46,1 años (25,6-49,5); B) Tamaño tumoral exploración física (mediana, rango) = 3,66 cm (1-9); C) Tamaño tumoral (T) al diagnóstico (n, (%)): T1=12 (31,6%), T2=16 (42,1%), T3 = 5 (14,9%); T4=4 (10,6%); No disponible=1 (2,6%); D) Adenopatías (N) al diagnóstico: N0=16 (42,1), Nmic=17 (44,7), N1= 4 (10,5); E) Grado nuclear (basal, n(%)): Grado 1=1 (2,6), Grado 2=9 (23,7), Grado 3=32 (84,2), No disponible=6 (15,8); F) Subtipo histológico (n(%)): LUMINAL A=4 (10,5), LUMINAL B=12 (31,6), HER 2 ENRICHED=9 (23,7), TRIPLE NEGATIVO=13 (34,2); G) Tratamiento quimioterapia administrado: ACx4 – Paclitaxel x 12 = 7 (14,9), FECx3- Docetaxel x4=22 (46,8), Paclitaxel-Adriamicina liposomal – Trastuzumab=6 (12,8), Otros=3 (7,9).

La tasa de R_{Pc} fue 31,2%. La mediana de SG y SLP no ha sido alcanzada. Se encontraron asociaciones ($p < 0,05$) entre la R_{Pc} y ABCB1 rs1128503; así, aquellas pacientes con genotipo TT (asociado a una menor actividad de la glicoproteína P) presentaron una mayor tasa de R_{Pc} que las pacientes portadoras de alelo C ($p=0.012$).

CONCLUSIÓN: La presencia del polimorfismo ABCB1 rs1128503 se asocia con una mayor tasa de R_{Pc} tras QT neoadyuvante en CMLA basada en antraciclinas y taxanos. Sin embargo, estos hallazgos requieren de validación prospectiva en futuros estudios.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

285. INTERACCIONES ENTRE CITOSTATICOS ORALES Y PLANTAS MEDICINALES EN UNA CONSULTA DE FARMACIA ONCOLÓGICA

AUTORES: Manterola Isasti N, Lizeaga Cundin G, Garcia De Andoin Barandiaran Mj, Ercilla Liceaga M, Andueza Granados K, Aranguren Redonso Ma.

Hospital Donostia. Pº. Dr. Beguiristain, S/N. Guipúzcoa. España

OBJETIVOS: realizar una revisión sistemática de bibliografía de calidad, priorizando los mecanismos de acción los antineoplásicos orales y las especies vegetales más frecuentemente consultadas como medicina complementaria en una unidad de farmacia oncológica, identificando potenciales interacciones con relevancia en la eficacia y/o seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron las especies vegetales utilizadas más frecuentemente como terapia alternativa desde los evolutivos clínicos de la consulta de farmacia oncológica y se seleccionaron los antineoplásicos orales más utilizados en un hospital terciario. Se procede a la revisión sistemática de todos los datos publicados en los últimos 15 años en medline, así como las monografías de la agencia europea del medicamento utilizando los términos: medicinal herbs, antineoplastic, drug interactions, phytotherapy, oncology, effects, pharmacology, antioxidant, immunomodulatory, coagulation, phytoestrogen, toxicity, CYP, P-glycoprotein.

RESULTADOS: en el periodo de estudio se revisaron un total de 103 plantas, 83 de ellas con efecto antioxidante potente, 52 inmunomoduladores, 68 anti/procoagulantes (51 anticoagulantes, 4 procoagulantes, 13 ambos efectos) 69 con propiedades hormonales (fitoestrógenos), 41 con efectos adversos graves reportados (24 hepatotóxicas, 12 nefrotóxicas, 11 genotóxicas). A nivel de metabolismo 49 plantas presentan acción inhibitoria o inductora sobre el isoenzima cyp3a4 y 21 sobre la glicoproteína P-gp.

CONCLUSIONES: 75% de las especies vegetales revisadas presentan un riesgo potencial de interacción directamente relacionado con la seguridad y/o la eficacia del antineoplásico. Es necesario una evaluación integral de la farmacoterapia del paciente en cada visita y una estrategia conjunta de comunicación entre los distintos puntos de atención al paciente para optimizar el abordaje de una realidad creciente.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

649. MEDICAMENTOS ONCOHEMATOLÓGICOS EN SITUACIONES ESPECIALES: MEDICAMENTOS EN INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS EXTRANJEROS

AUTORES: Fernández Gabriel E, Mateos Salvador M, Calleja Chuclá T, Busto Fernández F, Zas García I, Martín Herranz I.

Complejo Hospitalario Univ. A Coruña (Chuac). Xubias De Arriba 84. A Coruña. España

OBJETIVO: El RD 1015/2009 por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales establece en nuestro país las condiciones de acceso a medicamentos en investigación en pacientes que no formen parte de un ensayo clínico (uso compasivo), de prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilicen en condiciones distintas a las autorizadas (off-label) y el acceso a medicamentos no autorizados en España legalmente comercializados en otros países (medicación extranjera). A raíz del mismo, se creó una aplicación informática para la gestión telemática de solicitudes de medicación de uso compasivo y extranjera.

Cuantificar las solicitudes tramitadas a través de la web y evaluar la actividad asistencial que supone para la sección de oncohematología de un Servicio de Farmacia (SF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo. Se recogen el 100% de los tratamientos solicitados a través de la aplicación registrados durante 5 años (enero2010-diciembre2014). Así mismo, en el periodo junio 2014-mayo 2015 (12 meses) se analizaron las solicitudes de medicamentos oncohematológicos, tanto de inicio de tratamiento, como continuaciones que se generaron a partir de cada solicitud. Fuente de datos: Web del Ministerio de Sanidad de Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. Datos recogidos: fecha de inicio de tratamiento, principio activo, indicación, servicio clínico solicitante. Se clasificaron en dos categorías: medicamentos en investigación (MI) y medicación extranjera (ME). Se calcularon: número de solicitudes/año, solicitudes correspondientes a oncología y hematología. Estadística: Análisis descriptivo de variables cualitativas(%) (programa SPSS v19.0).

RESULTADOS: 2010-2014: 538 solicitudes de las cuales 221 son del área de oncohematología(41%). Año2010 (32 solicitudes; 35% del total de solicitudes de ese año): 11 solicitudes oncología (10-MI, 1-ME), 21 solicitudes hematología (4-MI, 17-ME). Año2011 (20 solicitudes; 24%): 3 solicitudes oncología (2-MI, 1-ME), 17 solicitudes hematología (4-MI, 13-ME). Año2012 (28 solicitudes; 29%): 16 solicitudes oncología (9-MI, 7-ME), 12 solicitudes hematología (2-MI, 10-ME). Año2013 (65 solicitudes; 52%): 25 solicitudes oncología (20-MI, 5-ME), 40 solicitudes hematología (14-MI, 26-ME). Año2014 (76 solicitudes; 55%): 26 solicitudes oncología (3-MI, 23-ME), 50 solicitudes hematología (6-MI, 44-ME).

Incremento solicitudes/año (en relación al total de solicitudes oncohematológicas): 14.5%/2010; 9.1%/2011; 12.7%/2012; 29.4%/2013; 34.4%/2014. % variación 2010/2014: 137,5%.

Últimos 12 meses: 295 solicitudes de inicio (100 oncohematológicas; 34%), 527 continuaciones de tratamiento (181 medicamentos oncohematológicos; 34%), 80 especialidades distintas (25 medicamentos oncohematológicos; 31.2%). MI (nº pacientes/número solicitudes continuación): Ibrutinib(3/7) Ponatinib(1/2), Trastuzumab-emtansina(3/15), Trametinib(1/2), Ceritinib(1/3), Brentuximab(1/3) Nivolumab(1/1), Regorafenib(1/1), Dabrafenib(1/4).

CONCLUSIONES: La tramitación de medicamentos en situaciones especiales en el área de oncohematología durante los últimos 5 años supone el 41% de todas las tramitaciones del SF. Se observa un aumento en los últimos dos años, superando la mitad del total de las solicitudes del año correspondiente. Se tramitan más MI en el área de Oncología, mientras que en el área de Hematología, más ME.

La tendencia creciente en la tramitación de solicitudes de estos medicamentos supone un aumento en la carga asistencial. Cada vez es más temprana la incorporación de MI en la práctica clínica, que, junto con los continuos problemas de desabastecimiento, hace que se incremente la actividad en este área.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

514. MIELOTOXICIDAD ASOCIADA AL PACLITAXEL SEMANAL ADYUVANTE EN PACIENTES OBESAS CON CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO

AUTORES: Díez Fernández R, Enrech Frances S, Molina García T.

Hospital Universitario Getafe. Ctra. Toledo Km. 12,500. Madrid. España

OBJETIVO: El esquema AC (doxorubicina, ciclofosfamida) seguido de paclitaxel semanal es uno de los tratamientos adyuvantes estándar en el cáncer de mama operable.

Un estudio retrospectivo que incluyó cerca de diez mil pacientes con cáncer de mama tratadas con intención adyuvante con el esquema AC demostró que la probabilidad de desarrollar neutropenia febril, siendo esta baja, disminuía según aumentaba el IMC (índice de masa corporal) en aquellas pacientes que recibían dosis basadas en el peso real. El objetivo de este estudio es valorar el riesgo de desarrollo de neutropenia de grado moderado o superior en pacientes obesas con cáncer de mama localizado durante la fase del taxano en el tratamiento adyuvante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todas las pacientes con cáncer de mama localizado que habían recibido tratamiento con paclitaxel semanal con intención adyuvante desde el año 2007. Para cada paciente se recogió la edad, la talla y el peso y se revisó la aparición de neutropenia en las analíticas previas a cada ciclo de tratamiento

RESULTADOS: Se evaluaron 194 pacientes, de las cuales 47 (24,5%) presentaban un IMC \geq 30.

Las pacientes obesas presentaron un menor riesgo de aparición de neutropenia de cualquier grado frente a las pacientes no obesas (19,1% vs 38,6%; OR 0,38 IC95%: 0,17-0,84). El riesgo de aparición de neutropenia de grado 2 o superior fue también significativamente inferior (8,5% vs 24,8%, OR 0,28 IC95%: 0,09-0,84). Ninguna paciente obesa presentó neutropenia severa o superior frente a un 5,5% de las pacientes no obesas que sí la presentaron.

La necesidad de soporte con factores estimulantes de colonias también fue menor en el grupo de pacientes obesas aunque, dado el bajo número de casos, no se alcanzó la significancia estadística (2,1% vs 3,4%; OR 0,61 IC95%: 0,07-5,35).

CONCLUSIONES: Las pacientes con cáncer de mama localizado obesas presentan un menor riesgo de desarrollar neutropenia durante el tratamiento con paclitaxel semanal que el resto de pacientes no obesas.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

122. MIFAMURTIDA EN EL TRATAMIENTO DEL OSTEOSARCOMA: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES: Pablos Bravo S, Cortijo Cascajares S, Lazaro Cebas A, Goyache Goñi Mp, Ferrari Piquero Jm.

Hospital Universitario 12 De Octubre. Avd. De Córdoba, S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Diversos estudios han mostrado que mifamurtida (muramil-tripéptido fosfatidiletanolamina liposomal; MTP-PE) aumenta la supervivencia de los pacientes con osteosarcoma, con un perfil de seguridad aceptable.

El objetivo de este trabajo es analizar la efectividad y seguridad de MTP-PE en pacientes con osteosarcoma tratados en nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con MTP-PE tras su comercialización (abril 2010) hasta mayo de 2015. Los pacientes siguieron un protocolo de administración de mifamurtida intravenosa, dosificada a 2 mg/m², infundida dos veces por semana durante las primeras 12 semanas, y posteriormente una vez por semana las 24 semanas siguientes, en monoterapia o asociada a quimioterapia.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), quimioterapia neoadyuvante y adyuvante; seguimiento del tratamiento (número de ciclos, reducción de dosis). En aquellos pacientes que habían finalizado el protocolo, se determinó la supervivencia global a los 2 años, remisión de la enfermedad, recaídas y posibles metástasis. Se recogieron todas las reacciones adversas (RA), incluidas las debidas a la infusión (RAI), considerándolas como aquellas que ocurrieron en las primeras 24 horas tras la administración. Estas variables se recogieron del programa de prescripción integrado con historia clínica electrónica HP-HCIS® y del programa de prescripción de quimioterapia Oncofarm®.

RESULTADOS: En el periodo estudiado fueron tratados con mifamurtida cuatro pacientes (3 varones y 1 mujer), con una edad media de 14 años (8-21) en el momento de iniciar este tratamiento. Estos cuatro pacientes tenían osteosarcoma femoral, en dos de los casos de alto grado. Tres pacientes habían sido tratados de forma neoadyuvante con diferentes ciclos de metotrexato en altas dosis, adriamicina, ifosfamida o cisplatino. Tras la resección ósea de la zona femoral afectada, los cuatro casos iniciaron mifamurtida y quimioterapia basada en metotrexato en altas dosis, adriamicina, ifosfamida o cisplatino. En tres pacientes se administraron MTP-PE y quimioterapia, con un total de 45-46 ciclos. Al cuarto paciente, que continúa en tratamiento, se le administró adriamicina + cisplatino (2 ciclos) tras la operación, y luego inició MTP-PE en monoterapia. No hubo reducción de dosis.

La supervivencia a los 2 años es del 100% en los tres pacientes que han finalizado el tratamiento, además de encontrarse en remisión completa según las pruebas de imagen (TAC y radiológicas).

Las RA fueron escasas en general. Las principales fueron náuseas y vómitos, anorexia, fatiga, fiebre, hipokalemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia y pancitopenia. Sin embargo, estos síntomas se asociaron con la quimioterapia, por lo que no se detuvo la administración de mifamurtida. Se retrasó dos veces la dosis de MTP-PE de uno de los pacientes, debido a síntomas pseudogripales. Como RAI, se produjeron picos febriles, cefalea y náuseas en dos pacientes, horas después de la infusión de mifamurtida. Estos se redujeron con premedicación en las infusiones posteriores.

CONCLUSIONES: Según nuestra experiencia, mifamurtida ha demostrado ser un fármaco seguro, con reacciones adversas leves y manejables. Su uso con quimioterapia, ha permitido llegar a un estado de remisión completa de la enfermedad, con una supervivencia a los 2 años de todos nuestros pacientes con el tratamiento finalizado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1142. NAB-PACLITAXEL ASOCIADO A GEMCITABINA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ASISTENCIAL

AUTORES: Javaloyes Tormo A, Burgos San José A, Gandía Martínez R, Ojea Cárdenas L, Pascual Carrasco Á, Díaz Gonzalez M.

Hospital General Universitario de Alicante. C/ Pintor Baeza sn 03010 Alicante. Alicante. España

OBJETIVO: Describir los resultados obtenidos con la utilización del esquema Nab-paclitaxel asociado a gemcitabina en el tratamiento en primera línea de pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastásico .

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de tipo retrospectivo, desde Enero de 2013 hasta Marzo de 2015, en pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastásico tratados en primera línea con el esquema: Nab-paclitaxel 125 mg/m² más Gemcitabina 1000 mg/m² vía intravenosa los días 1,8 y 15, en ciclos de 28 días.

Las variables a estudio fueron a) Sociodemográficas: sexo, edad al diagnóstico y superficie corporal (SC) y b) Clínicas: localización primaria del tumor, número de metástasis y localización, terapias previas, nivel de Ca 19.9, estado funcional, ciclos recibidos, fecha de progresión, reacciones adversas y grado de toxicidad según Common Terminology Criteria for Adverse Events v 4.0, y necesidad o no de factores estimulantes de colonias.

Los datos se obtuvieron de los programas: ONCOFARM® v 2013.0.22.2 y de la historia clínica informatizada MIZAR® v 15.3.2.

Como descriptores se utilizaron medias, medianas, rangos, porcentajes e intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS: En el análisis se incluyeron un total de 10 pacientes; 70% mujeres; con una mediana de edad de 67 años (48-73); el 40% eran menores de 65 años; mediana de SC de 1.72m². Respecto a la localización del tumor primario, el 80% fue en cabeza pancreática. Se observó una media de 1,1 metástasis por paciente; 30% hepáticas, 20% pulmón, 10% en colon, 10% peritoneales y 30% en otras localizaciones. El nivel de Ca 19.9 al diagnóstico fue en el 70% de los casos superior a 59 unidades por encima del límite superior de la normalidad ($\geq 59 \times \text{LSN}$). El 40% recibió una terapia previa basada en Gemcitabina. La media de la SLP fue de 4.8 meses IC 95%(1.7 - 7.9) y la SG de 7.1 meses IC 95% (3.3 -10.8). Dos pacientes requirieron suspensión temporal del tratamiento: 1 de ellos, debido a reacciones adversas, reiniciando ambos fármacos con una reducción de dosis del 20%.

En relación a la seguridad del tratamiento, los efectos adversos más frecuentes fueron: neutropenia 50% (2 pacientes con neutropenia G3), gastrointestinales 40%,(1 paciente con diarrea G3) anemia 30%(1 paciente con anemia G3),astenia 30%(1 paciente con astenia G3). Respecto a la necesidad de tratamiento de soporte, sólo 2 pacientes precisaron factores estimuladores de colonias.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio observamos una menor SG y SLP que la observada en el ensayo pivotal MPACT : SG: 7.1 vs 8.5 meses, y SLP de 4.8 vs 5.5 meses.

Hemos de destacar que las características demográficas de nuestro estudio difieren de las del ensayo pivotal, como: la localización del tumor, de las metástasis y el porcentaje de pacientes con niveles elevados de Ca 19.9, pudiendo ser esta la causa de las diferencias en la respuesta clínica.

El perfil de toxicidad de nuestros pacientes fue de menor intensidad que el observado en el ensayo, por lo que se considera un tratamiento bien tolerado en pacientes con cáncer de páncreas que reciben tratamiento en primera línea metastásica

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

832. PERFIL DE SEGURIDAD DE DENOSUMAB EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES: Robustillo Cortés Mdl, Lopez Montero E, Bernárdez Ferrán B, Mosquera Torre A, López Tourís M, Lamas Diaz Mj.

Hospital Clínico Universitario Santiago De Compost. Choupana, S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: evaluar la seguridad y necesidad de suplementación continua de calcio en pacientes con denosumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio unicéntrico observacional retrospectivo de pacientes a tratamiento con denosumab desde marzo 2013 hasta marzo 2015. Los pacientes recibieron denosumab subcutáneo 120 mg cada 28 días y suplementación con carbonato cálcico 1250 mg y colecalciferol 400 UI durante al menos 15 días por ciclo. Variables: edad, sexo, diagnóstico, bifosfonato previo, número de ciclos, reacciones adversas, calcio basal y en cada ciclo, creatinina sérica (Cr_s) al inicio y final del tratamiento.

Las reacciones adversas se clasificaron según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 4.03.

RESULTADOS: se trataron 31 pacientes (21 hombres y 10 mujeres), la mediana de edad al inicio del tratamiento era de 77 años (rango=32-88). El tumor primario era: 29% (N=9) cáncer de próstata, 25,8% (N=8) cáncer de pulmón, 16,1% (N=5) cáncer de mama, 6,4% (N=2) cáncer renal, 6,4% (N=2) cáncer de vejiga, 6,4% (N=2) mieloma múltiple, 3,2% (N=1) cáncer de tiroides, 3,2% (N=1) cáncer de esófago y 3,2% (N=1) tumor de células gigantes. La mediana de duración del tratamiento fue de 1,9 meses, mediana de ciclos de 2 (rango= 1- 17). Un 64,5% (N=20) recibieron previamente ácido zoledrónico.

El calcio basal era menor al límite inferior en el 12,9% (N=4; grado (G) 1 en 3 y G2 en 1) de los pacientes y mayor al límite superior en 16,1% (N=5, todos G1) de los pacientes.

La Crs era mayor al límite superior en 87,1% (N=27; G1 en 12, G2 en 5 y G4 en 1) de los pacientes, y el aclaramiento de creatinina (Clcr) según Cockcroft y Gault era inferior a 90 ml/min en el 90,3% (N=28) de los pacientes (insuficiencia renal G1 en 3, G2 en 19, G3 en 5 y G4 en 1 paciente).

El 74,1% (N=23) de los pacientes presentaron efectos adversos, en 2 pacientes más de un efecto adverso. Se produjo hipocalcemia en el 67,7% (N=21) de los paciente (G1 en 5, G2 en 9, G3 en 5 y G4 en 2 de los pacientes), con una mediana de tiempo de inicio de 21 días (rango=5-559), osteonecrosis mandibular en 3,2% (N=1) de los pacientes, reacción de hipersensibilidad en 3,2% (N=1) y dolores musculoesqueléticos en el 9,7% (N=3) de los pacientes. 4 (66,7%) de los 6 pacientes con insuficiencia renal grave (Clcr < 30 ml/min) desarrollaron hipocalcemia (G2 en 1, G3 en 2 y G4 en 1). Un 50% de pacientes en algún momento recibió prescripción de calcio diaria.

En el 12,9% (N=4) de los pacientes, los efectos adversos fueron motivo de suspensión del tratamiento, dos de los casos por hipocalcemia G4 y G2 respectivamente, un caso por efectos adversos relacionados con la administración y en el otro caso por dolor musculoesquelético.

CONCLUSIONES: La incidencia de hipocalcemia G3 y G4, de hipocalcemia en caso de insuficiencia renal y de osteonecrosis mandibular fue superior a los descritos en la ficha técnica.

Es necesario cumplir la suplementación diaria de calcio recomendada en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

386. PERFIL DE SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES BRAF EN MONOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA

AUTORES: Ochagavía Sufrategui M, García De La Paz A, Martínez Callejo V, Martín Vega Ma, Cristóbal Gutiérrez H, Valero Domínguez M.

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Avda Valdecilla S/N. Cantabria. España

OBJETIVO: Describir la experiencia de uso de los inhibidores BRAF, dabrafenib y vemurafenib, en términos de seguridad, en el tratamiento en monoterapia del melanoma metastásico/irreseccable en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con dabrafenib o vemurafenib en monoterapia entre mayo-2013 y mayo-2015. Las variables recogidas fueron sexo, edad, estadio de la enfermedad, localización de las metástasis, tratamientos previos, dosis inicial, interrupciones y disminución de dosis, tiempo en tratamiento y reacciones adversas (RAs). El perfil de seguridad fue evaluado según Common Terminology Criteria for Adverse Events v 4.03. Las fuentes de información fueron: Prescripción Electrónica Asistida e Historia Clínica Electrónica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 3 pacientes fueron tratados con vemurafenib, 3 con dabrafenib y 1 paciente fue tratado secuencialmente con ambos.

a) Pacientes tratadas con vemurafenib: 4 mujeres, con una media de edad de 40,2 años (rango: 35-52) diagnosticadas de melanoma estadio IV con metástasis en pulmón (3 pacientes), hueso (2), cerebro (1) y ganglionares (1). Tres de ellas habían recibido tratamiento previo con interferón-alfa-2a. Todas las pacientes iniciaron tratamiento con vemurafenib a dosis de 960 mg cada 12 horas. Tres pacientes requirieron interrupción del tratamiento por presentar reacción de hipersensibilidad y fotosensibilidad grado 3 durante los primeros 14 días. Tras resolución del cuadro, reiniciaron tratamiento con dosis de 480 mg c/12 horas. Dos pacientes continúan en tratamiento con dicha dosis, mientras que en la tercera paciente no se pudo continuar el tratamiento con vemurafenib por persistir dichas RAs, e inició tratamiento con dabrafenib. La cuarta paciente mantuvo dosis plenas de vemurafenib y suspendió tratamiento por progresión. Otras RAs que presentaron las pacientes fueron: astenia g2 (2 pacientes), cefalea g1 (1), artralgias g2 (2), querocantomas en mejilla y sien (1). La mediana del tiempo en tratamiento fue de 7 meses (2,8-12,6 meses).

b) Pacientes tratadas con dabrafenib: 4 mujeres, con una media de edad de 45,4 años (rango: 35-78), diagnosticadas de melanoma estadio IIA (1 paciente) y estadio IV el resto, con metástasis en pulmón (2 pacientes), hueso (2), cerebro (2), hígado (1) y ganglionares (2). Sólo una paciente había recibido tratamiento previo (vemurafenib, suspendido por RAs). Todas las pacientes iniciaron tratamiento con dabrafenib a dosis de 150 mg cada 12 horas y ninguna de ellas requirió reducción de dosis por RAs, siendo los más frecuentes: eritrodismesia palmo-plantar grado 1 (2 pacientes), fotosensibilidad g1 (1), sequedad cutánea y prurito g1 (2), astenia g2 (1), querocantomas en tronco (1). Actualmente, 3 pacientes continúan en tratamiento y una suspendió por progresión. La mediana del tiempo en tratamiento fue de 11 meses (2,8-26,1 meses).

CONCLUSIONES: La frecuencia y el grado de las RAs presentadas por nuestras pacientes son similares a las descritas en los estudios pivotaes de ambos fármacos. Según nuestra experiencia, dabrafenib presentó un buen perfil de seguridad, con RAs grado 1-2 de fácil manejo. La toxicidad cutánea grado 3 fue una de las RAs más importantes presentes en nuestras pacientes tratadas con vemurafenib, por lo que se requiere especial precaución.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

398. PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO HER-2 POSITIVO. EXPERIENCIA DE USO: REVISIÓN DE SU UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD

AUTORES: Llorente Romeo A, Zapico Garcia I, Velasco Rocés L, Martínez Torron A, Lazaro Lopez E, Muñoz Medrano G. Hospital Universitario Central De Asturias. Avenida De Roma, S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Pertuzumab está indicado, en combinación con trastuzumab y docetaxel, en el tratamiento en primera línea del carcinoma de mama HER-2 positivo localmente recidivante irsecable o metastásico. Evaluar si el uso de pertuzumab se ajusta al documento autonómico de posicionamiento terapéutico en un hospital de tercer nivel. Describir el perfil de seguridad y el coste económico asociado hasta la última fecha de recogida de datos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes tratados con pertuzumab desde Octubre 2014 a Abril 2015. En mayo de 2014 la Comisión de Evaluación de medicamentos decidió la inclusión de pertuzumab en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales de la Comunidad Autónoma para pacientes que cumplieran unos criterios determinados: no haber recibido terapia anti-HER2 previa para enfermedad metastásica, ECOG 0-1, FEV \geq 50%, no presentar metástasis cerebrales. En caso de recaída a adyuvancia o neoadyuvancia, que esta sea a partir de los 12 meses de finalizado el tratamiento. Fuente de datos: historia clínica electrónica Powerchart (Mille-nium®) y programa integral de prescripción oncológica Oncofarm (Farmis®).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 8 pacientes iniciaron pertuzumab. La mediana de edad fue de 44,5 años. Respecto a los criterios de inclusión, 4 pacientes incumplieron alguno de ellos. Una paciente ya había recibido previamente terapia anti-HER2 para su enfermedad metastásica, dos pacientes presentaron un ECOG >1 y otra paciente presentó un intervalo libre de enfermedad inferior a 12 meses desde finalización de la terapia adyuvante. Ninguna paciente presentó metástasis a nivel de SNC. Todas ellas cumplieron el criterio de adecuada funcionalidad cardíaca previa al tratamiento (FEVI \geq 50%).

Respecto a la seguridad, se describió un caso de mielotoxicidad, requiriendo la administración de F-CSG y otro refirió neuropatía periférica (grado 1). Se incrementó el intervalo entre dosis consecutivas en una paciente por aumento de disfunción ventricular (disminución del FEVI=10% respecto al valor inicial). El resto de episodios de toxicidad registrados se relacionan fundamentalmente con el perfil del taxano (toxicidad cutánea, alopecia, blefaritis). En ningún caso fue necesario interrumpir el tratamiento en relación con efectos adversos. El coste global directamente asociado a pertuzumab a fecha 30-04-2015 fue de 151.200 €, correspondiente a 3 pacientes que completaron 8 ciclos de tratamiento combinado pertuzumab-trastuzumab-taxano y continúan en mantenimiento y a 5 pacientes que se encuentran en los 8 primeros ciclos. Hasta el momento ninguna paciente ha suspendido tratamiento por progresión de su enfermedad.

CONCLUSIÓN: El uso de pertuzumab se adecuaba a lo establecido en ficha técnica. Hay 4 pacientes (50%) que no cumplen alguno de los criterios adicionales de la Comisión, se trata de desviaciones del protocolo en pacientes con una edad muy por debajo de la mediana y una evolución de su enfermedad muy rápida en el momento del diagnóstico. El perfil de efectos adversos de pertuzumab fue tolerable y acorde con los datos definidos en ficha técnica. No fue posible una evaluación de la efectividad en términos de supervivencia debido al reducido tamaño de la muestra y la inmadurez de los datos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

797. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE NEFROTÓXICOS EN PACIENTES TRATADOS CON CISPLATINO

AUTORES: Gomez De Salazar Lopez De Silanes Me, Sanchez Cuervo M, Pueyo Lopez C, Rojo Sanchis A, Bermejo Vicedo T.

Hospital Ramón Y Cajal. Ctra. Colmenar Km. 9,1. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la prescripción de tratamientos potencialmente nefrotóxicos en pacientes tratados con cisplatino.

Comunicar al prescriptor las interacciones y proponer alternativas/soluciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo en pacientes ambulatorios de los servicios de Oncología, Hematología y Oncología-Radioterápica, tratados con cisplatino. Se excluyen los participantes en ensayos clínicos.

Los datos se obtienen de los programas de prescripción electrónica oncológica (OncoWin®), Atención Primaria (HORUS®), dispensación de la Consulta de Atención Farmacéutica (AF) de Pacientes Externos (PaciWin®) e informes de Atención Especializada (Informes-Cajal®). Las interacciones se consultan en Micromedex® y Lexicomp®.

Las actuaciones de AF se realizan mediante llamadas telefónicas o mensajes en OncoWin®.

Las variables estudiadas son: edad, sexo, servicio, diagnóstico y estadio del tumor, tipo de tratamiento, función renal (FR), patologías crónicas, alergias, reacciones adversas (RAM) previas, tratamientos concomitantes e interacciones.

Diariamente se seleccionan los pacientes con cisplatino prescrito. El diagnóstico, estadio y los tratamientos de quimioterapia y radioterapia se obtienen de OncoWin®, el tratamiento domiciliario (últimos 90 días) y otros diagnósticos de patologías crónicas de HORUS®. En PaciWin® se consultan los tratamientos concomitantes y en Informes-Cajal® las analíticas y los informes de urgencias. Las interacciones del cisplatino con los tratamientos crónicos se analizan y clasifican según su mecanismo y severidad.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes (66% varones), con una edad media de 56,82 ($\pm 13,21$) años, de los cuales el 64% recibió una dosis de cisplatino >40 mg/m².

La distribución por servicios fue: 62% Oncología Médica, 30% Oncología-Radioterápica y 8% Hematología.

Las neoplasias más frecuentes fueron cabeza y cuello (32%), pulmón (24%) y vejiga (10%). En el 50% de los casos el tratamiento fue adyuvante, seguido de metastásico (38%).

El 16% de los pacientes presentaba insuficiencia renal basal, el 14% alguna alergia y el 2% alguna RAM previa.

Se detectaron interacciones entre los tratamientos crónicos y el cisplatino en el 62% de los pacientes. Los fármacos implicados fueron AINEs (38%), IBPs (36%), simvastatina (16%), hidroclorotiazida (10%), ARA-II (8%), ácido zoledrónico (4%), alopurinol (4%), ranitidina (4%), atorvastatina (4%) y atenolol (2%). El 16% de los pacientes presentó alguna interacción severa según Micromedex®.

En todos los casos se sugirió alguna actuación:

- AINEs: revisar analgesia y sustituir por paracetamol o celecoxib.
- IBPs: monitorizar FR o suspender.
- Estatinas: vigilar signos de rhabdmiolisis, y sustituir por fluvastatina o suspender.
- ARA-II: monitorizar FR y ajustar dosis.
- Hidroclorotiazida: monitorizar FR y ajustar dosis (posible nefritis intersticial y alteración hemodinámica intraglomerular).
- Alopurinol: ajustar dosis (riesgo de nefritis intersticial).
- Ranitidina: revisar y sustituir o suspender.
- Atenolol: ajustar dosis (riesgo de alteración hemodinámica intraglomerular).

CONCLUSIONES: La prescripción de fármacos potencialmente nefrotóxicos es frecuente en pacientes tratados con cisplatino. Los fármacos implicados se corresponden con tratamientos habituales en patologías crónicas (AINEs, IBPs, estatinas), si bien sólo un pequeño porcentaje de las interacciones revisten gravedad.

Medidas como mejorar la comunicación médico-farmacéutico, potenciar los sistemas de información integrados que faciliten la conciliación y fomentar la educación sanitaria de pacientes y familiares/cuidadores pueden ayudar a minimizar este problema, mejorando la calidad y seguridad de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

760. PRESCRIPCIÓN DE FILGRASTIM EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA EN TRATAMIENTO CON FILGRASTIM PEGILADOME

AUTORES: Blanco Rivas Me, Garrido Siles M, Arenas Villafranca Jj, Moreno Santamaria M, Alvaro Sanz E, Tortajada Goitia B.

Hospital Costa Del Sol. Crtra Nacional 340, Km. 187. Málaga. España

OBJETIVO: Durante el proceso de validación farmacéutica en pacientes ingresados identificamos varios casos de pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia en los que se inició tratamiento con factor estimulante de crecimiento de colonias de granulocitos (G-CSF) a pesar de la administración en días previos de la forma pegilada.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de esta duplicidad terapéutica y valorar la necesidad de medidas de prevención de este error de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con G-CSF pegilado desde marzo de 2012 a marzo de 2014. Estos pacientes fueron localizados a través del programa de dispensación a pacientes externos de Dominion®.

Para cada uno de estos pacientes se revisaron los informes clínicos de cada episodio de Urgencias y hospitalización posterior. Los datos analizados para cada paciente fueron: diagnóstico onco-hematológico, ingreso por neutropenia febril (NF), recuento absoluto de neutrófilos durante el ingreso, administración hospitalaria de G-CSF a pesar de tratamiento con la forma pegilada, servicio médico que cursó el ingreso y prescripción del fármaco.

RESULTADOS: Se identificaron 40 pacientes en tratamiento con G-CSF pegilado, 26 con neoplasias hematológicas y 14 con tumores sólidos. Del total de pacientes, ingresaron con diagnóstico de NF 10 pacientes, 5 con diagnóstico de sarcoma y otros 5 con linfoma no hodgkin. De ellos, al 100% se les prescribió G-CSF a pesar de la administración de la forma pegilada en los días previos a la visita al hospital en alguno de los ingresos que tuvieron durante el tratamiento de su enfermedad.

De estos 10 pacientes, aunque 5 eran pacientes en seguimiento por el servicio de oncología y el resto adscritos al servicio de hematología, en ninguno de los casos G-CSF fue prescrito por un oncólogo o hematólogo clínico. Además, en tres pacientes fue prescrito filgrastim durante al menos dos ingresos hospitalarios.

La media de los días transcurridos desde la administración de G-CSF pegilado hasta la primera dosis de G-CSF fue de 4.58 y la media de dosis administradas por paciente fue de 2,5 (2-6).

CONCLUSIONES: La administración de G-CSF, a pesar del tratamiento con G-CSF pegilado es una duplicidad terapéutica detectada en el 100% de los pacientes que ingresan con diagnóstico de neutropenia febril y que recibieron G-CSF pegilado en los días previos.

La validación del tratamiento prescrito en Urgencias por un farmacéutico podría ayudar a evitar este error de medicación.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

210. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.

AUTORES: Menendez Naranjo L, Mateo Carmona J, Ramirez Roig Mc, Fernandez De Palencia Espinosa Ma, Sanchez Garre Mj, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Clinico Universitario Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid - Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Los antineoplásicos orales (ANOs) dispensados en la unidades de pacientes externos (UPE) requieren de una especial supervisión y seguimiento por parte de los farmacéuticos que trabajan en éstas para entre otros tratar de evitar y resolver los problemas relacionados con la medicación (PRMs). Los objetivos de este estudio son determinar la incidencia y clasificar los PRMs de los pacientes tratados con ANOs detectados en la consulta de atención farmacéutica (CAF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo durante el mes de febrero del 2015, de todos los pacientes en tratamiento con ANOs que acudieron a la UPE. La información se recogió en la CAF a través de un cuestionario especialmente diseñado mediante entrevista personal y revisión del programa de dispensación y prescripción electrónica de medicamentos a pacientes externos (Silicon®) e historia clínica electrónica (Selene®). Para la clasificación se utilizó el listado de PRMs consensuado en el tercer Consenso de Granada por el grupo de investigación en atención farmacéutica y farmacología de la Universidad de Granada.

RESULTADOS: 197 pacientes acudieron a retirar ANOs, de los cuales se detectaron 31 pacientes que presentaron algún PRM (29 provenientes del Servicio de Oncología y 2 del Servicio de Hematología). Del total de pacientes con PRMs, 12 fueron identificados durante la primera visita a la CAF y el resto (19 pacientes) en sucesivas visitas a ésta. Según el ANO que motivo el PRM identificamos: 22 casos motivados por capecitabina, 4 casos por temozolamida, 3 casos por vinorelbina, 1 caso por imatinib y 1 caso por lenalidomida. En cuanto a la clasificación de los PRMs detectados tenemos: 15 casos con errores en la prescripción; 8 casos con dosis, pauta y/o duración no adecuada; 5 casos con características personales; 2 casos con otros y 1 caso con errores en la dispensación. En relación a la categorización del PRM "otro" se incluyó en éste aquellas situaciones no incluidas en el resto del listado, siendo en los dos casos detectados la situación de indicación fuera de ficha técnica. La resolución del PRM se realizó mediante llamada telefónica al clínico en 25 pacientes y directamente con el paciente en 6 de ellos. En ningún caso los PRMs identificados motivaron la suspensión del tratamiento con ANOs.

CONCLUSIONES: La incidencia de PRMs detectados en la CAF con los pacientes sometidos a quimioterapia con ANOs es de un 15,7% siendo el PRM más frecuentemente identificado el error en la prescripción seguido del PRM pauta y/o duración del tratamiento. Todos los PRMs que se encontraron fueron resueltos en la consulta, mayoritariamente

tras comunicación con el médico prescriptor, por lo que es destacable el papel del profesional farmacéutico durante la CAF a pacientes en tratamiento con ANOs.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

351. PROFILAXIS ANTIEMÉTICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO EN TRATAMIENTO CON CARBOPLATINO. ¿MODERADA O ALTAMENTE EMETÓGENO?

AUTORES: Escudero Vilaplana B, Alonso Castro V, Santiago Prieto E, Manso Manrique M, Basagoiti Carreño B, Sanchez Guerrero A.

Hospital Universitario Puerta De Hierro. Joaquín Rodrigo, 2. Madrid. España

El potencial emetógeno de los tratamientos quimioterápicos viene determinado, entre otros, por la dosis de los agentes farmacológicos empleados. El carboplatino, utilizado en el tratamiento de primera línea del cáncer de ovario, está clasificado por la NCCN como fármaco moderadamente emetógeno. Sin embargo, para dosis ≥ 300 mg/m² recomiendan valorarlo como altamente emetógeno.

En nuestro hospital, las pacientes reciben la misma terapia antiemética indistintamente de la dosis de carboplatino que reciban, por lo que el objetivo de nuestro estudio es evaluar la adecuación de la profilaxis antiemética en estas pacientes en función de la dosis recibida.

Estudio longitudinal retrospectivo. El periodo de análisis se realizó entre Marzo 2014 y Marzo 2015. Las variables recogidas fueron: edad, superficie corporal, dosis de carboplatino, quimioterapia (QT) administrada, profilaxis antiemética, náuseas y vómitos (N-V) experimentados y si existió o no la necesidad de reducir dosis por ello. Dichos datos se obtuvieron del programa de pacientes ambulatorios y las historias clínicas de las mismas.

Además, se confirmó con el oncólogo responsable el tratamiento antiemético prescrito, ante la sospecha de que no se encontrasen todas las recomendaciones recogidas en las historias clínicas.

Se incluyeron 41 mujeres, con una edad media de 52 (rango 35-78) años y una superficie corporal de 1,63 (1,23-1,94) m². Las dosis de carboplatino recibidas oscilaron entre 343-709 (media 532) mg. Los esquemas terapéuticos utilizados fueron: 37 carboplatino-paclitaxel, 3 carboplatino-gemcitabina-bevacizumab y 1 carboplatino-doxorrubicina. Todas las pacientes recibieron la misma profilaxis antiemética, independientemente de la dosis de carboplatino: dexametasona 8 mg y ondansetrón 8 mg intravenosos el mismo día de administración del ciclo (día 1). Además, se les recomendaba tomar ondansetrón 4mg cada 8-12 h y metoclopramida 10 mg 30 minutos antes de las comidas, durante los tres días posteriores al tratamiento quimioterápico (días 2,3,4). Hubo también 5 pacientes que estaban recibiendo corticoides (todas éstas pertenecían al grupo de carboplatino ≥ 300 mg/m²)

El 34% (14) de las pacientes recibieron dosis de carboplatino ≤ 300 mg/m². Ninguna de ellas experimentó N-V tras la administración del ciclo de QT. De las que habían recibido altas dosis del fármaco (27), 9 (33%) padecieron náuseas y 5 (19%) vómitos, que cedieron parcial o totalmente con la toma de antieméticos. Las 5 que recibieron corticoides no tuvieron N-V. No se requirió disminución de dosis por la aparición de dichos eventos, pero a 3 de ellas se les pautó aprepitant en el siguiente ciclo de QT.

La profilaxis antiemética en las pacientes con cáncer de ovario de nuestro centro, que recibieron dosis de carboplatino ≤ 300 mg/m², podría considerarse óptima pues logró prevenir en todos los casos las N-V asociados a la QT. Sin embargo, de las mujeres que recibieron carboplatino ≥ 300 mg/m², 1 de cada 3 y 1 de cada 5 experimentaron náuseas y vómitos respectivamente. Este hecho, sumado a la probabilidad de que un mayor porcentaje de estas pacientes experimentasen estos eventos, pero no lo refirieron en la consulta o el médico no lo reflejó en su historia clínica, nos puede hacer pensar en la necesidad de valorar modificar la terapia antiemética en dichas pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

919. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN DE CARBOPLATINO EN TUMORES GINECOLÓGICOS

AUTORES: Liras Medina Á, Lopez Esteban L, Díez Fernández R, Rodríguez Jiménez B, Molina García T.

Hospital Universitario De Getafe. Carretera De Toledo, Km. 12,500. Madrid. España

OBJETIVOS: Aunque la mayoría de los fármacos antineoplásicos presentan riesgo de desarrollar reacciones infusionales, en el caso del carboplatino estas pueden ser frecuentes, especialmente a medida que aumenta la dosis administrada acumulada del fármaco (27% tras siete o más ciclos). La gravedad de los signos y síntomas pueden contraindicar la readministración del fármaco. El empleo de protocolos de desensibilización permite seguir utilizando estos fármacos tras la aparición de reacciones durante la infusión. El esquema carboplatino-paclitaxel se considera el tratamiento estándar en primera línea en la mayoría de los tumores ginecológicos. El objetivo de este estudio es

determinar el beneficio asociado al empleo de protocolos de desensibilización de carboplatino en pacientes con tumores ginecológicos, en términos de ahorro de líneas de tratamiento y costes asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se localizan todas las pacientes con tumores ginecológicos en las que se ha utilizado el protocolo de desensibilización de carboplatino (desde 2007 hasta mayo del 2015). Se calculan tanto el número de ciclos como la dosis acumulada de carboplatino recibidos, antes y después de la desensibilización. Se estima el coste evitado de la segunda línea de tratamiento, que en nuestro centro es doxorubicina liposomal pegilada (DLP) asociada o no a trabectedina.

RESULTADOS: Un total de 9 pacientes han recibido el protocolo de desensibilización de carboplatino, con una edad media de 56 años, de las cuales 8 fueron diagnosticadas de cáncer de ovario y 1 de cáncer de endometrio. El número medio de ciclos previos recibidos por paciente fueron 10, con una dosis media acumulada de 3.766 mg/m². Desde el inicio de la desensibilización, las pacientes recibieron otros 4 ciclos adicionales de media y una dosis acumulada de 1.328 mg/m². El coste de los 4 ciclos post-desensibilización de carboplatino-paclitaxel para el conjunto de las pacientes ha sido de 1.607 €. En caso de utilizar DLP el coste ascendería a 57.794 € en monoterapia, y a 166.288 € si se combina con trabectedina. El ahorro estimado por paciente y ciclo de carboplatino-paclitaxel es de 1.561 € respecto a DLP en monoterapia, y de 4.619 € respecto a la combinación con trabectedina.

CONCLUSIONES: La desensibilización de carboplatino constituye una estrategia de eficiencia ya que aporta un beneficio clínico para los pacientes al permitir extender el uso de la primera línea de tratamiento y restringir las siguientes líneas a la progresión, y además supone un importante ahorro económico para el hospital.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

407. PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS INTRAVENOSOS

AUTORES: Gallego Iglesias B, Beltran Segarra Mt, Bertolin Olmos B, Guallar Rovira C, Montesinos Ortí S, Liñana Granell C.

Hospital General De Castellón Y Consorcio Hospitalario Provincial De Castellón. Av Benicassim S/N Y Carrer De Les Useres, 1. Castellón De La Plana. España

OBJETIVOS: Describir la utilización de un protocolo estandarizado de desensibilización de citostáticos intravenosos y valorar su seguridad en pacientes con hipersensibilidad previa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a un protocolo de desensibilización de quimioterapia intravenosa desde enero del 2008 hasta diciembre del 2014. Estos pacientes fueron tratados con oxaliplatino, carboplatino, paclitaxel y trastuzumab. Datos recogidos: Edad, sexo, diagnóstico, superficie corporal, tipo de citostático, fecha de inicio y finalización del tratamiento, número de ciclos y periodicidad. Ante una reacción sospechosa el oncólogo realiza una interconsulta al alergólogo y éste realiza una prueba cutánea intradérmica (Prick-test®) para diagnosticar si el paciente es hipersensible. En estos casos un equipo multidisciplinar formado por oncólogo, alergólogo y farmacéutico gestiona de manera integral el tratamiento del paciente a través de la prescripción, preparación, administración y seguimiento de un protocolo de desensibilización. Este protocolo consiste en doce pasos en los que se va aumentando de forma progresiva la velocidad de infusión y la concentración del fármaco durante aproximadamente 6-8 horas, lo que permite, si no se produce ninguna reacción, la administración de la totalidad de la dosis del citostático.

RESULTADOS: Durante el periodo de tiempo estudiado 42 pacientes tuvieron un resultado positivo a la prueba intradérmica de hipersensibilidad a un citostático que estaban recibiendo. El protocolo de desensibilización se aplicó a todos ellos (73,8% mujeres y 26,2% hombres), un 33,34% recibió oxaliplatino (85 mg/m² c/14días o 100 mg/m² c/21días) con una media de 5 ciclos (mínimo 1 - máximo 13), un 45,24% carboplatino (5 AUC o 4 AUC) con una media de 5 ciclos (mínimo 1 – máximo 14), un 19,04% paclitaxel (80 mg/m² c/7días o 150 mg/m² c/21 días) con una media de 4 ciclos (mínimo 1 – máximo 7) y un 2,38% trastuzumab (6 mg/kg c/21 días) que recibió 24 ciclos. La edad media fue de 64,76 (mediana 66). El total de pacientes tratados con oxaliplatino fueron diagnosticados de cáncer colorrectal. De los 19 pacientes tratados con carboplatino, 89,47% tenían cáncer de ovario, 5,26% cáncer de origen desconocido, y otro 5,26% neoplasia esofágica. Sólo hubo un paciente con desensibilización de trastuzumab diagnosticado de cáncer de mama. La mitad de pacientes con paclitaxel fueron diagnosticados de cáncer de mama, y el otro 50% de cáncer ovárico. La media total de ciclos fue de 5 (mínimo 1 – máximo 24). En nuestra población, el carboplatino fue el citostático que produjo más reacciones de hipersensibilidad. No se desarrolló ninguna reacción de hipersensibilidad durante ninguna de las administraciones de los protocolos de desensibilización.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes que presentaron una reacción de hipersensibilidad al tratamiento que estaban recibiendo, pudieron continuar el mismo, mediante un protocolo de desensibilización. Todas las administraciones

se pudieron realizar de manera segura, de modo que la totalidad de los pacientes recibieron el tratamiento más adecuado para su enfermedad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1020. QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL CON MICROESFERAS CARGADAS CON DOXORRUBICINA: TRATAMIENTO PALIATIVO DEL HEPATOCARCINOMA AVANZADO

AUTORES: De Miguel Gaztelu M, Etxeberria Uriz M, Fontela Bulnes C, Tirapu Nicolas B, Fernandez Gonzalez J, Arribas Ruiz A.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: - Evaluar eficacia y seguridad de la quimioembolización transarterial con doxorubicina como alternativa paliativa en pacientes con - hepatocarcinoma avanzado.

- Describir las situaciones clínicas en las que se ha utilizado este procedimiento y la toxicidad asociada al mismo.
- Describir la preparación del quimioterápico en el servicio de farmacia y la experiencia con esta técnica en el servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con microesferas DC Bead cargadas con doxorubicina mediante quimioembolización transarterial.

Los datos se obtuvieron del programa electrónico de validación farmacéutica "Farho" y de la historia clínica informatizada.

La preparación de las microesferas de doxorubicina se realizó siguiendo la técnica descrita en el procedimiento normalizado de trabajo, consistiendo en la reconstitución de cada vial de doxorubicina con agua para inyectables y agregándolo al vial de microesferas, previa eliminación del sobrenadante, todo ello en la campana de flujo laminar vertical.

El vial se agita cuidadosamente durante las primeras dos horas y se deja reposar a una temperatura entre 3 y 7 grados durante 12 horas para asegurar que la microesfera se cargue con el fármaco.

El tamaño de microesferas utilizadas fue de 300-500 µm (azules) y 100-300 µm (amarillas).

La dosis de doxorubicina aplicada fue de 75 mg/m² siendo la dosis máx: 150 mg doxorubicina (75 mg/vial).

Resultados

Se estudiaron 6 pacientes varones de edades comprendidas entre los 40 y 76 años con diagnóstico de hepatocarcinoma (multinodular en 5 de los casos y uninodular en 1 de ellos).

Los pacientes fueron clasificados según el sistema Child-Pugh todos ellos en el grupo A.

El objetivo de la utilización de TACE fue en 4 casos paliativo, en 1 caso reducción del tamaño tumoral previa resección hepática y en 1 caso como tratamiento puente previo a trasplante hepático (cumplir criterios).

Del total de pacientes, 4 presentaron respuesta completa (necrosis 100%) al mes y medio del procedimiento y 2 respuesta parcial.

El paciente planteado para trasplante presentó respuesta parcial y actualmente se encuentra asintomático pendiente de trasplante. El paciente propuesto para resección pudo someterse a una hepatectomía con buena evolución.

Dos de los pacientes progresaron a los 4 y 7 meses respectivamente (uno de ellos falleció).

La toxicidad observada más frecuente asociada al procedimiento, fue la aparición del síndrome posquimioembolización que se resolvió con medicación sintomática en todos los casos.

CONCLUSIONES: - La quimioembolización hepática con Dc Bead permite reducir la dosis de quimioterapia así como efectos secundarios sistémicos

- La utilización del esquema se ha ajustado a las indicaciones basadas en evidencias científicas
- La tolerancia fue buena en todos los pacientes, presentándose alguna incidencia leve durante la administración que se resolvió con tratamiento sintomático
- El farmacéutico se integra como parte del equipo asistencial tanto en la preparación como en la dispensación del quimioterápico.
- Desde nuestra experiencia podemos concluir que la quimioembolización hepática es una alternativa paliativa segura y eficaz

1151. REDONDEO DE LAS DOSIS DE TEMOZOLOMIDA CONCOMINANTE CON RADIOTERAPIA

AUTORES: Monje García B, González-Haba Peña E, Ruiz Martínez C, Sánchez Fresneda MN, Tovar Pozo M, Sanjurjo Sáez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle del Dr. Esquerdo, 46, 28007 Madrid. Madrid. España

OBJETIVOS: El glioblastoma multiforme es el tumor cerebral primario más común. El tratamiento estándar inicial es la resección quirúrgica, seguido de radioterapia focal y temozolomida concomitante a una dosis de 75mg/m² por vía oral durante 42 días. La dosis de temozolomida se ajusta a las presentaciones comercializadas: 5mg, 20mg, 100mg, 140mg y 180mg, dando lugar en algunas ocasiones a una dosificación con un elevado número de cápsulas diarias. Sin embargo, la superficie corporal tiene una correlación muy débil con el aclaramiento de temozolomida. Debido a esto, en nuestro hospital existen distintos criterios de redondeo.

Analizar el ajuste en la dosificación de temozolomida oral (75mg/m²) que se ha realizado con las distintas presentaciones comerciales y evaluar si existe asociación entre la dosis administrada y la toxicidad hematológica.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme y tratados con radioterapia concomitante con temozolomida desde enero del 2013 hasta junio del 2015.

Se recogieron las variables demográficas (edad, sexo y superficie corporal) y farmacoterapéuticas (dosis/m², dosis prescrita ajustada en cápsulas y número de cápsulas/día).

Para evaluar la toxicidad hematológica se recogieron las determinaciones analíticas correspondientes a neutrófilos y plaquetas durante el tratamiento. Se codificó la gravedad de los efectos adversos de neutropenia y trombocitopenia según National Cancer Institute Common Terminology Criteria (NCI-CTC v 4.0) for Adverse Events.

Se realizó el análisis estadístico en el programa STATA. Se estudió la normalidad de los datos con el test de asimetría/kurtosis y posteriormente se estudió la asociación entre las dosis/m² y la toxicidad mediante la prueba de rango de Wilcoxon.

RESULTADOS: 67 pacientes, 44 hombres y 23 mujeres, con una mediana de edad 58±11 años fueron tratados con temozolomida (75mg/m²) más radioterapia.

Al ajustar a las presentaciones existentes, 35 (52,2%) pacientes recibieron dosis más bajas de 75mg/m² y 32 (47,8%) pacientes recibieron dosis iguales o más altas. Según el número de cápsulas, 27 (40,3%) pacientes se tomaban una o dos cápsulas al día, 18 (26,8%) se tomaban 3 cápsulas, 16 (23,9%) se tomaban 4 y 6 (9,0%) se tomaban 5 cápsulas diarias.

Se registraron 2(3,0%) casos de trombopenia grado 3-4 y 7(10,5%) de neutropenia grado 3-4. En total 10 (14,9%) pacientes sufrieron trombopenia y 15 (22,4%) neutropenia de algún tipo.

En el rango de dosis estudiado (72,65-77,42)mg/m² no se encontró relación entre la dosis administrada de temozolomida y la aparición de neutropenia grado 3-4 (p=0,0783), ni tampoco con la aparición de trombopenia (p=0,9789).

Por tanto, redondear la dosis (±5,0%) para que el número de presentaciones que tome el paciente sea el menor, en lugar de ajustar a la dosis más cercana con todas las presentaciones disponibles podría dar lugar a una mayor comodidad para el paciente, sin que se afecte su calidad asistencial.

CONCLUSIONES: El perfil de seguridad ha sido similar a lo publicado anteriormente. No encontramos relación entre la dosis administrada y la toxicidad hematológica. Redondear la dosis (±5,0%) al menor número de cápsulas diarias podría suponer mayor comodidad para el paciente junto con una disminución potencial de los errores.

898. RESULTADOS EN CONDICIONES DE PRACTICA CLÍNICA REAL DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON NO MICROCITICO CON INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA.

AUTORES: Parada Saavedra Fj, Gilabert Sotoca M, Pons Llobet N, Márquez Medina D, Mangues Bafalluy I, Schoenberger Arnáiz Ja.

Hospital Arnau De Vilanova De Lleida. Avda. Alcalde Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVO: 1) Describir la supervivencia libre de progresión en una cohorte de pacientes tratados en nuestro centro con erlotinib o gefitinib; 2) Analizar las posibles diferencias en función de la presencia de mutaciones activadoras del EGFR y de la línea de tratamiento, comparándola con los resultados de los estudios pivotaes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de CPNM desde enero de 2011 hasta mayo de 2015. Se registraron además del tipo de fármaco usado y la línea de

tratamiento, el tiempo en días hasta suspensión del mismo por progresión, toxicidad o exitus (SLP). En caso de ser mutado, comparamos la presencia o ausencia de la delección del exón 19. Las diferencias en SLP según tratamiento fueron analizadas mediante curvas de Kaplan-Meier y posterior regresión de Cox para los grupos establecidos a comparar: uso de ITK en primera línea o en línea superior, mutados frente a no mutados, presencia frente a ausencia de la delección del exón 19, Gefitinib frente a Erlotinib.

RESULTADOS: se incluyeron 70 pacientes (27 hombres y 43 mujeres) con una edad media de 66 años (SD \pm 11). De ellos 55 (78,6%) recibieron erlotinib y 15 (21,4%) gefitinib. Se usaron ITKs en primera línea en 20 de los pacientes (28,5%). La mitad de los casos (35) presentaban mutación del EFGR, incluyendo todos los tratados con gefitinib. La mayoría de las mutaciones (20) correspondieron a delección del exón 19. En el momento de cerrar el seguimiento 64 pacientes habían interrumpido el tratamiento: 52 (81%) por progresión (83,5% Erlotinib, 73,3% Gefitinib), 10 (15,6%) por exitus durante el tratamiento (12% Erlotinib, 20% Gefitinib) y 2 (3,1%) por intolerancia (todos por erlotinib, 4,5% de los tratados con este fármaco).

La mediana de SLP en el conjunto de la cohorte fue de 108 días (IC 95%: 94-122). Este tiempo fue superior para los pacientes mutados (pNo se han encontrado diferencias en la SLP entre los pacientes con mutación del exón 19 y los que albergaban otras mutaciones. Tampoco entre los pacientes que recibieron ITKs en primera línea y los que los recibieron en segunda línea.

CONCLUSIONES: en los pacientes no mutados nuestros resultados son consistentes con el conocimiento actual, que señala una eficacia muy limitada de los ITKs. En nuestra cohorte de pacientes con CPNM y mutación del EFGR el tratamiento con gefitinib tiene la eficacia esperada; en cambio el tratamiento con erlotinib resulta menos eficaz de lo esperado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1228. RESULTADOS EN SALUD CON BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL AVANZADO SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA: REAL WORLD DATA.

AUTORES: Alañón Pardo Mm, Rodríguez Martínez M, García López Mj, Fernández Marchante Ai, Franco Sereno Mt, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. Calle Del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de bevacizumab en pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario epitelial avanzado en un hospital de tercer nivel.

Comparar los resultados obtenidos con los ensayos clínicos (EECC) principales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todas las pacientes que recibieron bevacizumab para el tratamiento del cáncer de ovario epitelial avanzado hasta 31 mayo de 2015 en un hospital de tercer nivel.

Las variables estudiadas fueron: edad, histología tumoral, estadio tumoral según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y localización metastásica al inicio de tratamiento con bevacizumab, línea de tratamiento, sensibilidad a platino, esquemas de quimioterapia (QT) asociados a bevacizumab, número de ciclos administrados, motivos de suspensión, fecha de inicio de bevacizumab y tiempo hasta suspensión por progresión o exitus.

Los datos se consultaron de: historia clínica electrónica, programa de prescripción electrónica de quimioterapia, informes radiológicos y de Medicina Nuclear.

La efectividad fue evaluada mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

La seguridad se analizó mediante el perfil de reacciones adversas (RA) clasificadas según los Criterios de Toxicidad Común del NCI-CTCAEv4.0.

RESULTADOS: 8 pacientes iniciaron bevacizumab para el tratamiento del cáncer de ovario epitelial avanzado, con una edad media de 50,0 (DE:13,1) años. Histología tumoral: seroso (37,5%), endometriode (25,0%), células claras (25,0%) y mucinoso (12,5%). Estadio tumoral según FIGO: III-C (37,5%) y IV (62,5%). Localización metastásica: hepática (50,0%), ósea (30,0%), peritoneal (10,0%) y pulmonar (10,0%).

3 pacientes fueron tratadas en primera línea con bevacizumab+carboplatino+paclitaxel.

5 pacientes (1 platino-sensible y 4 platino-resistentes) recibieron bevacizumab en segunda línea, asociándose inicialmente a estos esquemas de QT: carboplatino+gemcitabina (20,0%), paclitaxel (40,0%), doxorubicina liposomal (20,0%) y ciclofosfamida (uso off-label) (20,0%). En 2 pacientes, la QT asociada a bevacizumab se cambió por otra QT diferente debido a Problemas Relacionados con Medicamentos: RA asociada a QT concomitante (1 paciente) y QT prescrita menos efectiva que otras alternativas terapéuticas disponibles (1 paciente).

La mediana de ciclos administrados de bevacizumab fue de 6 (rango:1-24 ciclos).

Bevacizumab fue suspendido por toxicidad inaceptable (1 paciente) y por progresión (4 pacientes).

En primera línea, 1 paciente alcanzó una SLP=14,0 meses (y continuó con otra línea de tratamiento diferente) y otra paciente, una SLP=3,6 meses y una SG=5,1 meses. 1 paciente continúa en tratamiento.

En segunda línea, bevacizumab proporcionó una mediana de SLP=3,6 meses y una mediana de SG=7,3 meses en 3 pacientes platino-resistentes. 2 pacientes (1 platino-sensible y 1 platino-resistente) continúan en tratamiento.

Se registraron RA en 6 pacientes: alteraciones hematológicas (83,3% anemia, 33,3% neutropenia, 16,7% neutropenia febril y 50,0% trombocitopenia), vómitos (33,3%), proteinuria (16,7%), astenia (16,7%) y epistaxis (16,7%). En 1 paciente, la toxicidad fue motivo de ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES: Según nuestra experiencia, el uso de bevacizumab en el tratamiento del cáncer de ovario epitelial avanzado ha obtenido valores de SLP y SG inferiores que los EECC disponibles. Se necesitarían otros estudios posteriores, con mayor tamaño muestral, para confirmar resultados de efectividad.

El perfil de seguridad coincide con el descrito en los EECC, siendo las RA hematológicas las mayoritarias.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

16. REVISIÓN DE LA EFICACIA DE ELIGARD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO HORMONODEPENDIENTE

AUTORES: Rodriguez Molins E, Alcalá Galán M, Yáñez Feria D, Mengibar García A, Grutzmancher Saiz S, Bocanegra Martín C.

Hospital Juan Ramon Jimenez. Ronda Norte S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de Eligard® semestral 45 mg (leuprorelina acetato) en el tratamiento del cáncer de próstata avanzado, mediante la monitorización del antígeno prostático específico (PSA) y testosterona, en pacientes que acudieron a la Consulta de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital (marzo 2012 – diciembre 2014) tras la publicación de una Nota informativa de seguridad de la AEMPS como resultado de la notificación al Sistema Español de Farmacovigilancia de varios casos de falta de eficacia clínica asociada a errores durante el proceso de reconstitución y administración, debido a su laboriosa preparación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó el seguimiento a 67 pacientes tratados en este período de tiempo, se determinaron los niveles de PSA a los seis meses y testosterona a las cuatro semanas tal como indica la ficha técnica de Eligard® y se compararon los niveles indicados con los de nuestros pacientes. Los niveles de PSA se agruparon en tres categorías: disminución en niveles de PSA $\geq 95\%$, disminución en $< 95\%$ y aumento de niveles de PSA tras 6 meses de su administración. Se dispuso de valores analíticos de PSA a los seis meses en 23 pacientes, y de valores de testosterona a las cuatro semanas y a los seis meses en 6 y 12 pacientes respectivamente.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue 72,2 años (DE= $\pm 6,2$), con una mediana de 72 años (rango 58-89 años). En 10/23 (43,47%) los niveles de PSA se redujeron en $\geq 95\%$. En 10/23 (43,47%) los niveles se redujeron en $< 95\%$ (rango= 26,73-90,64% y una mediana en este grupo de disminución del PSA en 76,495%). En 3/23 (13,04%) los niveles de PSA aumentaron entre un 6,01 y un 1111%, contabilizándose un exitus en este último grupo. En 5/6 (83,3%) la testosterona a las cuatro semanas disminuyó por debajo de los niveles de castración. La media de testosterona a los 6 meses fue de 47,3 ng/dl.

CONCLUSIONES: En cuanto a PSA, casi la mitad de los pacientes se muestra concordante con los resultados según ficha. En la misma proporción, los valores de PSA también disminuyeron, pero en porcentajes menores a los descritos por el fabricante. Por otra parte, en algunos pacientes aumentaron los niveles de PSA, no mostrándose eficaz en este último grupo. Aunque en la mayoría de los pacientes los niveles de PSA disminuyeron, en una buena proporción, no lo hicieron a los niveles esperados. Los niveles de testosterona disminuyeron, pero tampoco a los niveles esperados. Aunque se desconocen datos de posibles errores tras la administración es posible la falta de eficacia descrita por la nota de seguridad en la introducción mencionada. Por lo que sería aconsejable que se revisara dicha forma de preparación en la administración del fármaco por parte del fabricante.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1026. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES CON AYUDA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

AUTORES: Ramirez Herraiz E, Martínez Nieto C, Ruiz Gómez Ma, Díaz Gómez E, Ibáñez Zurriaga A, Morell Baladrón A. Hospital Universitario La Princesa. Diego De León 62. Madrid. España

OBJETIVO: Desarrollar un programa integral de atención farmacéutica dirigido al paciente en tratamiento con anti-neoplásicos orales (ANEOS), aprovechando las ventajas de las nuevas tecnologías. Como objetivos secundarios: medir la adherencia, efectos adversos y calidad de vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de tres meses de duración (noviembre 2014-enero 2015) realizado en la unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia.

Se desarrolló una instrucción técnica para sistematizar la información y educación al paciente (checklist y folletos de información de cada fármaco y un folleto de manipulación y manejo de efectos adversos, consensuados con el Servicio de Oncología y Hematología). Se sistematizó el seguimiento mediante un cuaderno de recogida de datos.

Para valorar la adherencia, se utilizó el test de Morinsky-Green así como el registro de dispensaciones. Se recogieron las reacciones adversas observadas y la frecuencia con la que se producían. Para estimar la calidad de vida se realizó un cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30) que se puntuó de 1 a 7.

Se elaboró una página web de acceso a los pacientes con folletos de información, manejo de efectos secundarios y medicación, encuesta de satisfacción para cumplimentar por los pacientes y datos de contacto con el Área de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos.

RESULTADOS: Se incluyeron 88 pacientes (27% fueron inicios de tratamiento): 52% mujeres con una mediana de edad de 64 años. El 77% pertenecía al Servicio de Oncología, siendo los diagnósticos más frecuentes el cáncer colorrectal (13%) y el de mama (13%) y un 23% al Servicio de Hematología, siendo el diagnóstico más frecuente leucemia mieloide crónica (LMC) (22%). Los tratamientos orales más dispensados fueron capecitabina (28%) e imatinib (17%). 82% de los pacientes presentaron una alta adherencia (1 respuesta negativa del test) y un 10% presentó problemas para la administración tales como incapacidad para tragar o abrir el envase o leer la etiqueta. Un 77% de los pacientes encuestados sufrieron efectos adversos siendo los más frecuentes: alteraciones de piel y uñas (21%), diarrea (16%) y astenia (15%). La media de salud y calidad de vida de los pacientes fue de 5,7 y 5,8 respectivamente.

La página web tuvo 130 visitas de las que se obtuvo la siguiente información de la encuesta de satisfacción: 51% de los pacientes manejaban las nuevas tecnologías, 35% las utilizaba para consultas sobre salud y un 70% de los pacientes estarían dispuestos a consultarla.

CONCLUSIONES: Las patologías más frecuentes fueron LMC, cáncer colorrectal y cáncer de mama, siendo capecitabina e imatinib los fármacos más dispensados.

Más del 75% de los pacientes presentaron una alta adherencia así como efectos adversos.

La media de calidad de vida fue de 5,8, no siendo máxima por los efectos adversos sufridos.

Los programas de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico sirven para mejorar la adherencia y controlar los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

365. SISTEMA EXPERTO DE ALERTAS EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ONCOLÓGICA PARA EVITAR ERRORES ENTRE TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO E INTRAVENOSO

AUTORES: De Juan-García Torres P, Blasco Guerrero M, Cuerda Coronel S, Horta Hernández Am.

Hospital Universitario De Guadalajara. C/ Donantes De Sangre S/N. Guadalajara. España

OBJETIVO: Evitar la aparición de errores de medicación entre trastuzumab subcutáneo e intravenoso por medio del empleo de un sistema experto de alertas (SEDA) en el programa de prescripción electrónica Farmis-Oncofarm.

MATERIAL Y MÉTODOS: En diciembre de 2014 se autorizó la utilización de Trastuzumab subcutáneo en España para todas las indicaciones de la presentación intravenosa excepto cáncer gástrico. Esto obliga a disponer de ambas presentaciones en la mayoría de los hospitales, con el consiguiente riesgo de error en la preparación. Ambas presentaciones comparten nombre comercial. Pero la dosis (por kg de peso en la vía intravenosa y 600 mg dosis fija por vía subcutánea), formulación, concentración y la vía de administración son diferentes.

El intercambio de una presentación por otra podría suponer una infra o sobredosificación, además de posibles efectos adversos originados por las diferencias en la formulación, ya que la presentación subcutánea contiene hialuronidasa para facilitar su penetración a través del tejido subcutáneo.

Para evitar errores de medicación, se diseñó un aviso por medio del SEDA del programa de prescripción electrónica en oncología Farmis-Oncofarm. Este aviso emite un mensaje al farmacéutico en la validación cada vez que se prescribe un tratamiento con trastuzumab por vía intravenosa para que compruebe si se va a emplear para cáncer gástrico. De esta manera además se comprueba de forma previa a la preparación que la presentación de Trastuzumab que se va a emplear sea por vía intravenosa en este caso, ya que en el resto de los casos se emplea la formulación subcutánea.

RESULTADOS: El sistema experto de alertas para la validación de trastuzumab intravenoso se puso en marcha el 1/ mayo/2015. Durante el primer mes de funcionamiento la alerta se ha mostrado en 5 casos. En cuatro de estos casos se trataba de pacientes con cáncer de mama, a las que por error no se les había modificado el protocolo para adaptarlo a la presentación subcutánea. El farmacéutico comunicó al médico el error de prescripción en los cuatro casos y se modificó el esquema pautado, por lo que no tuvo consecuencias en ningún paciente. En un caso la alerta se mostró en un paciente con cáncer gástrico en el que la prescripción de la formulación intravenosa era correcta.

CONCLUSIONES: El empleo de fármacos con el mismo nombre y distinta dosis y vía de administración puede originar errores de medicación graves en oncología si no se toman las medidas adecuadas.

El empleo de sistemas expertos de alerta que apoyen a la prescripción o a la validación aumenta la seguridad para el paciente en la elaboración de tratamientos con quimioterapia.

La individualización del diseño del sistema de alertas en función de fármaco, dosis, vía, indicación y valores analíticos o antropométricos aumenta su utilidad en estos casos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

172. TOLERABILIDAD DE BEVACIZUMAB Y AFLIBERCEPT EN PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: Saldaña Soria R, Del Moral Alcázar MC, Sánchez Ruiz A, Merino Almazán M, Marín Caba L, Marín Pozo JF. Complejo Hospitalario de Jaén. Avda. Ejercito Español, 10. Jaén. España

OBJETIVO: Bevacizumab (BEV) y aflibercept (AFI) son dos antiangiogénicos aprobados en el tratamiento de segunda línea de cáncer colorrectal metastásico (CCRm). En los ensayos que sirvieron para su aprobación, se observó una mayor tasa de discontinuaciones de tratamiento y efectos adversos con AFI que con BEV. El objetivo es analizar la pérdida de ciclos de quimioterapia (QT) en pacientes tratados con AFI o con BEV en 2ª línea de CCRm motivada por EAs y determinar si existe diferencia en tolerabilidad entre ambos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio observacional entre los pacientes diagnosticados de CCRm tratados en 2ª línea bien con una combinación BEV+FOLFIRI (BEV) bien AFI+FOLFIRI (AFI), tras tratamiento previo con un régimen basado en oxaliplatino en un hospital de referencia oncológica en el área sanitaria. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, esquema administrado previamente, duración del tratamiento, número de ciclos de QT perdidos y motivo de suspensión definitiva. Con el fin de ajustar la pérdida de ciclos de QT a la duración del tratamiento, se calcula la tasa de ciclos de QT perdidos/100 días tratamiento para cada grupo. Se consideró como un ciclo una administración cada 14 días. El análisis entre ambos grupos se realizó mediante t-student para las variables apropiadas.

RESULTADOS: El número total de pacientes incluidos en el estudio fue 37 (15 grupo AFI, 22 en grupo BEV), de los que 19 eran hombres y 18 mujeres. Siete pacientes del grupo AFI y nueve del grupo BEV llevaron asociado al régimen con oxaliplatino terapia con anticuerpos monoclonales. No existe diferencia en la edad media de los pacientes entre el grupo AFI ($61,33 \pm 11,5$ años) y grupo tratado con BEV ($59,32 \pm 12,6$ años). La duración media de los tratamientos fue mayor en el grupo BEV ($198,1 \pm 144,8$ días) que en el AFI ($161,9 \pm 87,73$), no siendo estadísticamente diferentes ($p=0,39$). A fecha de cierre del estudio 10 pacientes (27,03%) continuaban en tratamiento (AFI=8, BEV=2). El número de ciclos perdidos por paciente fue superior en el grupo AFI ($3,67 \pm 3,44$ ciclos) respecto al grupo BEV ($2,23 \pm 2,11$ ciclos), no alcanzando la diferencia significación estadística ($p=0,12$). En cuanto a la tasa de ciclos perdidos/100 días de tratamiento, también existe una mayor tasa de pérdidas en el grupo de AFI ($1,8 \pm 1,24$) respecto a BEV ($1,1 \pm 1,05$) sin alcanzar significación estadística ($p=0,07$). La progresión o falta de respuesta fue el principal motivo de la suspensión del tratamiento. Solo un paciente de cada grupo debió suspender el tratamiento definitivamente por mala tolerancia o efectos adversos.

CONCLUSIONES: No se ha observado una diferencia clara en cuanto a tolerancia de AFI frente a BEV en base al número de tratamientos suspendidos definitivamente por EAs, si bien este resultado puede variar al permanecer en tratamiento, en el momento del cierre del estudio, un mayor número de pacientes en el grupo AFI. Sin embargo, sí se observa una tendencia favorable a BEV en cuanto a un menor número de ciclos de QT perdidos/100 días de tratamiento, lo que podría indicar una mejor tolerancia de BEV.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

539. TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSINQUINASA DE SEGUNDA GENERACIÓN EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES: Martínez De Ilarduya Bolado E, García De La Paz A, Ochagavía Sufrategui M, Martínez Callejo V, Cristóbal Gutiérrez H, Valero Domínguez M.

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Avda De Valdecilla, 25. Cantabria. España

OBJETIVO: Describir los efectos adversos del tratamiento con los inhibidores de tirosinquinasa (ITKs) de segunda generación, dasatinib y nilotinib, en pacientes diagnosticados de leucemia mieloide crónica (LMC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 52 meses de duración (febrero 2011 - mayo 2015) en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de LMC que recibieron tratamiento con dasatinib o nilotinib durante al menos 6 meses. Las variables recogidas fueron: sexo, edad al diagnóstico, línea de tratamiento y duración del mismo, efectos adversos (EAs) asociados, grado de toxicidad según clasificación CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) y, en caso necesario, medidas empleadas. Estos datos se obtuvieron a partir de los registros introducidos por el farmacéutico en el programa de Prescripción Electrónica Asistida durante las entrevistas clínicas mensuales con el paciente. Asimismo, se llevó a cabo una estimación de la adherencia al tratamiento basada en el registro de dispensaciones. Los datos clínicos adicionales fueron extraídos del Visor de Historia Clínica Electrónica Corporativo.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes, de los cuales 11 (58%) eran hombres. La media de edad al diagnóstico fue de 49 años (17-84) y la media de duración del tratamiento fue de 31,2 meses (9-52) con dasatinib y 34,3 meses (6-46) con nilotinib. De los 6 pacientes que recibieron dasatinib, el 50% lo recibió como segunda línea de tratamiento tras falta de respuesta o intolerancia a imatinib. De los 13 pacientes en tratamiento con nilotinib, el 30,7% había recibido una primera línea de tratamiento con imatinib y, en todos ellos, el cambio se debió a intolerancia o toxicidad. La adherencia media al tratamiento fue del 97,2%. De los pacientes en tratamiento con dasatinib, todos excepto uno (83,8%) experimentaron EAs, siendo los más frecuentes: pancitopenia (33,3%), que precisó, en un caso, de retirada temporal del tratamiento y reintroducción a dosis menor, y, en otro caso, de reducción de dosis más tratamiento con eritropoyetina; erupción cutánea (33,3%); diarrea leve (33,3%); dolor músculo-esquelético (16,7%), que requirió tratamiento con AINEs; edema superficial (16,7%); astenia (16,7%), y sofocos (16,7%). De los pacientes tratados con nilotinib, el 84,6% experimentaron algún EA, siendo los predominantes: hipercolesterolemia (53,8%), elevación de enzimas hepáticas (38,4%), astenia (38,4%); hipofosfatemia (23,1%), que en un caso precisó administración de suplementos orales de fósforo; hipertrigliceridemia (23,1%), transtornos de la piel (23,1%), trombocitopenia (7,7%); pancitopenia (7,7%), que precisó tratamiento con eritropoyetina; náuseas y vómitos (7,7%) tratados con metoclopramida, alopecia (7,7%) y alteraciones de la voz (7,7%). Todos los EAs citados fueron de grado 1-2, excepto tres casos de pancitopenia grave (grado 3).

CONCLUSIONES: El perfil de toxicidad observado se corresponde con la información descrita en la ficha técnica de ambos fármacos y lo publicado hasta ahora en la literatura científica. Ante la perspectiva de tratamientos crónicos con reacciones adversas frecuentes, el seguimiento mensual en la consulta de atención farmacéutica permitió mejorar la calidad y eficiencia de la farmacoterapia en estos pacientes, monitorizando síntomas y eventos adversos relacionados, así como reforzando la adherencia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

343. TOXICIDAD DEL CARBOPLATINO EN FUNCIÓN DEL PESO DE LOS PACIENTES

AUTORES: González de la Fuente G, Gutiérrez Nicolás F, González García J, Nazco Casariego GJ, Calzado Gómez G, González Perera I.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Carretera de Ofra, s/n, 38320. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar la toxicidad derivada del uso de carboplatino a dosis de AUC=5 o 6 en los pacientes en función del peso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de 2 años de duración (abril 2013/abril 2015) realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les prescribió como tratamiento antineoplásico carboplatino/paclitaxel en su esquema, para el tratamiento del cáncer de ovario o de pulmón.

Los criterios de exclusión fueron: AUC < 5, recibir menos de 2 ciclos de tratamiento, haber recibido quimioterapia en los últimos 2 años, tener otro cáncer activo y haber presentado reacción a la infusión de carboplatino. Se permitió el tratamiento concomitante con bevacizumab.

Como criterio de evaluación de la toxicidad se registraron las toxicidades hematológicas graves (plaquetopenia, neutropenia y/o anemia grado III/IV) según el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), así como el retraso, disminución de dosis y/o suspensión definitiva del tratamiento. Estos datos fueron registrados a partir del aplicativo informático OncoWin®. De la historia clínica electrónica almacenada en SAP® se registraron las características demográficas de los pacientes.

El peso ajustado (PA) se calculó empelando la fórmula de Hamwi, y se consideró como paciente con sobrepeso aquel cuyo peso real se desviaba en más de un 20% del PA.

RESULTADOS: De los 62 pacientes tratados con carboplatino/paclitaxel durante el período de estudio, 54 cumplieron los criterios de inclusión. El 100% resultaron ser mujeres, con una media de edad de 57,2 años [26-81]. En el 39% de los casos (21) se observó una desviación del peso real frente al ajustado superior al 20%. Ambos grupos (sobrepeso vs no sobrepeso) resultaron ser equivalentes en las características analizadas (AUC6 (71% vs 72% (p=0,91); Edad (60,5 vs 55,0 años (p=0,62) respectivamente).

La toxicidad hematológica de grado III/IV observada en el grupo de pacientes con sobrepeso en comparación con el grupo control fue de: plaquetopenia 38% vs. 12% (p=0,025); neutropenia 42% vs. 24% (p=0,25); anemia 29% vs. 10% (p= 0,06). Esta toxicidad se tradujo en un ajuste, reducción y/o suspensión de tratamiento en el 71% de los casos del grupo de sobrepeso frente al 42% del grupo no sobrepeso (p=0,025).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio hemos comprobado como la administración de las dosis de carboplatino ajustadas a peso real provoca una mayor tasa de eventos adversos en los pacientes con sobrepeso, y como en estos casos hay una mayor reducción, de manera significativa, de las dosis óptimas de tratamiento. Futuros estudios comparativos deberán mostrar si estas reducciones condicionan la eficacia de los tratamientos, con el objetivo de poder concluir la necesidad de prescribir el carboplatino por peso ajustado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

439. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA Y USO DE FILGRASTIM Y ERITROPOYETINA ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB-BENDAMUSTINA EN LINFOMA NO HODGKIN

AUTORES: Blasco Guerrero M, De Juan Garcia Torres P, Diaz Morfa M, Horta Hernandez Am. Hospital General Y Docente. Donantes De Sangre S/N. Guadalajara. España

OBJETIVOS: Analizar la toxicidad hematológica y el uso de filgrastim y eritropoyetina derivados del tratamiento con rituximab-bendamustina (R-B) en pacientes con Linfoma No Hodgkin indolente (LNHi) y Linfoma del Manto (LM). Comparar los datos obtenidos en práctica clínica con los resultados del estudio de Rummel et al. que evaluaba la eficacia y seguridad del esquema R-B vs R-CHOP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con LNHi y LM que iniciaron tratamiento con R-B entre el 1-Enero-2010 y el 31-Enero-2015. Esquema R-B: rituximab 375 mg/m² día 1 y bendamustina 90 mg/m² ó 70 mg/m² (si pacientes >70 años), días 1 y 2. Se recogieron del programa informático ONCOFARM®: sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico, línea de tratamiento, fecha de inicio de la quimioterapia, edad al inicio de la quimioterapia y nº de ciclos recibidos. También se recogió de esta aplicación la toxicidad hematológica (neutropenia, anemia y trombocitopenia) clasificadas por gravedad según la "WHO Toxicity Grading Scale". Se consultaron las historias clínicas informatizadas (Mambrino XXI®) y las dispensaciones ambulatorias y de hospitalización (Farmatools®). Variables estudiadas: % pacientes con neutropenia, % pacientes con anemia y % pacientes con trombocitopenia. También se evaluó el porcentaje de ciclos en los que se requirió la administración de filgrastim y/o eritropoyetina postquimioterapia.

RESULTADOS: Se incluyeron 32 pacientes (media de edad 71,4 años ± 15,1); el 51,6% mujeres. El 75% (24) de los pacientes recibieron el esquema R-B como tratamiento de LNHi y el resto para LM, el 90,6% en primera línea. El 43,7% (14) recibió bendamustina a 70 mg/m². El 71,9% (23) de los pacientes sufrieron neutropenia frente al 64,4% del estudio de Rummel. El 37,5% (12/32) de pacientes sufrió neutropenia grado 3-4 vs un 29% en el estudio publicado. Diez pacientes (31,2%) sufrieron neutropenia postquimioterapia en todos los ciclos, en 9 de estos pacientes la neutropenia fue de grado ≥3. Se administraron 144 ciclos, en el 10,9% (15) de los cuales se administró filgrastim postquimioterapia vs en el 4% de los ciclos del estudio de Rummel. El 68,7% (22) de los pacientes sufrió anemia frente al 59% del estudio publicado, el 21,9% (7/32) grado 3-4 vs el 3%. Sólo en 6 de los ciclos (4,2%) se requirió la administración de eritropoyetina. El 68,7% (22) de los pacientes sufrieron trombocitopenia frente al 53,6% del estudio de referencia, un 18,7% (6/32) grado ≥3 vs el 6,5% de Rummel.

CONCLUSIONES: En la práctica clínica, el tratamiento del LNHi y LM con R-B produjo más toxicidad hematológica que la publicada en el estudio de Rummel et al. En dicho estudio la media de edad de los pacientes era menor y se permitía el uso profiláctico de G-CSF, pero no se administraban dosis reducidas en ancianos desde el inicio. También fue mayor en la práctica, el porcentaje de ciclos en los que se administró filgrastim. Dada su elevada frecuencia, la toxicidad hematológica del esquema R-B debería ser monitorizada de forma estrecha en todos los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

922. TRASTUZUMAB EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

AUTORES: Alvarez Manceñido Fj, Rodriguez Palomo A, Garcia Zapico I, Sanchez Lorenzo Ml, Carmona Bayonas A, Jimenez Fonseca P.

Hospital Universitario Central De Asturias. Avenida De Rona S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Mostrar la eficacia en práctica clínica de trastuzumab, único fármaco antidiario que ha logrado un importante impacto en supervivencia en cáncer gástrico avanzado erbB2 positivo (TOGA, Bang YJ y col. Lancet 2010).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron los pacientes con adenocarcinoma de esófago distal y estómago avanzado irresecables tratados con poliquimioterapia en 2012 y 2013.

El esquema empleado fue oxaliplatino 130mg/m² día 1 y capecitabina 1000mg/m²/12 horas durante 14 días cada 21 (6 ciclos) y trastuzumab, dosis de carga 8mg/m² y dosis de mantenimiento 6mg/m² cada 21 días hasta la progresión o toxicidad inaceptable.

El erbB2 se determinó por inmunohistoquímica. En casos dudosos se confirmó con "fluorescence in situ hybridization" (FISH), considerándose positivos aquellos con inmunohistoquímica de 3 cruces o los de 2 cruces con FISH positivo.

La información clínica se obtuvo de las historias clínicas tras aprobación por el Comité Ético y la información sobre el tratamiento se recogió a través del programa Oncofarm® del servicio de Farmacia.

La supervivencia libre de progresión y supervivencia global se analizaron mediante el método Kaplan y Meier. Las variables descriptivas se expresaron en medianas y porcentajes.

RESULTADO: Entre 2013 y 2014, un total 162 pacientes recibieron quimioterapia tanto en primera como en sucesivas líneas.

El 21% (34 pacientes) presentaron un tumor erbB2 positivo y 17 fueron no elegibles (7 recibieron cisplatino en vez de oxaliplatino, 3 recibieron capecitabina y trastuzumab y 7 no se trataron por fragilidad).

La positividad de erbB2 se manifestó como inmunohistoquímica 3 cruces, 76,5% y 2 cruces con FISH+, 23,5%.

Las características basales de los pacientes fueron: edad, mediana 62 años (rango 47-83); sexo, varones 88,2%; ECOG1: 100%; índice masa corporal: mediana 25,1; 30 g/dl) 82,3%.

La localización del tumor fue: esófago distal y unión gastroesofágica, 41,1%; cardias, 5,9%; cuerpo-fundus, 29,4% y antro-piloro, 23,5%. El grado de diferenciación fue: bien, 47,1%; moderadamente, 17,6 y poco diferenciado, 29,4%. El tipo de Lauren fue intestinal en la mayoría de pacientes, 82,4%.

El 29,4% de los pacientes presentaron metástasis únicas mientras que un 58,8% tenía ≥ 3 localizaciones metastásicas. La localización de las metástasis fue: hepáticas 58,8%; peritoneales 41,2%; pulmonares 17,6%, y se asoció ascitis en el 5,9% de casos.

El marcador tumoral CEA mostró un valor basal elevado (>6 ng/ml) en el 47,1% de los pacientes.

La mediana de ciclos de trastuzumab fue: 11, rango (1-59). Un paciente tuvo que suspender el fármaco por toxicidad cardíaca tras 3 años de tratamiento y sin repercusión clínica.

Se obtuvieron un 56,3% de respuestas y un 18,8 de estabilizaciones de la enfermedad.

La mediana de tiempo a progresión fueron 8,2 meses (intervalo de confianza del 95%, 2,5-13,3) y la mediana de supervivencia global fueron 13,9 meses (intervalo de confianza del 95%, 5,5-36,2).

CONCLUSIÓN: Trastuzumab asociado con 6 ciclos de poliquimioterapia mejora los resultados obtenidos con platinos y fluoropirimidinas en cáncer gástrico avanzado (respuestas en torno al 30-50%, tiempo a progresión de 5-6 meses y supervivencia de 9-11 meses, Kank YK. Ann Oncol 2009)

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

220. TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO: VALORACIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES DE LA NUEVA VÍA DE ADMINISTRACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LA INCLUSIÓN EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

AUTORES: Lazaro Cebas A, Cortijo Cascajares S, Pablos Bravo S, Goyache Goñi Mp, Gonzalez Monterrubio G, Ferrari Piquero Jm.

Hospital Universitario 12 De Octubre. Avenida Cordoba S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Conocer la valoración de los pacientes sobre la administración subcutánea de trastuzumab comparándolo con su administración intravenosa y evaluar el impacto económico desde su introducción en Guía Farmacoterapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 4 meses de duración (febrero-mayo de 2015) en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con trastuzumab subcutáneo. Se recogieron variables demográficas (edad y peso). La identificación de pacientes y la recogida de variables se realizó con el programa de prescripción electrónica Oncofarm®. Para conocer la valoración por parte de los pacientes se diseñó una encuesta con tres preguntas: satisfacción respecto a esta vía de administración y motivo principal, reacciones adversas derivadas de la administración

(dolor, inflamación o enrojecimiento/prurito en punto de inyección y dolor en extremidad), y preferencia de la vía de administración, subcutánea o intravenosa, indicando motivo. Para evaluar el impacto económico se consideraron solo costes directos de adquisición del fármaco; comparándose el gasto en trastuzumab subcutáneo de todos los pacientes tratados, con el gasto hipotético si la administración hubiera sido intravenosa. El cálculo se realizó a partir del precio neto unitario de ambos y teniendo en cuenta la dosificación por kilo (kg) y el aprovechamiento de viales para el cálculo de las dosis intravenosas. El análisis estadístico de los datos se realizó con la aplicación informática Microsoft Excel®.

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes, todas mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, con una media de edad de $60,5 \pm 13,7$ años y $67 \pm 13,9$ kilos de peso medio. Las pacientes recibieron una mediana de 3 dosis (rango 1:5) de trastuzumab vía subcutánea a dosis fija de 600 miligramos (mg).

Se encuestó al 77,5% de las pacientes tratadas, un 93,5% indicó estar satisfecha con la administración vía subcutánea siendo los motivos principales la rapidez de administración (48,4%), el evitar el acceso venoso (25,8%) y la comodidad (19,3%). El 83,9% de las pacientes experimentó dolor en el punto de inyección. Inflamación, enrojecimiento/prurito en el punto de inyección y dolor en la extremidad fue descrito por un 58%, un 51,6% y un 29% de las pacientes respectivamente. El 16,1% de las pacientes no presentaron reacciones adversas. El 87% de las pacientes indicaron que si tuvieran que escoger entre la vía subcutánea y la intravenosa escogerían la subcutánea.

El gasto total en trastuzumab subcutáneo fue de 171.048,88€ con un coste de 1325,96 €/dosis. En el caso hipotético de que la administración se hubiera realizado por vía intravenosa el gasto hubiera sido 181.292,85€ teniendo en cuenta un precio de 3,52€/mg de trastuzumab intravenoso y una dosificación de 8 mg/kg para la dosis de carga y 6 mg/kg para dosis sucesivas. El ahorro durante estos 4 meses teniendo en cuenta únicamente costes directos ha sido de 10.243,97€.

CONCLUSIONES: La mayoría de las pacientes muestran satisfacción con la administración de trastuzumab vía subcutánea, debido principalmente a la rapidez y a pesar del dolor de la inyección. La formulación subcutánea permite además conseguir un significativo ahorro debido a que no es necesaria una dosis de carga y al peso medio de nuestra población.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

542. TRATAMIENTO DEL LINFOMA FOLICULAR CON RITUXIMAB-BENDAMUSTINA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

AUTORES: Rodriguez Mateos Me, Capote Garcia J, Suarez Carrascosa Fj, Martin Reina My, Martinez Bautista Mj, Capote Huelva Fj.

Hospital Puerta Del Mar. Ana De Viya 21. Cádiz. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad, seguridad y tolerancia de la combinación RB en el tratamiento de pacientes con linfoma folicular.

METODO: El linfoma folicular (LF) es una entidad considerada incurable ya que las recaídas son frecuentes. La combinación de rituximab y bendamustina (RB) seguido de mantenimiento con rituximab, ha demostrado su eficacia en esta situación. En pacientes sin tratamiento previo, RB comparada con R-CHOP muestra una mayor SLP con menor toxicidad.

Se realizó una evaluación retrospectiva de los pacientes con linfoma folicular tratados con RB, obtenida de los registros de aprobación de la Comisión de Farmacia Permanente. La indicación solicitada fue para pacientes refractarios o en recaída o bien para pacientes en primera línea que no eran candidatos a R-CHOP por la existencia de comorbilidades. Su uso en esta condición es en una indicación "al margen de ficha técnica" (off label) y su prescripción cumple el Real Decreto Ley 1015/2009 de 19 de junio.

Se registraron datos demográficos, tratamiento previo, toxicidad, respuesta y seguimiento.

la evaluación de la respuesta se realizó mediante IWG Revised Criteria for Response Assessment (Cheson, 2014). La toxicidad fue evaluada según National Cancer Institute Common terminology criteria for adverse events (NCI-CTCAE), versión 4. y para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el IBM SPSS Statistics, versión 21.

RESULTADOS: Desde octubre de 2012 hasta abril de 2015 se trataron 16 pacientes, 9 mujeres, mediana de edad: 69 años (entre 60-83), 5 de nuevo diagnóstico y 11 en recaída, con FLIPI riesgo bajo (50%), riesgo intermedio (31.2%) y riesgo alto (18.8%). Los pacientes en recaída habían recibido una mediana de 2 líneas de tratamiento previo (entre 1-3). La mediana de ciclos de RB fue de 4 (entre 2-6). Se produjo toxicidad grado ≥ 3 en 4 pacientes (25%): anemia (1 caso), neutropenia (2 casos) y neumonía (un caso). La respuesta alcanzada fue RC 3 pacientes (18.8%), RP 5 pacientes (31.3%), EE 7 pacientes (43.8%); 1 paciente progresó durante el tratamiento.

Después de una mediana de seguimiento de 9 meses (1-25) desde el inicio del tratamiento se ha producido progresión en 2 pacientes. Han fallecido 2 pacientes, uno de ellos por progresión de la enfermedad y el otro caso por causas ajenas a la misma (infección respiratoria).

La probabilidad de SG y SLP a 18 meses es de 87.5% y 81.5%, respectivamente (en relación al inicio de tratamiento con RB)

CONCLUSIONES: Nuestros resultados corroboran que este esquema de tratamiento es efectivo y bien tolerado, permitiendo un tratamiento adecuado tanto de pacientes en recaída como de aquellos con co-morbilidades que le impiden un tratamiento intenso de primera línea.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

3. USO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES EN PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: Carrascosa Piquer O, Aparicio Rubio C, De la Vega Zamorano I, Mejía Andújar L, García del Busto Enguer N, Sánchez Alcaraz A.

Hospital Universitario de la Ribera. Carretera de Corbera, km1. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar la eficacia y seguridad de los anticuerpos monoclonales utilizados en primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer colorrectal metastásico(CCRm).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron los pacientes diagnosticados de CCRm, desde enero-2012 hasta diciembre-2014, que recibieron tratamiento de primera línea con anticuerpos monoclonales(cetuximab, bevacizumab y panitumumab).Las variables recogidas fueron:edad, sexo, localización y resección quirúrgica de las metástasis, gen KRAS nativo o mutado, índice de Karnofsky(IK), supervivencia libre de progresión(SLP), respuesta objetiva alcanzada, reacciones adversas(RA), causas de suspensión del tratamiento y supervivencia global(SG).

Los datos fueron obtenidos desde la Historia Clínica Electrónica(SIAS®) y el programa Oncofarm® de prescripción.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se incluyeron 43 pacientes diagnosticados de CCRm, que recibieron tratamiento en primera línea con esquemas que contenían anticuerpos monoclonales:28% mujeres y 72% hombres,con una edad media de 64 ± 10 años.49% presentaban metástasis hepáticas, 21% hepáticas y pulmonares y 30% en otras localizaciones.El 30% presentaba una mutación en el gen KRAS.

38 pacientes(88%) fueron tratados con esquemas que contenían bevacizumab:13 con Capox-Bevacizumab, 6 con Folfiri-Bevacizumab y 19 con Folfox-Bevacizumab.La mediana del IK al inicio y al final del tratamiento fue 90.La mediana de SLP fue 4 meses: se consiguió una respuesta completa al tratamiento en 1 paciente, una respuesta parcial en 14 y en 13 una estabilización de la enfermedad.En 9 pacientes(24%) progresó la enfermedad.Las RA fueron:29% parestesias, 63% gastrointestinales, 21% episodios de sangrado, 39% infecciones(infecciones del tracto urinario y cuadros catarrales) y 47% hematológicas.8 pacientes suspendieron el tratamiento por RA, 6 por cirugía del tumor y/o metástasis, 19 por progresión de la enfermedad y 2 por éxitus.3 pacientes continúan actualmente en tratamiento.La mediana de SG fue de 13 meses y la SG al año 55%.

4 pacientes(9%) fueron tratados con esquemas que contenían cetuximab:2 con Folfiri-Cetuximab y 2 con Capox-Cetuximab.La mediana del IK al inicio del tratamiento fue 90 y al finalizar de 80.La mediana de SLP fue 6 meses:1 paciente registró una respuesta completa al tratamiento y 3 una estabilización de la enfermedad.Las RA fueron:75% gastrointestinales, 75% hematológicas, 50% episodios de sangrado y 50% cutáneas.2 pacientes suspendieron el tratamiento por RA y 2 por progresión de la enfermedad.La mediana de SG fue de 19 meses y la SG al año 75%.

Sólo 1 paciente(3%) fue tratado con Folfox-Panitumumab.El IK al inicio del tratamiento fue 80.Actualmente sigue en tratamiento tras 6 meses consiguiendo una respuesta parcial al mismo y registrando RA hematológicas, gastrointestinales y cutáneas.

CONCLUSIONES: La elección del tratamiento de primera línea en CCRm viene determinado por diferentes factores:intención terapéutica, estado mutacional KRAS, estado del paciente, etc...Los esquemas manejados producen RA en un alto porcentaje de pacientes.En general, son de fácil manejo pero han supuesto la suspensión del tratamiento en el 23% de los casos.El tamaño muestral es limitado y no permite la comparación de SLP y SG entre los esquemas, aunque bevacizumab sería el anticuerpo monoclonal más utilizado, ya que no requiere la determinación del gen KRAS.Cetuximab y panitumumab se reservarían para aquellos pacientes en los que progrese su enfermedad.

1009. USO DE AZACITIDINA EN SINDROME MIELODISPLÁSICO

AUTORES: Serra Lopez-Matencio JM, Gomez Garcia De Soria V, Gallego Aranda T, Ramirez Herraiz E, Alañon Plaza E, Morell Baladron A.

Hospital Universitario De La Princesa. Calle Diego de Leon N 62. Madrid. España

Introducción: Los Síndromes Mielodisplásicos (SMD) son un grupo de enfermedades medulares caracterizadas por citopenias periféricas y riesgo aumentado de transformación a leucemia mieloide aguda (LMA). El tipo de tratamiento se establece en función de la clasificación de riesgo marcada por el Índice Pronóstico Internacional (IPPS) y el Revisado (IPPS-R). El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH) es el único tratamiento potencialmente curativo, pero es accesible a muy pocos pacientes con SMD sobre todo debido a su avanzada edad. Azacitidina es el único tratamiento que ha demostrado aumentar la supervivencia y el tiempo libre de progresión a LMA. La dosis aprobada es de 75 mg/m²/sc durante 7 días cada 28 días, sin embargo la realidad diaria de los Hospitales de Día obliga a buscar esquemas alternativos que eviten la administración en fin de semana.

OBJETIVO: Evaluar si el empleo de Azacitidina en los pacientes diagnosticados con SMD en nuestro hospital se realiza según lo establecido en ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con SMD en tratamiento con Azacitidina desde el año 2005 hasta la actualidad en nuestro Hospital. Las variables cuantitativas recogidas fueron: edad, fecha de diagnóstico y el número de ciclos recibidos. Las variables cualitativas fueron: sexo, subtipo de SMD según la clasificación de la FAB (grupo Franco-Americano-Británico), pautas de administración utilizadas y vía de administración.

RESULTADOS: Se incluyeron 65 pacientes con una media de edad de 71 años, de los cuales 38 eran hombres (58,4%) y 27 eran mujeres (41,5%). Según el IPPS 58 pacientes (89,2%) estaban clasificados como de alto riesgo y 7(10,7%) como de bajo riesgo. Los pacientes recibieron una mediana de 3 ciclos (1-20).

36 pacientes recibieron menos de 6 ciclos y de ellos en 28 se suspendió de forma precoz (

CONCLUSIÓN: La administración de Azacitidina en nuestro hospital es utilizada en su mayoría a pacientes con SMD alto riesgo adecuándose así a la ficha técnica.

La mediana de ciclos recibida en nuestra serie es inferior a la mínima recomendada en las guías para evaluar la eficacia del fármaco. Existe sin embargo un porcentaje importante de pacientes que han recibido más de 6 ciclos y en el 20% de la serie el tratamiento ha continuado más allá de los 12 ciclos, hasta pérdida de respuesta o progresión según aconsejan las guías.

Debido a la logística de los hospitales las pautas más utilizadas son: 5-0-0 o 5-0-2, siendo la primera la que el hematólogo indica con mayor frecuencia en nuestro hospital.

1017. USO DE DENOSUMAB EN TUMOR DE CELULAS GIGANTES

AUTORES: Pons Martinez L, Bonete Sanchez M, Herraiz Robles P, Marcos Ribes B, Talens Bolos Ma, Lopez Jimenez A. Hospital San Juan De Alicante. Ctra. Alicante - Valencia, S/N. Alicante. España

OBJETIVO: El tumor de células gigantes (TCG) es un tumor benigno localmente agresivo que se presenta, principalmente, en pacientes jóvenes. Denosumab está indicado en el tratamiento de TCG de hueso no resecable o cuando la resección quirúrgica implique morbilidad grave. En nuestro país, se trata de una indicación no financiada, por lo que su solicitud debe tramitarse como medicamento en situaciones especiales, previo consentimiento informado del paciente.

El presente estudio tiene como objetivos evaluar la efectividad y seguridad de denosumab en pacientes con TCG en una unidad de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo donde se incluyeron los pacientes adultos diagnosticados de TCG irresecable o cuya cirugía fuese mutilante, en tratamiento con denosumab y atendidos por los servicios de Oncología Médica y Farmacia durante el período de noviembre 2014 a mayo 2015.

La efectividad se evaluó mediante criterios clínicos: disminución del dolor y calidad de vida medidos con la escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), criterios radiológicos: incremento de la densidad ósea (según informe de densitometría) y criterios patológicos (biopsia del tejido e informe de Anatomía Patológica). La seguridad se evaluó mediante recogida de los efectos adversos registrados en la historia clínica.

RESULTADOS: Se reclutaron 3 pacientes durante el período de estudio: dos mujeres, de 22 y 28 años, y un varón de 59. En uno de los pacientes se propuso el tratamiento con denosumab por no ser candidato a cirugía (tumor en esqueleto axial), mientras que en los dos restantes por tratarse de recidivas tras varias cirugías.

Respuesta clínica: 2 de los 3 pacientes presentaban sintomatología dolorosa antes del inicio del tratamiento y en uno de ellos se produjo disminución del dolor y mejoría en el ECOG (pasando de ECOG 1 a 0). Respuesta radiológica: en los 3 pacientes se objetivó aumento de la densidad ósea. Respuesta patológica: el paciente que llevaba más tiempo en tratamiento (6 meses), fue reintervenido quirúrgicamente y logró respuesta patológica completa. Seguridad: ningún paciente padeció acontecimientos adversos relacionados con el fármaco. Desde farmacia se comprobó que los pacientes, en el momento del inicio del tratamiento con denosumab, recibiesen suplementos de calcio+vitamina D de forma concomitante. Previamente al inicio, fueron remitidos a Cirugía Maxilofacial para cumplir con el protocolo de prevención de osteonecrosis mandibular.

DISCUSIÓN: Pese a que el único tratamiento con posibilidad curativa es la resección tumoral, denosumab representa una opción farmacológica válida para incrementar la remodelación ósea y mejorar el pronóstico de la intervención quirúrgica (mejoría radiológica en los 3 pacientes). Se trata, además, de la única alternativa disponible para pacientes no candidatos a cirugía, manteniendo así su calidad de vida (2 pacientes mantienen el ECOG y 1 mejora). La evaluación de la respuesta es compleja, tanto clínica como radiológicamente, y la efectividad del fármaco es valorable a partir de los 6 meses de tratamiento, con lo que se hace imprescindible su seguimiento a largo plazo. Denosumab presenta un perfil de seguridad favorable, ya que en el periodo de estudio no se ha producido ningún acontecimiento adverso relacionado con su uso.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

372. USO DE GLUCARPIDASA EN PEDIATRÍA POR INTOXICACIÓN DE METOTREXATE

AUTORES: Balade Martinez L, Molina Cabezuelo M, Rodriguez Martin E, Freire Castelar M, Gonzalez Del Valle L, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana, 261. Madrid. España

OBJETIVO: Cuantificar la incidencia de pacientes pediátricos intoxicados por Metotrexate (MTX) que requirieron la administración de glucarpidasa y valorar la efectividad de este tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que recibieron Glucarpidasa tras administración de MTX por fallo renal o concentraciones de MTX plasmáticas elevadas.

Para cuantificar la efectividad del tratamiento nos basamos en los criterios de administración de la glucarpidasa según el Protocolo de la Sociedad Española Hemato-Oncología Pediátrica de LAL-SEOHP-PETHEMA-2013, en los que debe administrarse si el MTX sanguíneo es mayor o igual a 10 $\mu\text{mol/L}$ tras 48 horas posinfusión o la creatinina es mayor del doble de la basal (fallo renal).

Los datos de la función renal como de las concentraciones sanguíneas de MTX se recogieron de las historias clínicas de los pacientes.

RESULTADOS: Se recopilaron del programa informático Oncofar® 92 pacientes pediátricos que recibieron en total 337 administraciones de MTX vía intravenosa desde Enero 2008- Enero 2014.

8 pacientes diagnosticados de leucemia aguda linfóide necesitaron glucarpidasa, 6 por fallo renal y 2 por concentraciones sanguíneas elevadas. La edad media fue de 8.5 años (3-14).

A las 38.88 horas (30-48) postinfusión se solicitó glucarpidasa al Servicio de Farmacia siendo la concentración media sérica de MTX de 95.03 μmol (9.78-176.83).

Con una creatinina media sérica de 2.42 mg/dl (1.5-4.1) tras recibir MTX altas dosis, el tiempo medio de recuperación de la función renal fue de 11.25 días (5-20).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio la incidencia fue de un 8.7% (8/92) de los pacientes pediátricos tratados con dosis altas de MTX que requirieron glucarpidasa, un 75% (6/8) de éstos por daño renal y un 25% (2/8) por concentraciones plasmáticas de MTX elevadas.

En la mayoría de los casos la glucarpidasa se solicitó antes de las 48 horas posinfusión ya que lo requirieron por insuficiencia renal más que por niveles elevados de MTX.

Todos los pacientes incluidos cumplían los criterios de administración según el protocolo LAL de la SEOHP-PETHEMA 2013 y resolvieron la funcionalidad renal satisfactoriamente.

703. USO DE PEMBROLIZUMAB EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Carcelero San Martin E, Lopez Sisamon D.

Hospital Germans Trias I Pujol. Crta Canyet S/N. Barcelona. España

Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado frente la proteína PD-1 (programmed death receptor-1), aprobado para el tratamiento de melanoma avanzado tras la progresión a ipilimumab y, en el caso de pacientes con mutación BRAF V600, a un inhibidor del BRAF. En estudios previos se han descrito con mayor frecuencia los siguientes efectos adversos: rash (21%), prurito (18-26%), fatiga (16-33%), diarrea (13-20%). Efectos adversos menos frecuentes descritos fueron hipotiroidismo (1%), dolor abdominal, disminución apetito, transaminitis (1% de grados 3-4), fallo renal, pneumonitis (4%), nefritis grado 3 en 1%, insuficiencia adrenal (1%). También se ha descrito un caso de edema pulmonar grado 3.

Determinar la tolerancia de pembrolizumab en pacientes tratados en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional en nuestro hospital de pacientes tratados con pembrolizumab entre noviembre de 2013 y febrero de 2015.

RESULTADOS: En el período estudiado se trataron 19 pacientes con pembrolizumab en nuestro centro (11 hombres, 7 mujeres). La edad media de los pacientes fue 60 años (rango 40-72). Cuatro pacientes recibieron 10 mg/kg cada 2 semanas, 10 pacientes 10 mg/kg cada 3 semanas y 5 pacientes 2 mg/kg cada 3 semanas. En número de ciclos recibidos hasta la progresión de la enfermedad fue el siguiente: 2 (4 pacientes), 3 (n=1), 4 (n=1), 5 (n=1), 6 (n=1), 8 (n=1), 10 (n=1), 11 (n=1), 20 (n=1). Un paciente en respuesta tras 30 ciclos falleció por motivos no relacionados con su enfermedad oncológica. Seis pacientes continúan actualmente en tratamiento (37, 25, 22, 13, 12 y 5 ciclos). La astenia fue el efecto adverso descrito con mayor frecuencia en los pacientes tratados (13 pacientes, 68%), siendo muy difícil diferenciarlo de la propia enfermedad. La mayoría de pacientes tuvieron astenia de grado 1 y 2.

Otros efectos adversos relacionados con el tratamiento fueron anorexia (n=5; grado 1 en 3 pacientes, grado 2 en 2 pacientes), xerostomía (n=3, todos grado 2), xerosis grados 1-2 (3 pacientes); dolor osteoarticular grado 1 (3 pacientes) y emesis grado 1 (3 pacientes). Menos frecuentes fueron diarrea (n=2), estreñimiento grado 1 (n=2), hipotiroidismo (n=2), prurito grados 1-2 (n=2) e hiperamilasemia asintomática (n= 2).

Los siguientes efectos adversos se presentaron sólo en un paciente: aumento asintomático de lipasa; náuseas de grado 1; mucositis de grado 2; aumento del ritmo deposicional sin diarrea; molestias abdominales; hipertransaminitis de grado 2; hipertiroidismo subclínico; xerodermia de grado 1; aparición de lesiones psoriásicas; disgeusia; hiperbilirrubinemia de grado 2; reacción alérgica de grado 1; rash grado 1; pirosis; febrícula; cuadro gripal de grado 2; cefalea de grado 2; molestias en el área tumoral de grado 2; neurotoxicidad de grado 1.

DISCUSIÓN: La toxicidad presentada en los pacientes estudiados fue aceptable y similar a la reportada en estudios anteriores, siendo en nuestro estudio la fatiga más frecuente que la reportada con anterioridad.

1152. USO DE PLERIXAFOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS A SANGRE PERIFÉRICA PARA TRASPLANTE AUTÓLOGO

AUTORES: Monforte Gasque Mp, Gutiérrez Valencia M, Castresana Elizondo M, Sánchez Antón P, Quispe Cuba I, Monteserin Garrastatxu I.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea N°4. Navarra. España

OBJETIVOS: Para realizar un autotrasplante de progenitores hematopoyéticos (PH) es imprescindible llevar a cabo la movilización de los mismos a sangre periférica (SP), para su posterior recolección mediante aféresis.

Los objetivos de este estudio son:

Describir las condiciones de uso de plerixafor en un hospital de tercer nivel.

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento en pacientes sometidos a la movilización de PH a SP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que desde febrero de 2010 hasta febrero de 2015 recibieron plerixafor.

Las variables recogidas de la historia clínica informatizada fueron: sexo, edad, diagnóstico, líneas de quimioterapia previas, esquema utilizado para la movilización, CD 34+/mL obtenidas previo a aféresis, CD 34+/kg en el producto extraído tras aféresis y dosis recibida de plerixafor.

Se considera a un paciente como "mal movilizador" si no es posible recoger una celularidad CD34+ suficiente para permitir el injerto o si tiene

En función de la cifra de CD34+/kg obtenidos, se consideró: cantidades insuficientes $\leq 2 \times 10^6$ células, cantidades mínimas 2×10^6 células y cantidades óptimas 5×10^6 células.

La variable de efectividad empleada fue el porcentaje de pacientes en los que se obtuvo una cifra $\geq 2 \times 10^6$ células.

Las reacciones adversas al tratamiento establecieron el perfil de seguridad del mismo.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes: 15 hombres y 10 mujeres, con una edad media de 57 años (32-71). Los diagnósticos fueron: mieloma múltiple (12), linfoma no Hodgkin (10), linfoma de Hodgkin (2) y amiloidosis primaria (1). Los pacientes recibieron una media de 2 líneas de quimioterapia previas (1-4).

El esquema utilizado para la movilización fue la administración de G-CSF 10 mcg/kg/día, repartidas en 2 tomas, durante 4 días previos a la aféresis. El quinto día, o bien el cuarto día en pacientes con factores de riesgo de pobre movilización, se realizó la determinación de CD34+/mL. En 17 casos (68%) este valor fue

Plerixafor fue administrado de forma subcutánea 8 horas antes de iniciar la aféresis, en combinación con G-CSF. La dosis administrada fue de 1 vial (24 mg) en todos los casos, excepto en 2 pacientes en los que fueron necesarias dos dosis.

El tratamiento fue efectivo en el 84% de los pacientes, ya que se obtuvieron $\geq 2 \times 10^6$ células: 64% cantidad mínima y 20% cantidad óptima.

Ningún paciente presentó reacciones adversas al tratamiento.

CONCLUSIONES: Existen criterios clínicos (>65 años, líneas previas de quimioterapia, radioterapia previa, trombocitopenia, administración previa de fludarabina o lenalidomida y fallo en movilizaciones previas) y analíticos (

El fármaco fue efectivo en la movilización de PH a SP, consiguiendo así la celularidad necesaria para llevar a cabo el autotrasplante. Además, fue un tratamiento bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

453. USO DE RITUXIMAB INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS B

AUTORES: Monforte Gasque Mp, Castresana Elizondo M, Gutiérrez Valencia M, Elviro Llorens M, Pellejero Hernando E, San Juan Muñoz A.

Complejo Hospitalario De Navarra. C/Irunlarrea N°4. Navarra. España

OBJETIVOS: Los linfomas cutáneos primarios de células B (LCPCB) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides incluidas dentro de los linfomas no Hodgkin extraganglionares. Las entidades más frecuentes en este grupo son: linfoma folicular (LF), linfoma de células B de la zona marginal (LZM) y linfoma difuso de células grandes B.

Los objetivos de este estudio son: analizar el perfil de pacientes tratados con rituximab intralesional (RIL) en un hospital terciario y evaluar la efectividad y seguridad del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con RIL desde junio de 2014 hasta enero de 2015. Todos fueron cursados como uso compasivo.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, intervalo de tiempo entre la aparición de la lesión y el diagnóstico, líneas de tratamiento previas, régimen de dosificación, duración del tratamiento, localización, número y tamaño de las lesiones, dosis acumulada/lesión y dosis total acumulada.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se clasificó la respuesta como: respuesta completa (desaparición del 100% de las lesiones tratadas), respuesta parcial (disminución del tamaño un 50-99%), enfermedad estable (disminución 25% del tamaño).

Las reacciones adversas establecieron el perfil de seguridad del mismo.

RESULTADOS: Se incluyeron 3 pacientes con las siguientes características:

Paciente 1: mujer, 56 años. Pasaron 20 meses desde la aparición de las lesiones hasta el diagnóstico de LF. Previamente recibió corticosteroides tópicos sin respuesta. La duración del tratamiento con RIL fue de 8 semanas. Se trataron 5 lesiones localizadas en nariz, zona frontal y malar, con un tamaño medio de 5 mm. Se administró una dosis acumulada/lesión de 60 mg y una dosis total acumulada de 300 mg. La respuesta al tratamiento fue parcial.

Paciente 2: mujer, 51 años. Entre la aparición de las lesiones y el diagnóstico de LZM pasaron 10 meses. Previamente se llevó a cabo la exéresis de las lesiones. La duración del tratamiento fue de 8 semanas. Fueron tratadas 3 lesiones en gemelo izquierdo, brazo y antebrazo derechos, con un tamaño medio de 8 mm. La dosis acumulada/lesión fue 60 mg y la dosis total acumulada 180 mg. Se obtuvo respuesta completa al tratamiento.

Paciente 3: hombre, 77 años. Transcurrieron 24 meses entre la aparición de la lesión y el diagnóstico de LZM. Como líneas previas recibió: radioterapia, quimioterapia y rituximab administrado de forma intravenosa. La duración del tratamiento fue de 28 semanas. Se trató una lesión en la zona frontoparietal de 6 mm. Se administró una dosis acumulada/lesión y dosis total acumulada de 210 mg. Actualmente, continúa en tratamiento con RIL, observándose respuesta parcial al mismo.

El régimen posológico en todos los casos fue la administración de 3 inyecciones en una semana de forma mensual.

CONCLUSIONES: El tratamiento fue efectivo y bien tolerado en todos los pacientes.

El uso de RIL en el tratamiento de LCPCB puede ser una opción adecuada especialmente en pacientes con múltiples lesiones, refractariedad o intolerancia a líneas previas y/o localización de las lesiones en áreas en las que se desaconseje el uso de radioterapia o cirugía.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1002. UTILIDAD DE BRENTUXIMAB VEDOTIN EN SOSPECHA CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE RECIDIVA DE LINFOMA DE HODGKIN, NO CONFIRMADA HISTOLÓGICAMENTE

AUTORES: Guerrero Bautista R, Español Morales I, García Márquez A, Chica Marchal Am, Mira Sirvent Mc, Martínez Penella M.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/Mezquita S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: La documentación histológica de una recidiva de linfoma de Hodgkin (LH) puede ser difícil de obtener, a pesar de repetidas biopsias. Brentuximab vedotin (BV) es un fármaco aprobado en recidiva postrasplante de LH.

Describir la estrategia diagnóstica y terapéutica mediante la utilización de BV en un paciente con sospecha clínico-radiológica de recidiva de LH pero con ausencia de confirmación histológica pese a repetidos intentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de la historia clínica y de pruebas complementarias a través del programa de historia médica electrónica Selene® y del programa de prescripción electrónico Oncofarm®, desde su diagnóstico hasta su situación actual.

RESULTADOS: Varón de 57 años diagnosticado de LH tipo esclerosis nodular grado I, estadio IIB, en julio de 2011. Como tratamiento de primera línea recibió cinco ciclos de ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina) y posteriormente radioterapia locoregional, sobre zona ilíaco inguinal y retroperitoneal, alcanzando remisión completa (RC) por PET/TAC en febrero 2012. Tras recaer precozmente de su LH recibió como tratamiento de rescate tres ciclos de ESHAP (etopósido, metilprednisolona, citarabina y cisplatino) consiguiendo una segunda RC de la enfermedad, que se consolidó con un autotrasplante de progenitores hematopoyéticos en septiembre de 2012.

En 2014, se sospechó una nueva recidiva tumoral por presencia de fiebre vespertina y captaciones patológicas en PET/TAC, de las que se solicitaron biopsias. Así, se practicó una amigdalectomía bilateral y se realizaron biopsias de cavum, adenopatía laterocervical, duodeno, médula ósea y bazo, sin poder evidenciar histológicamente la presencia de malignidad. Por presencia de PET/TAC persistentemente patológico y elevada sospecha clínica de recidiva de LH, a pesar de no haber podido constatar recidiva histológica en 6 biopsias diferentes, se solicitó al Servicio de Farmacia tratamiento con BV a dosis de 1.8mg/kg por vía endovenosa cada 14 días. En mayo de 2015 tras administración de 5º ciclo de BV se evidenció una buena respuesta clínico-radiológica habiendo desaparecido la fiebre y las captaciones patológicas en un nuevo PET/TAC, permitiendo al paciente la posibilidad de inclusión en programa de trasplante haploidéntico de progenitores hematopoyéticos.

La tolerancia al tratamiento fue buena y como reacciones adversas del BV presentó diarrea y tos, que se controlaron farmacológicamente.

CONCLUSIONES: 1) La evidencia histológica de recidiva de un LH puede ser, en ocasiones, muy difícil de documentar.

2) La buena respuesta a la administración de BV permite confirmar la presencia de un LH, ante sospecha clínico-radiológica de recidiva sin constatación histológica.

3) BV es un fármaco bien tolerado, con reacciones adversas leves y manejables.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

230. UTILIZACIÓN DE DEFIBROTIDO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Mateo Carmona J, Menendez Naranjo L, Garcia Molina O, Tomas Luiz A, Muñoz Contreras Mc, De La Rubia Nieto A.

Hospital Univ. Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Defibrotido fue autorizado en 2013 por la Agencia Europea del medicamento para el tratamiento de la enfermedad veno-oclusiva hepática (EVOH) grave tras trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). En España debe adquirirse a través del programa de acceso de medicamentos en situaciones especiales de la Agencia española del medicamento. El objetivo de este estudio es analizar la utilización de defibrotido en EVOH y evaluar su toxicidad en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento con defibrotido desde abril de 2009 hasta abril de 2015. Se revisaron las historias clínicas recogiendo datos de: edad, sexo, diagnóstico, dosis, posología, duración, criterios de retirada y toxicidad.

Se consideró diagnóstico de EVOH si dentro de los primeros 20 días post trasplante se cumplían 2 o más criterios (criterios de Seattle): bilirrubina mayor de 2mg/dL, hepatomegalia dolorosa y ganancia de peso mayor de un 2%.

Los criterios de retirada fueron curación, exitus, cambio de diagnóstico y, en el caso de la profilaxis, la no aparición de EVOH y el alta del paciente. Se consideró curación como la mejoría clínica y de los datos analíticos considerados en el diagnóstico.

RESULTADOS: Fueron estudiados 22 pacientes, de los cuales 15 eran hombres, con una mediana de edad de 39,5 años (rango: 1-65 [12,7-56,2]). Todos los pacientes recibieron un TCPH, aunque 11 pacientes, recibieron un segundo trasplante, en donde apareció la EVOH.

En 18 pacientes se utilizó defibrotido como tratamiento de la EVOH y en 4 pacientes como profilaxis. De los 18 pacientes que fueron tratados, 17 cumplieron los criterios de Seattle de diagnóstico, y en un caso se utilizó sin cumplir criterios.

La dosis empleada fue de 40 mg/kg/día en 17 pacientes y 25 mg/Kg/ día en el resto. En todos los casos la dosis total diaria se repartió en 4 veces.

La mediana de duración del tratamiento fue de 17,5 días (rango: 1 – 30 [6,7-24,2]). Los criterios de retirada del fármaco fueron en 9 pacientes por curación, en 7 pacientes por exitus, en 2 pacientes por cambio en el diagnóstico y en 4 pacientes, en donde defibrotido se utilizó como profilaxis, tras no aparición de EVOH y alta del paciente.

En 8 pacientes aparecieron eventos hemorrágicos como efecto adverso asociado al uso del fármaco, de los cuales, 3 fueron en forma de epistaxis, 2 como sangrado rectal, 1 como hematuria, 1 como hemorragia conjuntival y 1 como hemorragia digestiva. En ninguno de ellos fue necesaria la retirada, aunque en 3 pacientes se redujo la dosis debido al efecto adverso.

CONCLUSIONES: En nuestro hospital, defibrotido se ha empleado principalmente en pacientes con EVOH según los criterios de Seattle, mientras que el empleo del fármaco en profilaxis ha sido en 4 pacientes. En un alto número de casos la dosis utilizada ha sido mayor a la recomendada en ficha técnica. Ningún tratamiento ha tenido que ser suspendido por toxicidad aunque sí han aparecido eventos hemorrágicos que han requerido disminución de dosis.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1080. UTILIZACIÓN DE ERLOTINIB Y GEFITINIB EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESTADÍO IIIB/IV

AUTORES: Ruiz Gomez Ma, Diaz Gomez E, Obispo Portero Bm, Ramirez Herraiz E, Perez Abanades M, Morell Baladron A.

Hospital Universitario De La Princesa. Diego De León, 62. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar seguridad, efectividad y adherencia de inhibidores de tirosin quinasa (ITK) erlotinib y gefitinib en el tratamiento del carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM), estadio IIIB/IV.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de edad diagnosticados de CPNM estadio IIIB/IV, que iniciaron tratamiento con gefitinib o erlotinib entre 2008-2013, manteniéndose éste al menos 4 meses y finalizado antes de mayo 2015. Se excluyeron pacientes que hubieran recibido algún ITK previo o iniciado el mismo en ensayo clínico u otro hospital o presentaran histología oncocitoide o neuroendocrina.

Los datos recogidos de la historia clínica corresponden a las variables: edad, sexo, tabaquismo, estadio e histología del CPNM, mutación EGFR, quimioterapia intravenosa previa, ITK recibido, presencia de reacciones adversas (RA) cutáneas o gastrointestinales, toxicidad que obligue a modificación de dosis o suspensión de tratamiento, mejor respuesta según criterios RECIST (progresión(PE),estabilización(EE) o respuesta parcial(RP),supervivencia libre de progresión(SLP). La adherencia se calculó indirectamente según registro de dispensaciones del programa de Gestión de Pacientes Externos Dominion@.

RESULTADOS: De los 49 pacientes que cumplían criterios de inclusión, se incluyeron los 32 en los que se tuvo acceso completo a historia clínica. La mediana de edad fue 67(61-77) años. Mujeres: 59.38%. Fumadores: 53.13%. Estadio IV: 81,25%. Histología: adenocarcinoma: 71.88%; carcinoma epidermoide: 18.75%; no determinado 9.38%. Mutación EGFR positiva: 62.5%. Quimioterapia intravenosa previa: 59.37%,ITK en primera línea: 40.63%. ITK recibido: erlotinib: 53.13%; gefitinib:46.88%. RA presentes en el 65.63% de los pacientes totales; en el 70.59% y 60% de los pacientes con erlotinib y gefitinib, respectivamente. En ningún caso se suspendió el tratamiento por toxicidad y sólo en 5 de los pacientes tratados con erlotinib esta fue causa de reducción de dosis: 3 toxicidad cutánea, 1 gastrointestinal y otro, ambas. Mejor respuesta durante el tratamiento: RP en 62.83% del total de pacientes (52.94% y 73.33% de los tratados con erlotinib y gefitinib, respectivamente), EE en 34.14% del total de pacientes (41.18% y 26.67% de los tratados con erlotinib y gefitinib, respectivamente) y sólo PE en 1 paciente con erlotinib. Mediana de TLP en meses en total de pacientes: 9.24 (5.52-11.93); con erlotinib: 7.82(5.36-13.27) y con gefitinib, 10.59(7.46-12.82). Máximo SLP: 30.94 meses con gefitinib y 42.81 meses con erlotinib. La adherencia fue mayor del 90% en todos los pacientes excepto una de 88.24% con erlotinib. La mediana de adherencia fue 100(99.58-100)%, 100(95.21-100)% y 100 (100-100)% en el total de pacientes, erlotinib y gefitinib, respectivamente.

CONCLUSIONES: Ambos fármacos suponen una alternativa efectiva en el tratamiento del CPNM estadio IIIB/IV, dado que en todos los pacientes, excepto en uno, se produjo respuesta o estabilización de la enfermedad. La adherencia al tratamiento con estos ITK es muy alta a pesar de la significativa presencia de RA, que se corresponde con la contenida en sus fichas técnicas. Dado que su toxicidad ha implicado la disminución de dosis, sería interesante valorar la monitorización farmacocinética como herramienta para su manejo. Una limitación del estudio es la baja N a pesar del intervalo de tiempo recogido, que no permite la comparación entre ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

635. UTILIZACION DE PEMETREXED EN PRIMERA LÍNEA Y MANTENIMIENTO EN CANCER DE PULMON NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO AVANZADO.

AUTORES: Manzano Garcia M, Artacho Criado S, Haro Marquez Ca, Hidalgo Valenzuela B, Guzman Ramos Mi, Tristancho Perez A.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme. Carretera Cadiz S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de pemetrexed asociado a platino en primera línea de quimioterapia en cáncer de pulmón no microcítico no escamoso avanzado y el uso de pemetrexed en monoterapia en mantenimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico no escamoso que estuvieron en tratamiento con platino-pemetrexed en 1ª línea y/o pemetrexed en mantenimiento durante el 1 enero 2014 al 31 de diciembre 2014, incluidos los que hubiesen iniciado con anterioridad a ese período. El seguimiento se realizó hasta el 31 mayo 2015.

Las variables analizadas fueron: datos demográficos, paciente fumador, histología del tumor, estado funcional (ECOG), dosis de pemetrexed y número de ciclos, platino asociado, mantenimiento con pemetrexed, estado de la enfermedad (respuesta parcial, estabilidad), número de líneas de tratamiento posteriores, supervivencia libre de progresión (SLP), tipo de progresión y supervivencia global (SG).

Selección de pacientes: programa de prescripción electrónica Farmis®

Información clínica: historia clínica electrónica.

Análisis estadístico: programa SPSS® 21.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes con edad media 58+10 años (78,26% hombres) y 20/23 (86,96%) fumadores.

Histología: adenocarcinoma 22/23 (95,65%) y carcinoma de células grandes 1/23.

El 91,3% (21/23) presentaron ECOG 0-1, los dos restantes presentaron ECOG 2.

La dosis mediana de pemetrexed fue 900mg (IQR 915-850). El 73,91% recibieron cisplatino (el resto carboplatino).

La SLP mediana en el total de pacientes fue 4,07 meses (IQR:2,08-7,07).

El 43,48% de los pacientes (n=10) recibieron tratamiento de mantenimiento con pemetrexed, cuatro de ellos tras la inducción presentaron respuesta parcial y los otros seis estabilización de la enfermedad. El estado funcional al inicio del mantenimiento fue ECOG 0-1 en siete pacientes y ECOG 2 en tres pacientes. De los 10 pacientes, tres son largos supervivientes con un total de 73,49 y 17 ciclos de tratamiento hasta la fecha; los siete pacientes restantes recibieron entre 1 y 5 ciclos.

La mediana de SLP (n=10) fue de 7,12 meses (IQR:18,03-5,18). Sólo ha habido 4 éxitos y la SG mediana de éstos fue de 7,97 meses (IQR:8,67-6,97).

De los 10 pacientes, cuatro recibieron una segunda línea y uno además una tercera línea.

De los 23 pacientes, 13 no recibieron mantenimiento. De ellos solo cinco completaron los 4 ciclos de inducción y recibieron una 2ª línea (dos una 3ª línea). Los ocho restantes no completaron el tratamiento por progresión de la enfermedad (1-3 ciclos) y solo dos recibieron una segunda línea.

En los pacientes que solo recibieron inducción, la mediana de SLP (n=13) fue de 2,10 meses (IQR: 3,33-1,64) y la mediana de SG de los 12 pacientes que han sido éxitos hasta la fecha fue de 4,77 meses (IQR:7,87-2,10).

CONCLUSIÓN: El porcentaje de pacientes que recibió mantenimiento tras la inducción fue inferior al del ensayo clínico PARAMOUNT (43,5% frente a 57,4%).

En este subgrupo (n=10) la SLP mediana desde el inicio de la inducción fue algo superior a la obtenida en el ensayo clínico PARAMOUNT (7,12 frente 6,9 meses).

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1060. UTILIZACIÓN DE PLERIXAFOR PARA LA MOVILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS A SANGRE PERIFÉRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Alonso Castro V, Escudero Vilaplana B, Gonzalez Martin C, Basagoiti Carreño B, Sanchez Guerrero A. Hospital Universitario Puerta De Hierro. C/Manuel De Falla, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Estudiar la eficacia y seguridad del uso de plerixafor para la movilización y recogida de células madres hematopoyéticas a sangre periférica en un hospital de tercer nivel.

Plerixafor es un inhibidor selectivo y reversible del receptor de la quimiocina CXCR4 que bloquea la unión a la proteína SDF-1, favoreciendo la liberación de células madres hematopoyéticas ancladas a la médula ósea y su movilización a sangre periférica. Está indicado en combinación con un factor estimulante de colonias (G-CSF) para potenciar la movilización de células madres hematopoyéticas a sangre para su recogida y posterior trasplante autólogo en pacientes adultos con linfoma y mieloma múltiple cuyas células se movilizan con dificultad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo de pacientes en tratamiento con plerixafor desde su incorporación en la guía farmacoterapéutica del hospital (2009). Se registraron los siguientes datos: sexo; edad; dosis; número de días de administración, coste de tratamiento, paciente con linfoma, mieloma múltiple o donante sano, efectos adversos y eficacia del tratamiento.

Se considera eficaz el tratamiento con plerixafor si se consigue movilizar unos niveles de CD34+ > 10000/ml.

RESULTADOS: Se estudiaron 8 pacientes (100% hombres) con una edad media de 45.6 años (rango: 21-64 años): 1 paciente con mieloma múltiple, 4 con linfoma y 2 donantes sanos de receptor HLA idéntico (familiar). Todos recibieron una dosis de 0.24 mg/kg/día de plerixafor tras intentar sin éxito una movilización adecuada de células madres hematopoyéticas con G-CSF a una dosis de 10 µg/kg/día. La dosis media de plerixafor fue de 16,65mg (rango:15-21.36 mg) con una media de días de tratamiento de 2 días (rango:1- 4 días) y un coste medio de tratamiento de 12.315,46 €. No se registraron efectos secundarios en ningún paciente.

Al final de tratamiento con plerixafor, se consiguió movilizar unos niveles de CD34+ por encima de 10.000/ml en el 62.5% de los casos.

CONCLUSIONES: Plerixafor es un medicamento eficaz y bien tolerado para la movilización células madres hematopoyéticas a sangre periférica antes de un trasplante autólogo. Debido a su elevado impacto económico con respecto a otros tratamientos alternativos, en nuestro hospital su uso solo está justificado tras el fracaso de un tratamiento más coste-eficiente.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

612. UTILIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EN CÁNCER DE OVARIO

AUTORES: Casado Abad G, Sierra Muñoz A, Sobrino Jiménez C, Freire González M, Rodriguez Martín E, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVO: Describir la experiencia de uso de un protocolo de quimioterapia intraperitoneal (I.P.) en cáncer de ovario estadio III tras citorreducción óptima con tumor residual < 1cm en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con carcinoma de ovario estadio III con citorreducción óptima que han recibido o están recibiendo el protocolo de administración de quimio-

terapia intraperitoneal (I.P.) del grupo español de investigación de cáncer de ovario (GEICO) basado en el estudio GOG-172. El periodo comprende de Enero del 2007 a Mayo 2015.

Se localizaron las pacientes en el programa informático oncológico Oncofarm®. Se revisaron las historias clínicas de las mismas y se registraron los siguientes datos: edad, nº ciclos recibidos y toxicidades.

RESULTADOS: El número de pacientes fue 20 mujeres con una edad media de 51,1 años (rango: 33-71).

El esquema de quimioterapia consiste en: día 1, paclitaxel 175 mg/m² intravenoso (I.V.); día 2, cisplatino 100 mg/m² I.P. y el día 8, paclitaxel 60 mg/m² I.P. con su premedicación correspondiente. Son ciclos de 21 días con un total de 6 ciclos.

De las 20 pacientes, 2 (10%) continúan en tratamiento, 14 (70%) recibieron los seis ciclos completos y 4 (20%) no terminaron el tratamiento. Las que no finalizaron los seis ciclos, recibieron una media de 3, 5 ciclos (rango: 1-5). Las causas principalmente fueron por neurotoxicidad grado 2-3 en 3 pacientes (75%) y 1 (25%) por infección del catéter.

Del total de pacientes, a 6 (30%) se les redujo las dosis por las siguientes toxicidades: a 4 por neutropenia grado 3 y a dos de ellas además se les aplazó el tratamiento y a 2 por neurotoxicidad grado 2-3.

2 pacientes (10%) han fallecido, 6 (30%) han progresado y 14 (60%) están estabilizadas. La SG media fue de 31,5 meses y la SLP media de 26,6 meses.

CONCLUSIONES: La quimioterapia I.P. en pacientes con cáncer de ovario estadio III y cirugía óptima es más eficaz por esta vía que la I.V. ya que se alcanzan concentraciones mayores de los fármacos en la cavidad peritoneal y con un mayor tiempo de exposición.

Entre los inconvenientes se encuentran las toxicidades, problemas relacionados con el catéter y una mayor complejidad en la administración.

En nuestra experiencia la tolerancia al protocolo es buena existiendo además un protocolo asistencial con un adecuado tratamiento de soporte.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

214. UTILIZACION DE TENSIROLIMUS EN CANCER RENAL

AUTORES: Castillo Bazan E, Becares Martinez J, Panadero Esteban M, Arias Moya Ma, Forte Perez-Minayo M, Bonilla Porras M.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Avda Reyes Católicos S/N. Madrid. España

OBJETIVO: revisión de la eficacia y seguridad de los pacientes tratados con temsirolimus en nuestro hospital para el tratamiento del cáncer renal durante un periodo de 6 años de uso del medicamento (Enero 2009-Diciembre 2014)

El temsirolimus está autorizado en el tratamiento del carcinoma de células renales avanzado en aquellos pacientes tengan entre 3-6 criterios pronóstico: < 1 año desde diagnóstico, IK 60-70%; Hb < normalidad; Ca corregido > 10 mg/dl; LDH > 1.5 veces normalidad y > un área con metástasis.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes con cáncer metastásico renal tratados con temsirolimus en nuestro hospital desde su comercialización hasta diciembre del 2014. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: Edad, histología, ECOG, línea de tratamiento, número de ciclos recibidos; fecha de inicio y fin; Efectos adversos; y fecha de paso a paliativos o exitus.

RESULTADOS: Un total de 9 pacientes iniciaron tratamiento, con los siguientes resultados: mediana de edad: 73 años (rango 49-85 años); Histología: papilar (67%), células claras (22%) y otros (11%); ECOG de 0-1: 89%; 1ª línea de tratamiento: 100%; mediana de ciclos recibidos: 32.

En el momento de finalización del estudio: 5 pacientes habían fallecido (55%), 1 se encuentra en tratamiento y 3 pacientes lo finalizaron y están en tratamiento con otro fármaco.

La Mediana de supervivencia global (SG) de los pacientes que fallecieron (5) fue de 12 meses y la Mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) de todos excepto el que se encuentran en tratamiento (8) fue de 6,3 meses.

Los efectos adversos más comunes fueron. Neumonitis (1 paciente), Neumonía (2 pacientes), astenia en grado moderado (3 pacientes) y edemas e hiperglucemia (1 paciente). Todos condicionaron retrasos en el tratamiento excepto la astenia. En el paciente con edemas e hiperglucemia motivó la suspensión del tratamiento.

Todos los pacientes cumplían la indicación de la ficha técnica.

CONCLUSIONES: El tratamiento con el fármaco fue en general bien tolerado. Los efectos adversos más comunes están descritos en la ficha técnica: Neumonía y neumonitis. Causaron retrasos en el tratamiento pero no tuvieron consecuencias graves en nuestros pacientes. Un paciente tuvo que suspender el tratamiento por edemas e hiperglucemia.

Los resultados del EC pivotal de comercialización del temsirolimus mostraron unos resultados de SLP de 5,6 m y unos resultados de SG de 10,9 meses.

Los resultados en nuestros pacientes superan en 1 mes la SLP y la SG. No obstante, debemos añadir que los pacientes con una histología papilar tuvieron una mediana de SLP de 13,5 meses.

Podemos concluir que en nuestros pacientes el tratamiento con temsirolimus fue eficiente y seguro.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1098. UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE PACLITAXEL-NANOALBUMINA EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO

AUTORES: Garcia De Paredes Esteban Jc, Martínez Díaz C, Palomo Palomo C, Camean Castillo M, Gándara Ladrón De Guevara Mj, Fenix Caballero S.

Hospital Universitario De Puerto Real. Ctra. Nacional Iv, Km 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: Describir el perfil de utilización y el grado de tolerancia de paclitaxel-nanoalbumina (nab-P) asociado a gemcitabina en primera línea de tratamiento de pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo que incluía a todos los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas metastático que recibieron tratamiento quimioterápico en primera línea desde 01/01/2013 hasta 31/05/2015. A partir del programa de gestión de Citostáticos Farmis-Oncofarm V 2011.0.4.6®, se identificó a los pacientes, el sexo, la edad y el performance status (PS), así como el esquema de quimioterapia pautado y el número de ciclos recibidos. Para la valoración del grado de tolerancia de los pacientes que habían sido tratados con nab-P+gemcitabina, se identificaron las reacciones adversas medicamentosas, los motivos de reducción de dosis, retraso de ciclo y/o de suspensión del tratamiento a partir de la Historia de Salud Única Digital Diraya®. Se empleó la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE) v.4.0 del National Cancer Institute para la evaluación de la toxicidad.

RESULTADOS: Fueron incluidos un total de 14 pacientes (9 hombres y 5 mujeres), diagnosticados de cáncer de páncreas metastático y con quimioterapia en primera línea en el periodo del estudio. Del total de pacientes, 7 recibieron tratamiento con nab-P+gemcitabina con una media de edad de 65 años, todos con PS=1 al inicio del tratamiento y una media de 2,42 ciclos recibidos (promedio de 7 administraciones por paciente). Se administró gemcitabina semanal en monoterapia en 4 pacientes con una media de edad de 75 años, PS=2 en el 50% de los casos y una media de 5,5 administraciones. Los 3 pacientes restantes recibieron FOLFIRINOX (5-Fluorouracilo+oxaliplatino+irinotecan) con una media de edad de 53 años, PS=1 y una media de 4,3 ciclos recibidos.

En la valoración del grado de tolerancia del esquema nab-P+gemcitabina se cuantificaron un total de 9 reacciones adversas a medicamentos de grado ≥ 2 en 5 de 7 pacientes. Las reacciones adversas encontradas fueron 4 episodios de toxicidad hematológica (2 de anemia y 2 de neutropenia), 2 de neurotoxicidad, 2 de toxicidad digestiva (vómitos y estreñimiento) y un episodio de mucositis. En todos los episodios adversos descritos anteriormente se procedió a la correspondiente reducción de dosis y/o al oportuno retraso de la administración del ciclo según ficha técnica.

Los diferentes motivos por los que se suspendió definitivamente el tratamiento con nab-P+gemcitabina en 6 de los 7 pacientes incluidos fueron progresión de la enfermedad (N=2), empeoramiento del estado general de salud (N=2) y reacciones adversas a la medicación (N=2; edema macular-retinocoroiditis grado 1 y neurotoxicidad respectivamente). El séptimo paciente continúa en tratamiento activo.

CONCLUSIONES: La mitad de nuestros pacientes recibieron en primera línea el esquema nab-P+gemcitabina, con un perfil de utilización de pacientes con edad superior a 60 años y un PS=1.

En pacientes con igual PS y menor edad se utilizó FOLFIRINOX, reservando el esquema de gemcitabina en monoterapia para aquellos pacientes con una situación clínica más desfavorable.

El perfil de toxicidades encontrado es compatible con el descrito en el ensayo clínico pivotal.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

159. VALOR PREDICTIVO DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO EN LA RESPUESTA A ABIRATERONA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Tovar Pozo M, Escudero Vilaplana V, Ribed Sánchez A, Ibañez García S, Herranz Alonso A, Sanjurjo Saez M. Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid. c/Dr Esquerdo 46, 28007. Madrid. España

OBJETIVOS: Abiraterona fue el primer antiandrogénico oral aprobado para el tratamiento del cáncer de próstata metastático resistente a castración (CPRCm) post-quimioterapia.

Nuestro objetivo fue analizar la efectividad de abiraterona en la práctica clínica en un hospital terciario. Se evaluó el antígeno prostático específico (PSA) como variable predictiva de respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo longitudinal que incluyó a todos los pacientes adultos que iniciaron tratamiento con abiraterona para CPRCm tras docetaxel en el periodo de estudio (Enero 2012 - Octubre 2014). Se excluyeron a los pacientes incluidos en ensayos clínicos.

Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad), relacionadas con la enfermedad (performance status [ECOG], fecha de progresión y muerte) farmacoterapéuticas (dosis, fecha de inicio y fin de tratamiento y tratamientos previos para el CPRCm) y analíticas (PSA basal al inicio del tratamiento, PSA al mes 1, PSA al mes 3 y PSA al final de tratamiento).

La supervivencia libre de progresión (SLP) fue la variable de eficacia, analizada mediante el método Kaplan-Meier. Se realizó un análisis de la SLP por subgrupos estratificando por disminución $\geq 50\%$ del PSA al mes 1 y al mes 3 de tratamiento con el test de long-rank para estudiar el posible valor predictivo positivo del descenso de este parámetro en la efectividad del fármaco en estudio.

RESULTADOS: Se incluyeron 36 pacientes (mediana de edad 78 años [rango: 65 - 87]). El 83,3% presentaban un ECOG ≥ 1 . La mediana de PSA al inicio de tratamiento fue 60,6 mcg/L [rango: 6,5-756,0].

La mediana de tiempo en tratamiento fue de 7,1 meses (3,0 - 23,7), y ningún paciente sufrió reducciones de dosis (dosis inicial 1000mg/día). La mediana de SLP fue 7,5 meses (IC 95% 5,14 - 9,85).

Tras el primer mes de tratamiento un 16,7% de los pacientes sufrieron una disminución de PSA $\geq 50\%$, con una SLP de 8,4 meses (95%IC 5,1 - 11,8) frente a 7,2 meses (95%IC 5,1 - 9,2) de los pacientes que no presentaron esta reducción, $p=0,9$. Asimismo, al tercer mes de tratamiento un 38,8% presentaron una disminución de PSA $\geq 50\%$, con una SLP de 8,6 meses (95%IC 6,5 - 10,8) frente a 5,1 meses (95%IC 2,7 - 7,4) de aquellos que no presentaron esta reducción, $p=0,2$.

CONCLUSIONES: La SLP conseguida por abiraterona en la práctica clínica en el CPRCm es similar a los datos recogidos en ensayos clínicos. Aunque no se observó significación estadística, parece existir una relación entre la disminución de PSA al primer y tercer mes de tratamiento con una mayor eficacia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

142. VALORACIÓN DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS EN EL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES AVANZADO

AUTORES: Sastre Heres AJ, Iglesias Peinado I, García Díaz B, Peña Díaz J.

Hospital San Juan de Dios. Paseo Colón nº14. Zaragoza. España

OBJETIVO: Valorar la influencia de los factores pronósticos y predictivos en el cáncer de células renales avanzado (CCRa) identificados en la bibliografía y como objetivo secundario, elaborar un modelo de clasificación basado en los factores identificados y compararlo con los modelos ya existentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes con CCRa que iniciaron primera línea de tratamiento entre 2008 y 2011. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, histología, fecha de diagnóstico, de nefrectomía, fechas de inicio y fin de la primera línea, fecha de progresión, fecha de último seguimiento, índice de Karnofsky (IK), fosfatasa alcalina (FA), plaquetas (PAQ), neutrófilos (NEUT), linfocitos (LINF), índice de masa corporal (IMC) leucocitos, lactato deshidrogenasa (LDH), hemoglobina (Hb), albúmina (ALBU), ratio de neutrófilos/linfocitos, calcio corregido (CC), radio-terapia (Rx), intensidad de dosis recibida y número de metástasis. La valoración del potencial efecto de estas variables en el THP y en la SG se analizó mediante las curvas de Kaplan-Meier y con regresión de Cox uni y multivariante. En el análisis multivariante se incluyeron las variables con un nivel de significación $p < 0,01$ en el análisis univariante. Para el modelo multivariante se tomó como valor estadísticamente significativo $p < 0,20$. Posteriormente se redujo a 3 grupos a partir del comportamiento observado en las curvas de Kaplan-Meier. La comparación de los diferentes modelos se realizó mediante el área bajo la curva (AUC) a partir del modelo propuesto por Heagerty. El seguimiento de pacientes finalizó en Julio de 2013. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del programa Oncofarm®. Para el análisis de supervivencia se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS: 71 de los pacientes fueron tratados en primera línea con sunitinib (80,7%) y 17 con temsirolimus (19,3%). Al finalizar el seguimiento continuaban con tratamiento activo 12 pacientes. Del conjunto de variables incluidas en el análisis multivariante, las siguientes fueron incluidas finalmente en el modelo de clasificación propio: nefrectomía previa al inicio del tratamiento sistémico, IK 400 K/ μ L y ≥ 2 metástasis. Se ajustó el modelo en 3 grupos: grupo de buen pronóstico 0 factores de riesgo (2 pacientes, 2,4%), grupo intermedio con 1 o 2 factores de riesgo (68 pacientes, 81,9%) y grupo de mal pronóstico con > 2 factores de riesgo (13 pacientes, 15,7%). Este nuevo modelo presentaba una AUC promedio de 0.654, presentando una mejor predicción a corto plazo comparado con el

resto de modelos exceptuando el modelo de Escudier, pero peor que la mayoría en la predicción a largo plazo (AUC 0.608-0.674). Respecto a la capacidad de predicción del THP, nuestro modelo presenta una AUC de 0.617, similar a la mayoría de los modelos presentes en la bibliografía (AUC 0.596-0.627)

CONCLUSIONES: Al comparar el modelo propio con los otros modelos publicados, observamos que presenta una buena capacidad pronóstica (mSG) y predictiva (mTHP) a corto plazo, mejor que la mayoría de modelos publicados, sin embargo es inferior a largo plazo en comparación a la mayoría de modelos. Todo ello unido a una distribución muy heterogénea de pacientes, un bajo tamaño muestral y falta de validación externa, limita la relevancia y utilidad que el modelo creado pueda tener en comparación con los modelos ya existentes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

588. ¿EXISTE UNA SOBREPREScripción DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO?

AUTORES: Pujal Herranz M, Cantón Codina M, Figeroa Santamonica S, Broto Sumalla T, Martinez Gonzalvo G, Roure Nuez C.

Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Ctra Torrebónica S/N 08227. Barcelona. España

OBJETIVO: La sobreprescripción de fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBPs) queda evidenciada en diversos estudios tanto en el ámbito de atención primaria como en el hospitalario. En el paciente oncológico sólo existe una indicación añadida a las habituales de los IBP en el tratamiento coadyuvante de las náuseas y/o vómitos inducidos por quimioterapia en pacientes con dispepsia. Los principales efectos adversos del uso prolongado de IBPs son hipomagnesemia, aumento de fracturas y neumonías por aspiración. Estos efectos secundarios pueden perjudicar la calidad de vida del paciente oncológico que con frecuencia presenta alteraciones electrolíticas por deshidratación o citostáticos y/o metástasis óseas e inmunodepresión. No deben subestimarse las posibles interacciones farmacológicas con el tratamiento oncoespecífico, tanto a nivel metabólico como de absorción gastrointestinal por alteraciones del pH gástrico. Por este motivo, la validación de la adecuación del uso de IBPs en estos pacientes tiene un papel relevante tanto en la simplificación del tratamiento como en la eficacia y seguridad de la terapia oncoespecífica. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia del uso de IBPs en el paciente oncohematológico y el grado de adecuación de la indicación de estos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de prevalencia de uso y adecuación de IBPs en pacientes oncológicos y hematológicos en tratamiento oncoespecífico de dispensación ambulatoria. Se incluyen en el estudio los pacientes activos en tratamiento oncoespecífico al inicio del estudio (diciembre 2014) y los que inician a lo largo de los 6 meses siguientes (hasta mayo 2015). Se revisa el tratamiento farmacológico habitual a través del registro de receta electrónica para identificar si están en tratamiento con IBP. Se realiza una adaptación para el paciente oncohematológico del protocolo de uso racional de IBPs de nuestro centro en consenso con el Servicio de Oncología y Hematología. En base a este protocolo se analiza la adecuación de la indicación del IBP en aquellos pacientes en tratamiento activo mediante la información clínica extraída del gestor clínico hospitalario y de atención primaria.

RESULTADOS: Se incluyen en el estudio un total de 111 pacientes en tratamiento oncoespecífico ambulatorio (71 oncológicos y 40 hematológicos con medias de edad de 65 y 75 años, respectivamente). El 56% y el 63% de los pacientes oncológicos y hematológicos, respectivamente están en tratamiento simultáneo con IBPs. El 88% de los pacientes hematológicos en tratamiento activo con un IBP tienen una indicación adecuada (72% gastroprotección; 14% patología digestiva; 14% ambas), mientras que en los oncológicos sólo en el 28% de los pacientes se ha podido justificar su indicación (91% gastroprotección; 9% patología digestiva).

CONCLUSIONES: Estos datos sugieren que el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP con indicación no adecuada es elevado entre la población oncológica. Algo diferente sucede entre la población oncohematológica donde el estándar de edad avanzada junto con el uso de fármacos de gastrolesividad elevada para enfermedades cardiovasculares justifica el uso del IBP en la mayoría de los casos. Es importante que el farmacéutico detecte desde las consultas externas aquellos pacientes con indicación inadecuada de IBP y sugiera una deprescripción para evitar los potenciales efectos adversos derivados de su uso prolongado en la población oncológica.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

712. ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES COMO GASTROPROTECTORES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. INTERVENCIONES DE DESPRESCRIPCIÓN.

AUTORES: Barbadillo Villanueva S, Alamo Gonzalez O, Oca Luis B, Fernández Piñeiro N, Fernández Vicente M, Cabia Fernández L.

Hospital Universitario De Burgos. Avda. Del Cid, S/N. Burgos. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) como gastroprotectores en un centro sociosanitario, aplicar una herramienta de desprescripción y analizar el impacto de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un algoritmo para la discriminación del uso correcto de IBPs como gastroprotectores a partir de una revisión bibliográfica en fuentes primarias. Dichas fuentes recomendaban los IBPs en caso de uso de fármacos gastrolesivos -antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antagonistas de la vitamina K, antiagregación con ácido acetilsalicílico, corticoides sistémico (con consideraciones particulares en algunos fármacos)- y además presentar algún factor de riesgo: edad mayor de 65 años, historia de úlcera o algún fármaco gastrolesivo más.

A través del módulo de unidosis se obtuvo el listado de pacientes con prescripción de IBPs. Se revisó la historia clínica informática de estos pacientes: aquellos con patología digestiva tributaria de tratamiento con IBPs fueron excluidos y en los residentes en los que el algoritmo detectó una incorrecta utilización de IBPs se averiguó el motivo de la indicación inicial del IBP y qué cambios se habían dado en la situación del residente para no ser necesaria la gastroprotección.

Se elaboró un informe final que recogía los motivos que llevaban a la recomendación de discontinuar el IBP en dichos residentes.

Al cabo de dos semanas se analizó el impacto de la intervención.

RESULTADOS: 147 residentes mayores de 65 años, 96 (65%) con IBP prescrito, 17 susceptibles de suspensión. Los motivos de indicación de gastroprotección por orden de frecuencia fueron: consumo de AINEs a temporadas por poliartrosis (6), desconocido (4), desescalado de doble antiagregación (3), molestias digestivas por administración de hierro (2), a partir de hospitalización por procesos agudos (2).

La suspensión se hizo efectiva en 6 residentes (35%).

Los motivos de mantenimiento de los 11 residentes restantes por orden de frecuencia fueron: no justificado (8), dispepsia mal controlada (2), AINEs a demanda (1), patología psiquiátrica que imposibilitaba la retirada (1). Se evidencia un 72,7% de casos sin justificación para la no retirada.

CONCLUSIONES: El algoritmo detectó una correcta utilización de los IBPs en el 82,5% de los casos que pone de manifiesto un uso adecuado en nuestra muestra. Se trata de una población envejecida con comorbilidades en la que los fármacos gastrolesivos son muy prevalentes. En una población más joven la intervención probablemente tuviera más efecto.

A pesar de lo justificado de las recomendaciones de retirada de IBPs sólo se consiguió en un 35%, un porcentaje menor del esperado. Tanto la calidad y la presentación de la información como la predisposición del prescriptor son puntos clave en el resultado de la intervención.

Los IBPs son fármacos susceptibles de sobreutilización, casi siempre sin una clara indicación terapéutica. Esto se ve acusado en ancianos institucionalizados por el efecto "placebo" y la pasividad al recibir la medicación.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

535. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ANCIANOS DE RESIDENCIAS SOCIOSANITARIOS CON INSUFICIENCIA RENAL

AUTORES: Serrano Pérez A, Carrillo Acevedo L, Barajas Santos Mt, Blazquez Bea M, Marin Gorricho R, Casajus Navasal A.

Hospital San Millan-San Pedro. Piqueras 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: -Describir la prevalencia de Insuficiencia Renal (IR) en ancianos de 6 residencias sociosanitarias vinculadas a un Servicio de Farmacia Hospitalario.

-Revisar el tratamiento farmacológico en pacientes ancianos con filtrado glomerular (FG) inferior a 50 ml/min/1,73 m²

-Describir las posibles intervenciones farmacéuticas para el posterior ajuste del tratamiento farmacológico a función renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, realizado en Mayo de 2015 en 6 centros sociosanitarios (941 residentes). Se incluyeron los residentes mayores de 65 años, con un FG

RESULTADOS: Se revisó la función renal de 941 residentes, de los cuales el 14,9% (141) cumplían los criterios de inclusión. La media de edad de nuestra población fue de 88,28 ± 5,85 años y un 68,1%(96) fueron mujeres. De estos pacientes un 85,1% (120) presentaban IR moderada (FG= 50-30 ml/min/1,73 m²), 11,3% (16) IR grave (FG= 29-15) ml/min/1,73 m² y fallo renal (FG

Se revisó el tratamiento farmacológico y el 91,5% (129) de los pacientes llevaban prescrito algún FRR. En total llevaban prescritos 1326 medicamentos, de los cuales el 18,25% (242) correspondían a FRR. El 43,8% (106) de los fár-

macos estaban debidamente ajustados, el 33,8% (82) precisaban precaución en IR y en un 22,3% (54) era necesario una adecuación del tratamiento a función renal.

Los principales grupos de fármacos que necesitaban ajuste posológico fueron: analgésicos (22,2%), antidiabéticos (18,5%), antibióticos (13%), pentoxifilina (7,4%), antihistamínicos (5,6%), estatinas (5,6%) y antieméticos (5,6%) Dentro del grupo de fármacos que requerían precaución en IR destacar: suplementos de calcio y vitamina D (27,2%), antidepresivos (22,2%), insulina (9,9%), suplementos de potasio oral (6,2%) y antipsicóticos (3,7%).

CONCLUSIÓN: -Con el envejecimiento se producen cambios funcionales y estructurales en el riñón, cuyo denominador común es la disminución de la reserva funcional renal, lo que refuerza la necesidad de realizar un adecuado cribado en esta población.

-La prevalencia de pacientes ancianos con función renal alterada es elevada, aproximadamente uno de cada 7 (14,9%) presentaban un FG

-El 91,5% de los pacientes llevaban prescrito algún fármaco de riesgo renal y de estos el 22,3% precisaban un ajuste posológico.

-Consideramos que es importante hacer un seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes, adecuando los tratamientos a función renal, ya que la mayoría de los fármacos revisados fueron tratamientos crónicos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

497. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Monteagudo Martínez N, Lerma Gaude V, Plata Paniagua S, Romero Candel G, Diaz Rangel M, Marco Del Río J.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. C/Hermanos Falcó 37. Albacete. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con fampridina en un grupo de pacientes con esclerosis múltiple (EM) a los 14 días y a los 45 días tras iniciar el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el ámbito de un hospital terciario.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de EM que habían iniciado tratamiento con fampridina (10 mg/12h vía oral) durante el año 2014.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tipo de EM, escala expandida del estado de discapacidad (EDSS), la prueba cronometrada de la marcha de los 25 pies (7,5 metros; T25FW) a los 0, 14 y 45 días de iniciado el tratamiento y las reacciones adversas (RA) que aparecieron. Los pacientes que no disponían medida del T25FW se excluyeron del análisis por no poder compararse con el basal. Se consideró el tratamiento efectivo cuando hubo una mejoría igual o superior al 20% en el test T25FW respecto al valor basal a los 14 y 45 días. Las fuentes de información consultadas para la recogida de datos fueron: la historia clínica electrónica Mambrino XXI[®] y el módulo de Gestión de pacientes externos de la aplicación Farmatools[®]. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa informático Microsoft Excel[®] 2010.

RESULTADOS: Un total de 50 pacientes (58% mujeres) iniciaron tratamiento con fampridina durante el periodo de estudio. La edad media fue de 47 años (DE:9,54), la media de EDSS fue 5,98 (DE:1,08). En 4 pacientes no se halló registro de medición basal de T25FW, en 3 de ellos motivado por la incapacidad de terminar la prueba. Un 48%(24/50) tenía EM Remitente Recurrente; 28%(14/50) EM Primaria Progresiva; 24%(12/50) EM Secundaria Progresiva. La mediana T25FW basal antes de iniciar el tratamiento fue de 11,24segundos (s) en 46 pacientes (RIC 7,66-23,30s).

Un 8,7% (4/46) de los pacientes no continuó el tratamiento tras los 14 días iniciales por no presentar mejoría significativa. A los 14 días la mediana de T25FW fue 10,43s (RIC 7,84-23,30s) en 46 pacientes y a los 45 días fue de 7,16s (RIC 5,50-14,79s) en los 32 pacientes que habían continuado. En nuestra población de estudio, fampridina resultó ser efectiva en el 43,5%(20/46) de los pacientes a los 14 días de iniciar el tratamiento y en 55,5%(20/32) a los 45 días.

En general, el fármaco fue bien tolerado y las reacciones adversas escasas, el 4% de los pacientes (2/50) presentaron molestias gastrointestinales, dolor de cabeza e insomnio. Por cuestiones de intolerancia, en un paciente se redujo dosis a 10 mg/24h, y se suspendió el tratamiento en otro.

CONCLUSIONES: Fampridina mejoró la capacidad de la marcha en más de un tercio de los pacientes de nuestra población de estudio.

Las RA afectaron a un bajo porcentaje de pacientes y en general el tratamiento fue bien tolerado.

Se necesitan estudios a largo plazo, prospectivos y revaluaciones periódicas del tratamiento para asegurar su eficacia y seguridad.

No existe conflicto de intereses.

1158. ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Liras Medina Á, Martínez Nuñez Me, Aragón Díez Á, Rodríguez Heredia Jm, Molina García T. Hospital Universitario De Getafe. Carretera De Toledo, Km. 12,500. Madrid. España

OBJETIVOS: La cada vez más amplia variedad de fármacos biológicos disponibles para la artritis reumatoide (AR) hace que sea complicado seleccionar el tratamiento más adecuado para comenzar una vez que los pacientes han utilizado los FAME tradicionales. También es conocida la pérdida progresiva de respuesta al tratamiento, que eventualmente obliga a cambiar el fármaco biológico empleado. En la actualidad se considera que no existe superioridad de ninguna terapia biológica sobre otra en términos de eficacia y seguridad, más allá de que determinadas comorbilidades del paciente desaconsejen el uso de alguna de ellas en particular, por lo que la posible diferencia en la persistencia del tratamiento de primera línea podría resultar un factor determinante en su elección. El objetivo será determinar cuál es el fármaco que presenta una mayor durabilidad en pacientes que no han recibido ninguna otra terapia biológica previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyen todos los pacientes con artritis reumatoide que han estado en tratamiento con fármacos biológicos en los últimos 6 años (junio 2009 – mayo 2015 ambos inclusive). Se registran datos demográficos, la terapia biológica que recibió como primera línea, así como las fechas de inicio y de finalización de este tratamiento, siempre que el cambio de fármaco fuese debido a la pérdida de eficacia. Se define durabilidad de la primera línea de tratamiento al periodo de tiempo comprendido desde el inicio del mismo hasta el cambio y/o interrupción por pérdida de respuesta. Criterios de exclusión: menores de edad, pacientes que recibieron rituximab como primera línea, suspensión por deseo gestacional o embarazo, intolerancia y/o toxicidad y pérdidas en el seguimiento. Tampoco se incluyen los pacientes que actualmente siguen recibiendo su primera línea de tratamiento biológico. Se calcula la duración media de cada uno de los fármacos utilizados como primera línea de tratamiento: abatacept, adalimumab, certolizumab, etanercept, infliximab, golimumab, infliximab y tocilizumab.

RESULTADOS: Se incluyeron 209 pacientes, de los cuales 108 continúan con su primera línea de tratamiento activo. Los pacientes excluidos fueron 4 por traslado a otro centro, 1 por ingreso, 1 por embarazo, 1 menor de edad y 2 por causa desconocida. Otros 11 pacientes se descartan por intolerancia y/o toxicidad. Se incluyeron en el análisis 81 pacientes, con una edad media de 56,9 años, 78,3% mujeres. La durabilidad por fármaco fue: abatacept (11 meses, n=1), adalimumab (29 meses, n=37), certolizumab (7 meses, n=5), etanercept (29 meses, n=20), golimumab (7 meses, n=3), infliximab (25 meses, n=14) y tocilizumab (9 meses, n=1).

CONCLUSIONES: Adalimumab, etanercept e infliximab son los fármacos que cuentan con un número de pacientes suficiente para poder comparar la durabilidad, siendo similar entre ellos. La persistencia del resto de fármacos queda probablemente infraestimada debido al gran número de pacientes que actualmente continúan en tratamiento con su primer biológico, y que implica que sólo dispongamos de información en los casos en que la eficacia se perdió en poco tiempo cuando se utilizaron como primera línea. Un seguimiento prospectivo de este grupo de pacientes podría arrojar luz y permitirnos comparar todos los biológicos en igualdad de condiciones.

92. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES INADECUADAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: Escolano Pueyo A, Pérez Díez C, Arrieta Navarro R, Revuelta Mínguez Mp, Uriarte Pinto M, Abad Sazatornil Mr.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica 1,3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Detectar y analizar las prescripciones inadecuadas (PI) en pacientes institucionalizados mediante los criterios de Beers y la escala de riesgo anticolinérgico ARS (Anticholinergic Risk Scale).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en un centro sociosanitario de 200 camas. Se estimó la prevalencia de PI mediante 2 tipos de criterios: escala ARS (Anticholinergic Risk Scale), que evalúa el riesgo potencial de los fármacos de desarrollar un efecto adverso anticolinérgico y criterios de Beers. Variables recogidas: sexo, edad y nº de fármacos prescritos. Fuente de datos: prescripciones médicas obtenidas mediante el programa informático Farmatools®.

RESULTADOS: 178 pacientes. 59,0% mujeres. Media de edad 85,6±9,6 años (rango 54-104). Cada paciente tenía prescritos una media de 9,4±3,6 fármacos (rango 2-20). Globalmente en 134 pacientes (75,3%) se detecta alguna PI. Según la escala ARS, en 116 pacientes (65,2%) se detectó al menos una PI, 146 fármacos en total, los cuales con

riesgo grado 1 fueron: 30 pacientes (25,9%) con haloperidol, 26 (22,4%) con quetiapina, 24 (20,7%) con risperidona y 24 con trazodona, 10 (8,6%) con mirtazapina, 8 (6,9%) con metoclopramida, 7 (6,0%) con levodopa-carbidopa, 2 (1,7%) con paroxetina y 1 (0,9%) con entacapona, 1 con pramipexol y 1 con ranitidina. Con riesgo grado 2 : 4 (3,4%) con olanzapina, 2 (1,7%) con baclofeno y 1 (0,9%) con clozapina, 1 con loperamida y 1 con tolterodina. Con riesgo 3: 2 (1,7%) con hidroxizina y 1 (0,9%) con butilescopolamina. La media del riesgo anticolinérgico que presentaron los pacientes fue de $1,73 \pm 0,84$.

Según los criterios de Beers, en 42 pacientes (23,6%) se detectó al menos una PI, 47 fármacos en total, los cuales fueron de severidad alta: 10 pacientes (21,3%) con parafina líquida y otros 10 con benzodiacepinas de acción larga, 5 (10,6%) con amiodarona, 4 (8,5%) con nifedipino de liberación normal y 2 (4,3%) con antihistamínicos de 1ª generación. Con severidad baja: 10 pacientes (21,3%) con sulfato ferroso, 5 (10,6%) con digoxina y 1 (2,1%) con doxazosina.

CONCLUSIONES: Un porcentaje muy importante (75,3%) de los pacientes institucionalizados tienen prescrito un fármaco considerado como inadecuado.

La revisión sistemática de los tratamientos aplicando los criterios de Beers y la escala ARS permite detectar prescripciones inadecuadas y llevar a cabo intervenciones para optimizar la farmacoterapia.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

547. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN LOS PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA: CRITERIOS STOPP Y DE BEERS Y FÁRMACOS CON RIESGO ANTICOLINÉRGICO

AUTORES: Escolano Pueyo A, Arrieta Navarro R, Casajús Lagranja P, Revuelta Mínguez Mp, Pérez Díez C, Abad Sazatornil Mr.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica 1,3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Analizar mediante 3 escalas diferentes la adecuación de las prescripciones médicas al ingreso en pacientes ancianos hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna (MI) en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ancianos (≥ 75 años) ingresados en MI en abril de 2015. Se aplicaron 3 tipos de criterios para la determinación de las prescripciones inadecuadas: STOPP (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions), BEERS y la escala ARS (Anticholinergic Risk Scale) para evaluar el riesgo potencial de los fármacos de desarrollar un efecto adverso anticolinérgico. Variables recogidas: sexo, edad, nº de fármacos prescritos al ingreso, procedencia domicilio/institucionalizado. Fuente de datos: informes de ingreso en urgencias, programa Farmatools®, historia clínica electrónica.

RESULTADOS: 73 pacientes. 65,8% varones. Media de edad $85,01 \pm 6,50$ años (rango 75-100). Cada paciente tenía prescritos una media de $8,74 \pm 4,30$ fármacos (rango 0-24). El 16,4% de los pacientes estaba institucionalizado y el 83,6% vivía en su domicilio. El 11,0% falleció durante el ingreso y el 16,4% permanecía ingresado al final del estudio. De forma global en 39 pacientes (53,4%) se detecta alguna PI. Según los criterios STOPP, en 25 pacientes (34,3%) se detectó al menos una PI, 33 en total, las cuales fueron la prescripción de: 10 neurolépticos como hipnóticos, 7 β -bloqueantes en pacientes con Diabetes Mellitus, 3 AAS a dosis $>150\text{mg}/24\text{h}$ y 1 con riesgo hemorrágico, 3 diltiazem en insuficiencia cardiaca, 3 diuréticos del asa en monoterapia en tratamiento de 1ª línea de la hipertensión arterial, 2 benzodiazepinas de larga semivida de eliminación, 2 usos prolongados de opioides, 1 digoxina en insuficiencia renal crónica y 1 calcio-antagonista en paciente con estreñimiento crónico. Según los criterios de Beers, en 9 pacientes (12,3%) se detectó una PI, 10 en total, los cuales fueron 6 de severidad alta: 3 pacientes con amiodarona, 2 diazepam y 1 con clonazepam; y 4 de severidad baja: 3 con digoxina y 1 con doxazosina.

Según la escala ARS 23 pacientes (31,5%) tenían prescrito al menos un fármaco con riesgo anticolinérgico al ingreso, 29 fármacos, y 13 de ellos (56,5%) presentó al menos un síntoma anticolinérgico. Los fármacos con riesgo potencial anticolinérgico grado 1 fueron: 5 pacientes con ranitidina; 5 con trazodona y 5 con quetiapina; 3 con mirtazapina y 3 con haloperidol; 2 con risperidona y 2 con levodopa-carbidopa; 1 con pramipexol y 1 con paroxetina. Grado 2: 1 paciente con baclofeno y 1 con olanzapina.

La media del riesgo anticolinérgico que presentaron los pacientes fue de $1,34 \pm 0,74$.

CONCLUSIONES: Un porcentaje muy importante (53,4%) de los pacientes ancianos que ingresan en MI tiene prescrito un fármaco considerado como inadecuado. Debe considerarse, por lo tanto, tener en cuenta la integración de estos criterios tanto en la prescripción médica como la validación farmacéutica para evitar reacciones adversas y optimizar el tratamiento de este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

540. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES Y DE LA TERAPIA ANTIINFECCIOSA INTRAVENOSA ADMINISTRADA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: Martínez Casal X, Rodríguez Sánchez JI, Otero Espinar FJ, López Gutiérrez XI, Prieto Caamaño J, Alves Senra O.

Hospital Virxe Da Xunqueira De Cee. Paseo Do Alcalde Pepe Sanchez, Nº 7.. A Coruña. España

OBJETIVO: Análisis de las principales infecciones producidas en un centro sociosanitario (CSS) así como de la terapia antiinfecciosa intravenosa (TAI) prescrita y administrada en un CSS donde se encuentran insitucionalizados pacientes de edad avanzada pluripatológicos y polimedificados, a los que se le realiza la prestación farmacéutica ambulatoria desde un servicio de farmacia hospitalario (SFH).

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de 20 meses de duración (agosto 2012 - abril 2014) en el que se registran los antibióticos intravenosos prescritos y administrados en la unidad de cuidados especiales (UCE) del CSS de 150 plazas. Se registra la indicación, tipo de antibiótico administrado (dosis, posología y duración del tratamiento), uso de antibiograma previo a la prescripción, y necesidad de ajuste renal.

RESULTADOS: A lo largo del periodo de estudio estuvieron ingresados un total de 365 residentes. Se dispensaron 61 tratamientos de TAI (23 en hombres, 38 en mujeres) con una duración media de tratamiento de $7,33 \pm 3,02$ días. 25 tratamientos ($7,60 \pm 3,39$ días) fueron prescritos en el propio CSS y 36 tratamientos ($7,14 \pm 2,76$ días) fueron prescritos por facultativos del hospital de referencia (Medicina interna, urgencias o consultas externas) pero administrados en el CSS. Tipología de infección: 63,93% (39 casos) fueron infecciones urinarias no complicadas ($7,67 \pm 2,11$ días), 26,22% (16 casos) infecciones respiratorias ($6,06 \pm 3,32$ días), 9,83% (6 casos) otro tipo de infecciones (tejidos blandos y entérica; $9,60 \pm 5,86$ días). Los antibióticos iv empleados han sido penicilinas (45,90%), cefalosporinas (32,79%), aminoglucósidos (11,48%) y quinolonas (9,84%). En el 63,93% se recurrió al antibiograma previamente a la prescripción (n=29; 16 hombres y 23 mujeres) aumentando el conocimiento sobre la sensibilidad de los microorganismos. En el 44,26% de los casos se recomendó ajuste renal para la dosificación del antibiótico iv en el CSS, así como la realización de una nueva analítica con valores de creatinina (FG.) a los 2-3 días del inicio a través del centro de salud. En todas las administraciones se entregó información escrita al personal de enfermería del CSS sobre la manipulación del fármaco (reconstitución, dilución, estabilidad) así como para su correcta administración.

CONCLUSIONES: Conocer la etiología de las principales infecciones en un CSS, así como la sensibilidad de los principales agentes etiológicos facilita el desarrollo de guías de tratamiento ajustadas a la realidad local de cada CSS. Ello facilita un mayor conocimiento en el manejo de la terapia intravenosa por parte del personal de enfermería del CSS, lo que redundará en una mayor seguridad y calidad en todo el proceso de administración segura de TAI en el CSS. De esta forma se consigue un mejor ajuste del stock de antibióticos iv necesarios en el CSS.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

930. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE MEDICACIÓN DURANTE EL INGRESO EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

AUTORES: Pérez López R, García González D, Beunza Sola M, Malpartida Flores M, Pablos Hernández C, Calvo Hernández Mv.

Complejo Asistencial De Salamanca. Pº San Vicente, 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Analizar quién interviene, cómo interviene y qué medicamentos están implicados en los cambios de tratamiento (CT) respecto a la medicación domiciliaria, que se producen durante el ingreso en una Unidad de Orto geriatria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado entre el 30 de abril y el 8 de junio de 2015 mediante la presencia física del farmacéutico e implicado en la toma de decisiones consensuadas junto con el equipo asistencial en los CT.

Para la obtención de datos se utilizaron los programas informáticos de Gestión de Recetas Médicas de Atención Primaria y de validación farmacéutica del hospital, la revisión de la historia clínica manuscrita y la entrevista clínica al paciente/cuidadores.

Se registraron en Microsoft Access®:

- Datos demográficos de los pacientes (identificación, edad y sexo).
- Nombre y posología de los medicamentos.
- Persona que propone los CT (Farmacéutico, Geriatra o Traumatólogo) .

-Intervenciones que se realizaron al respecto.

Asimismo, dichas intervenciones se clasificaron en subgrupos:

- 1) Sustitución: medicamento no incluido en la Guía Farmacoterapéutica del hospital (MNIG) o medicamento más adecuado (eficiencia, anciano frágil o situación clínica al ingreso).
- 2) Modificación posológica: mayor/menor dosis y/o frecuencia de administración debido a la situación clínica al ingreso o cambió en la administración (horario y/o vía)
- 3) Suspender: previo a cirugía o medicamento innecesario (escasa utilidad terapéutica, duplicidad o no prescrito)
- 4) Otros: Inicio/omisión de medicamento necesario y monitorización farmacoterapéutica.

RESULTADOS: Se registraron 189 CT, en 58 pacientes (42 mujeres, 16 hombres) con una media de edad de 86 (8) años. Se obtuvo una media de 3,7 (1,6) CT por paciente y 6,2 (2,2) por día laboral.

En cuanto a la persona que propone/interviene fue el farmacéutico en 118 (62,1%) ocasiones, geriatra en 40 (21,6%) y traumatólogo en 31 (16,3%).

Las intervenciones más frecuentes propuestas por el farmacéutico fueron:

- A) La sustitución de un MNIG en 39 de los 46 CT en total por éste motivo, mayoritariamente ARA-II en 19 de los CT y estatinas en 8
- B) Evitar la omisión de un medicamento necesario en 19 ocasiones, fundamentalmente psicofármacos en 6 casos, antidecencia en 4 y antiglaucoma en 3.
- C) La monitorización farmacoterapéutica en 8 de los 12 CT en los que estaba implicada digoxina en 6.

El geriatra realizó principalmente:

- A) Cambios en la posología adaptada a la situación clínica al ingreso en 16 de los 20 CT, antihipertensivos en 9 CT y antidiabéticos en 7
- B) Sustitución por medicamentos más adecuados en el anciano frágil en 10 de los 12 CT, de los cuales 8 eran psicofármacos.

El traumatólogo intervino básicamente en suspender un medicamento previo a intervención quirúrgica en 29 de los 34 CT, antitrombóticos en 14 ocasiones y en 7 antidiabéticos orales.

CONCLUSIÓN: El farmacéutico integrado en el equipo asistencial en una Unidad de Hospitalización participa activamente en los cambios de tratamiento durante el ingreso respecto a la medicación domiciliaria, principalmente mediante la sustitución de MNIG. Entre los grupos de medicamentos que más frecuentemente fueron cambiados se encontraban los antihipertensivos, antitrombóticos, antidiabéticos y los psicofármacos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

498. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: López Lunar E, Provencio Arranz RM, Carrascosa Bernáldez JM.

Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. C/ Aragón s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Descripción de los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados en pacientes con trastorno mental grave (TMG) institucionalizados, las intervenciones realizadas por el farmacéutico y las mejoras implantadas a partir de su análisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo llevado a cabo de febrero a diciembre de 2014 en un Hospital psiquiátrico de media-larga estancia de 194 camas con Historia clínica electrónica (HCE).

El farmacéutico revisa los tratamientos farmacológicos diariamente y cuando detecta PRM se realizan recomendaciones a través de correo electrónico. Las intervenciones farmacéuticas (IF) se recogen en una base de datos siguiendo el método IASER, junto con los datos demográficos, número de medicamentos, fármacos implicados, prescriptor, y resultado de la IF. Se utilizó SPSS 21 para el análisis de las variables.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se detectaron 187 PRM que afectaban a 103 pacientes (50,5% mujeres). Edad media 58,4 (DS 15,4) años. Número medio de fármacos por paciente 11,4 (DS 3,8). Los PRM fueron potenciales (59,4%) o reales (40,6%), y se clasificaron en 4 categorías, que por orden de frecuencia fueron: seguridad (44,4%), efectividad (38%), indicación (13,9%) y adherencia (3,7%).

Los tipos de PRM identificados fueron: reacción adversa 29,9 % (56), seguido de medicamento inadecuado 19,8% (37), infradosificación 18,2% (34), sobredosificación 13,4% (25), incumplimiento 13,9% (26) y medicación innecesaria 3,7% (7).

Las causas más frecuentes de PRM correspondieron a: interacciones 56 (29,9%), efecto adverso 26 (13,9%), dificultad de administración 26 (13,9%) y dosis/intervalo inadecuado 21 (11,2%).

Los medicamentos más frecuentemente implicados en los PRM fueron los del sistema nervioso central (52,8%), principalmente los antipsicóticos atípicos (14,29%), antipsicóticos típicos (9,09%), antiepilépticos (8,23%) y anti-depresivos (7,79%); seguidos de los fármacos del tracto alimentario y metabolismo (19,48%) y antiinfecciosos para uso sistémico (9,96%).

Las IF se clasificaron en acciones correctivas 153 (81,8%) y acciones preventivas 34 (18,2%), siendo las recomendaciones más frecuentes cambiar a vía/método de administración más seguro/efectivo 29,4% (55), iniciar monitorización 23,5% (44) y aumentar/disminuir dosis 11,2% (21).

En el 50,3% de los casos las IF fueron realizadas al médico internista y en el 49,7% al psiquiatra. Fueron aceptadas en un 61% de los casos (114), mientras que un 30,5% (57) fueron rechazadas y 8,5 % no fueron valorables.

Estas intervenciones supusieron el punto de partida para la implantación de las siguientes mejoras: inclusión de alertas con las interacciones más frecuentes en la HCE y formación al respecto; difusión de un documento sobre administración de formas farmacéuticas orales y realización de curso formativo. Además, a raíz de las IF aumentó la comunicación de reacciones adversas a medicamentos por parte de los facultativos, que se tradujeron en 9 notificaciones al centro de farmacovigilancia.

CONCLUSIONES: El seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con TMG ha permitido detectar PRM que afectan mayoritariamente a la seguridad y efectividad de los tratamientos. Se han realizado IF relacionadas principalmente con la administración, monitorización y posología de medicamentos. El análisis de los PRM ha orientado mejoras en relación al uso de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

572. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

AUTORES: Rizo Gómez A, Lloret Maya A, Montserrat Toran M, Barrantes Gonzalez M, Camps Salat R, Casares Romeva M.

Hospital Plató. C/ Plató 21. Barcelona. España

OBJETIVOS: Describir y valorar la intervención farmacéutica en un equipo interdisciplinar que atiende al paciente crónico complejo ingresado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de 4 meses de duración (enero-abril 2015) realizado en un hospital general nivel II de 161 camas. En 2014 se creó la unidad para pacientes con enfermedad crónica compleja (PCC). Un equipo multidisciplinar (Medicina Interna, Enfermería, Trabajo Social y Farmacia) realizó el seguimiento y evaluación de los pacientes PCC ingresados mediante reuniones diarias. Se registró como intervenciones farmacéuticas (IF): conciliación del tratamiento al ingreso, ajuste de dosis de antibióticos según función renal y detección de reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Variables registradas: edad, sexo, número medicamentos/paciente en receta electrónica al ingreso, discrepancias en la conciliación y función renal de pacientes con tratamiento antibiótico. Se clasificaron las discrepancias según Documento de Consenso en Terminología y Clasificación en Conciliación de la Medicación de SEFH. La gravedad se clasificó según National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se incluyeron 114 pacientes, de los cuales, 59 (52%) mujeres. La media de edad fue 84 años (DE:7.4). La media de medicamentos/paciente fue 9 (DE:3.3). Se registraron un total de 142 intervenciones farmacéuticas (1.2 IF/paciente)

Se revisaron 966 medicamentos y se detectaron 132 (14%) discrepancias de conciliación al ingreso, de las cuales:

- 80 (61%) fueron discrepancias justificadas. De éstas, 23 (29%) correspondían a intercambios terapéuticos y 57 (71%) fueron justificadas teniendo en cuenta la nueva situación del paciente.

- 52 (39%) fueron error de conciliación (EC). Tipos EC: 33 (63%) por omisión de medicamentos, 16 (31%) por diferencia en la dosis o pauta de administración, 2 (4%) por duplicidad y 1 (2%) por medicamento contraindicado. En cuanto a la gravedad de los EC, sólo 1 (2%) se clasificó como categoría D (requiere monitorización o intervención para prevenir el daño), el resto fueron sin daño potencial. En cuanto a los grupos terapéuticos más implicados en los EC fueron Oftalmológicos (11.5%), Antitrombóticos (9.6%), Fármacos del sistema renina-angiotensina (9.6%), Psicoanalépticos (9.6%) y Antidiabéticos (7.7%).

Se registró la función renal en 83 pacientes con tratamiento antibiótico y se requirió ajuste de dosis por insuficiencia renal en 8 casos (9.6%).

Durante el periodo de estudio se registraron 2 reacciones adversas de categoría E (mioclonias inducidas por metoclopramida y extravasación de noradrenalina).

CONCLUSIONES: La revisión del tratamiento crónico permitió detectar un 14% de discrepancias en la conciliación al ingreso, de las cuales 39% fueron errores de conciliación, la mayoría por omisión de medicamentos (63%). También se realizaron un 9.6% de ajustes de dosis de antibióticos por insuficiencia renal. La incorporación del farmacéutico en el equipo interdisciplinar permitió realizar un mejor seguimiento farmacoterapéutico y evitar posibles complicaciones causadas por la medicación.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

87. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO: ¿ CÓMO PODEMOS INTERVENIR?

AUTORES: Murgadella Sancho A, Barrera Puigdollers MT, Aguado Jodar A, Fernández Cladera Y, Merino Méndez R. Hospital Dos de Maig. C/dos de maig nº 301. Barcelona. España

OBJETIVOS: - Describir las intervenciones realizadas durante las visitas de Atención Farmacéutica al paciente crónico complejo en hospital de día.

- Valorar el grado de adherencia de los pacientes crónicos al tratamiento prescrito (Test de Morisky-Green)

- Analizar si existe relación entre el grado de autoconocimiento del tratamiento y el grado de adherencia al mismo.

MÉTODO:

Estudio prospectivo de 9 meses de duración (abril-diciembre de 2014) en el que se recogieron durante las visitas una serie de datos relacionados con la práctica clínica habitual: anamnesis farmacoterapéutico completo, valoración de la adherencia al tratamiento (Morisky-Green), grado de autoconocimiento del tratamiento (%DFI: nº de fármacos de los cuales el paciente conoce la dosis, la frecuencia de administración y la indicación/ nº fármacos totales que toma el paciente) y registro de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se realizaron 34 visitas de Atención Farmacéutica a pacientes crónicos durante las cuales se llevaron a cabo 51 intervenciones. De éstas: un 20% (n=10) consistieron en corregir una sobredosificación de fármaco, un 18% (n=9) en corregir la omisión de toma de medicamentos (tanto por falta de adherencia como por prescripción incompleta), un 14% (n=7) consistieron en educar la técnica inhalada, un 11% (n=6) en evitar el uso de medicamentos contraindicados en pacientes de edad avanzada (Criterios de Beers) y el 26% restante (n=19) en otros tipos de intervención (corrección de infradosificación, detección de toxicidades derivadas del tratamiento, refuerzo de medidas higiénico-dietéticas y corrección de la vía de administración de los fármacos). De los pacientes visitados, el 68% (n=23) resultaron ser adherentes al tratamiento (test de Morisky Green).

El autoconocimiento del tratamiento se dividió en dos grados: Bajo grado de autoconocimiento (%DFI80 %).

El 39% (n=9) de los pacientes adherentes al tratamiento, tenía un grado elevado de autoconocimiento del mismo y el 36% (n=4) de los pacientes no adherentes presentaba elevado autoconocimiento del tratamiento. Sin embargo, cuando se compararon ambos resultados no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Test exacto de Fischer, p=0.591).

CONCLUSIONES: - Durante la mayoría de visitas se realizó más de una intervención por paciente siendo las más frecuentes en primer lugar las relacionadas con la sobredosificación de un medicamento, en segundo lugar la omisión de dosis y en tercer lugar la corrección de la técnica inhalada.

- Casi el 70% de los pacientes eran adherentes al tratamiento prescrito.

- En nuestro estudio no hemos podido demostrar una relación directamente proporcional entre el grado elevado de autoconocimiento y una mayor adherencia al mismo probablemente por un tamaño de muestra insuficiente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

93. CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.

AUTORES: Guerra De Prado M, Alonso Rodríguez L, Quintana Velasco F, Blazquez Galan A. Hospital Universitario Rio Hortega. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Valorar la calidad de la prescripción de antidepresivos en un centro sociosanitario antes y después de la elaboración de un protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Elaboración e implantación en Mayo de 2014 de un protocolo de tratamiento de la depresión en el anciano mediante la revisión de la guía de práctica clínica de tratamiento de la American Psychiatric Association 2010, NICE 2013 y la información disponible en la base de datos Uptodate®.

Definición de los criterios de calidad de prescripción:

1. Registro en historia clínica informatizada de la Escala Yesavage al inicio del tratamiento.
2. Uso de medidas no farmacológicas si Escala Yesavage ≥ 5 puntos, sin antecedentes de depresión severa ni síntomas durante ≥ 2 años.
3. Inicio de tratamiento farmacológico sólo si Escala Yesavage ≥ 10 puntos (o antecedentes depresión severa y/o síntomas durante ≥ 2 años)
4. Uso preferente de Sertralina (se define como el fármaco de elección)
5. Uso < eficiente)
6. No uso de escitalopram/citalopram con antecedentes cardiacos (alerta AEMPS)
7. Reevaluación a las 4-8 semanas de tratamiento
8. Combinación de antidepresivos sólo si respuesta parcial documentada (reducción 20-50%) y una vez alcanzada la dosis máxima tolerada.

Se seleccionan los meses de Enero a Abril y se revisa la historia clínica en el programa Resiplus® y la prescripción médica en el programa Farmatools® antes (año 2014) y después del protocolo (año 2015). Para valorar la calidad pre y post-implantación se puntúa de 0 a 5 el cumplimiento de los ítems (0=nada, 1=10%, 2=25%, 3= 50%, 4=75% y 5= Todos). La puntuación total obtenida se clasifica como: Excelente (40 a 30 puntos), Buena (29 a 20), Aceptable (19 a 10) y Deficiente de (9 a 0).

RESULTADOS: Se ha incrementado un 38% el registro de la escala Yesavage al inicio del tratamiento, con una disminución de un 30% de los pacientes en tratamiento farmacológico, un incremento de un 8% en el uso de Sertralina y una disminución de un 11% del uso de duloxetina. Se reevalúan los tratamientos un 10% más y se usan combinaciones de antidepresivos no justificadas un 9% menos. A pesar de la alerta AEMPS el número de pacientes en tratamiento con escitalopram/citalopram con antecedentes cardiacos no se ha modificado. La puntuación total obtenida pasa de deficiente (8 puntos) a aceptable (14 puntos).

CONCLUSIÓN: La calidad de la prescripción de antidepresivos ha mejorado tras la implantación de un protocolo aunque aún se requiere potenciar su implementación para obtener una buena calidad.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

362. CAMBIOS EN LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA TRAS UN EPISODIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO MAYOR

AUTORES: Calvo Cidoncha E, González Bueno J, Guzmán Ramos Mi, Trisancho Pérez Á, Sánchez Hidalgo M, Santos Ramos B.

Hospital Ntra. Sra. De Valme. Ctra. Cadiz, Km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVO: analizar si la complejidad farmacoterapéutica del paciente crónico mayor se modifica tras sufrir un episodio de hospitalización, y secundariamente, analizar estas modificaciones por subgrupos de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años con ≥ 3 enfermedades crónicas que ingresaron y posteriormente recibieron el alta en la unidad de medicina interna de un hospital de especialidades entre Abril-Mayo 2015. Las variables recogidas fueron: demográficas, duración del ingreso hospitalario y número de enfermedades crónicas. Previo y posterior al ingreso también se analizaron las siguientes variables: número de medicamentos crónicos prescritos (≥ 3 meses) e índice de complejidad. Se consideraron patologías crónicas las enfermedades recogidas en el trabajo de Salisbury et al. 2011. El índice de complejidad fue calculado mediante una herramienta de 65 ítems (George J et al, 2004) que contempla la complejidad aportada por tres aspectos de la farmacoterapia: la forma farmacéutica, la posología y las instrucciones específicas de administración. Se empleó la prueba T-student mediante el paquete estadístico SPSS-20 para establecer las diferencias de complejidad antes y después del ingreso hospitalario.

RESULTADOS: Se incluyeron 54 pacientes siendo 28 (51,9 %) varones. 14 (25,9%) pacientes tenían 65-74 años, 31 (57,4%) 75-84 años y 9 (16,7%) ≥ 85 años. La mediana de duración del ingreso fue 10 (IQR:6-15) días. El número medio de enfermedades crónicas fue 6 ± 2 . Respecto al número de medicamentos prescritos antes y después del ingreso fue equivalente, 11 ± 4 . El valor medio del índice de complejidad antes del ingreso fue 41 ± 19 (posología (16 ± 8); forma farmacéutica (15 ± 7); instrucciones de administración (9 ± 5)). Tras el alta hospitalaria, el índice de complejidad fue 41 ± 17 (posología (16 ± 7); forma farmacéutica (15 ± 7); instrucciones de administración (10 ± 5)). No hubo diferencias significativas entre la complejidad previa y posterior al ingreso. La mediana de fármacos nuevos adicionados y eliminados

de la prescripción tras el ingreso fue en ambos casos 3 (IQR: 0-5). En el análisis de subgrupos en función de la edad, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la complejidad previa y posterior al ingreso en los grupos de edad de 65-74 años (índice de complejidad previo y posterior: 45 ± 21 y 45 ± 15) ni tampoco en el grupo de 75-84 años (índice de complejidad previo y posterior: 43 ± 19 y 42 ± 18). Sin embargo, si se detectaron diferencias significativas ($p=0,026$) en los pacientes ≥ 85 años (índice de complejidad previo y posterior: 27 ± 9 y 32 ± 9).

CONCLUSIONES: la farmacoterapia de los pacientes crónicos mayores es modificada tras un episodio de hospitalización. Sin embargo, estos cambios no se acompañan de una modificación significativa en la complejidad farmacoterapéutica. Solamente en los pacientes ≥ 85 años se observa un aumento significativo de la complejidad. La atención farmacéutica en este subgrupo de pacientes debe ser prioritaria.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

630. CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO

AUTORES: Sáez Belló M, Frias Ruiz P, Ruiz Millo O, Izquierdo Hernández M, Navarro Sanz R, Climente Martí M. Hospital Universitario Doctor Peset. Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la capacidad de detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) de un programa interdisciplinar de atención al paciente mayor polimedicado, con la finalidad de mejorar la calidad y la seguridad de la farmacoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal. Se realizaron 5 cortes de un mes de duración entre 2012-2015 en el Área Médica Integral de un hospital de atención a crónicos y media-larga estancia (HACLE).

Criterios de inclusión: pacientes ≥ 70 años, con prescripción de ≥ 7 medicamentos y con mínimo 4 días de estancia.

Criterios de exclusión: pacientes en situación de muerte próxima (

Se recogieron variables antropométricas (sexo y edad), tipo de paciente ingresado (convaleciente/ media-larga estancia/ paliativo) y número de medicamentos.

El programa consistió en una evaluación inicial interdisciplinar del tratamiento y, posteriormente, un seguimiento individualizado por el farmacéutico. La efectividad del programa se evaluó a través de los siguientes indicadores: % pacientes con monitorización farmacocinética de fármacos de estrecho índice terapéutico, % pacientes con filtrado glomerular (FG) al ingreso, % de pacientes tratados con acenocumarol y control INR, % pacientes con PRM, así como categoría de PRMs identificados (indicación / efectividad / seguridad / eficiencia).

RESULTADOS: Se incluyeron 231 pacientes (107 hombres/ 124 mujeres) de edad media 80 años (rango: 70-105); 35,5% (82/231) paliativos, 35,9% (83/231) convalecencia, 28,6% (66/231) media-larga estancia, con una media de 10 (rango: 2-21) medicamentos.

En el 90% (36/40) de los pacientes en tratamiento con fármacos de estrecho índice terapéutico se realizó monitorización farmacocinética, en el 76,2% (176/231) se realizó control del FG al ingreso y en el 92,3% (12/13) del INR en pacientes tratados con acenocumarol.

La prevalencia de pacientes con PRM fue del 56,7% (131/231), detectándose un total de 222 PRM en 131 pacientes. La evaluación inicial interdisciplinar del tratamiento detectó el 50,5% (112/222) de los PRMs, distribuidos en: a) indicación (criterios START) 31,3% (35/112); b) seguridad 42% (47/112); criterios STOPP y Beers 32,1% (36/112) y duplicidades 9,8% (11/112); c) eficiencia (UTB) 25% (28/112). El seguimiento individualizado detectó el 49,5% (110/222) de los PRMs, distribuidos en: a) indicación 28,6% (63/222); b) seguridad 9,1% (20/222); c) efectividad 13,1% (29/222).

CONCLUSIONES: El programa de atención al paciente anciano polimedicado contribuyó a mejorar la calidad y la seguridad de la farmacoterapia, identificando 122 PRMs en la evaluación inicial interdisciplinar del tratamiento, principalmente de seguridad e indicación, y 110 mediante el seguimiento individualizado realizado por el farmacéutico, centrado en seguridad y efectividad. Ambas son herramientas fundamentales en la optimización de la farmacoterapia en el paciente anciano polimedicado.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

40. COLABORACIÓN CON ESPECIALISTAS MEDICOS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: EL FARMACEUTICO DE HOSPITAL COMO COORDINADOR INTERNIVELES.

AUTORES: De La Nogal Fernandez B, Lopez Virtanen Bc, Vazquez Troche S, Valdueza Beneitez Ja, Noguerol Cal M, Rodriguez Maria M.

Hospital El Bierzo. Avd/ Medicos Sin Fronteras S/N. León. España

OBJETIVO: Describir los resultados de la colaboración entre los especialistas de un hospital de 2º nivel con la residencia sociosanitaria del área de referencia, siendo el farmacéutico de hospital el enlace entre ambos centros.

MATERIAL Y MÉTODOS: Registro de las consultas y recomendaciones realizadas por parte de los especialistas al centro sociosanitario desde Marzo 2012 hasta Marzo de 2015.

RESULTADOS: - Neurología: Es el servicio con una colaboración más estrecha y continua, ya que en 11 ocasiones ha acudido el facultativo a pasar consulta junto con los médicos del centro y el farmacéutico; además de resolver interconsultas por teléfono desde el hospital. Se actualizan tratamientos, consiguiendo un ahorro en costes directos (suspensión de tratamientos antialzheimer) e indirectos (se evitan el acudir a consultas externas).

- Neumología: Visita puntual para conocer la situación y revisión de los diagnósticos de pacientes seleccionados con tres intervenciones: mantenimiento ó suspensión de tratamientos y en los pacientes con dificultades para hacer las inhalaciones, prescribió hacerlo con cámara espaciadora para mejorar la administración.

- Medicina Preventiva: Charla informativa sobre la higiene de manos así como colocación de distintos carteles informativos y suministro de solución hidroalcohólica y de un producto para las úlceras complicadas.

- Medicina Interna: Charla sobre resistencia microbiana en el área de salud. Se insiste en utilizar el antibiótico adecuado para evitar resistencias.

- Enfermería del hospital: Un enfermero especialista en investigación y en tecnologías de la comunicación y la comunicación, impartió una charla sobre "investigación en enfermería". Los centros sociosanitarios son sitios idóneos para hacer investigación por la situación de cronicidad de los residentes allí ingresados.

El farmacéutico responsable de la residencia desde el propio hospital hace interconsultas con otros especialistas en función de los requerimientos que van surgiendo:

- Nutricionista: Prescripción y actualización de todas las nutriciones enterales de la Residencia Sociosanitaria desde el hospital. En el año 2014, ha supuesto un ahorro de en torno al 65% con respecto a receta médica.

- Farmacéutico especialista en antibioterapia: Recomienda el antibiótico más adecuado teniendo en cuenta el antibiograma y la situación clínica del paciente.

- Urología-Nefrología: Suspensión de un tratamiento con leuprolerina en paciente con psa controlada y sin biopsia.

- Cardiología: Revisión de las alertas con ivabradina; Revisión de tratamientos con antianginosos; Control de los niveles de potasio en la analítica anual en pacientes en tratamiento con espironolactona, en especial asociados a IECAs o ARA-II; Control semestral de hormonas tiroideas en pacientes en tratamiento con amiodarona.

CONCLUSIONES: El farmacéutico de hospital realiza un papel de interlocutor entre los profesionales del centro sociosanitario y los especialistas del área de referencia. De esta manera se optimizan los recursos y se resuelven problemas farmacoterapéuticos, facilitando la continuidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

524. COMPARACION DE LOS CRITERIOS DE BEERS 2012 Y DEL PROYECTO MARC 2014 APLICADOS A PACIENTES CRONICOS INGRESADOS EN RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS.

AUTORES: Bermudez Garcia V, Saez Fajardo Ma, Gonzalez Cuello Am, Alonso Herreros Jm, Abellon Ruiz J, Ruiz Ramirez Jc.

Los Arcos Del Mar Menor. Paraje Torre Octavio, 54,. Murcia. España

OBJETIVOS: 1 - Aplicar los Criterios de Beers 2012 y del Proyecto MARC 2014 a la misma población de pacientes ingresados en una serie de residencias sociosanitarias.

2 - Comparar los resultados obtenidos con los dos métodos.

3 – Analizar cual de los dos métodos es más operativo para un cribado inicial en poblaciones similares a las estudiadas

MATERIAL Y METODOS.
Se obtuvieron los censos de pacientes ingresados en tres residencias sociosanitarias pertenecientes al misma Área de Salud. De ellos se seleccionaron los mayores de 65 años atendidos por el servicio publico de salud y con medicación prescrita durante el último año. Esta información se obtuvo de las bases de datos de facturación de recetas de primaria y de dispensación de medicamentos hospitalarios. Se creó una aplicación en Microsoft Access a partir de Nomenclator del Ministerio de Sanidad en donde se recogían todos los códigos nacionales incluidos en los criterios MARC y en los criterios de Beers 2012. Con esta aplicación se cruzaron los datos de recetas facturadas y medicamentos hospitalarios dispensadas por paciente durante el primer trimestre de 2015 con la medicación incluida en los criterios de Beers y MAR.

RESULTADOS: De 246 pacientes mayores de 65 años ingresados en las tres residencias (64,23% de mujeres), 192 tenían tratamientos a cargo del sistema público de salud. La media de líneas de tratamiento prescritas en este grupo fue de 12 +/- 6. De ellos 179 eran paciente crónicos, que tenían prescrito al menos un medicamento incluido en los MARC. La media de MARC prescrita por paciente fue de 4 +/-2. Al aplicar los criterios de Beers, encontramos 136 pacientes que incumplen los mismos (2 +/-1 prescripciones potencialmente inadecuadas por paciente. En cuanto a principios activos, los más frecuentes entre los pacientes que presentaban algún MARC era el AAS (51.4% de pacientes), quetiapina (46.3%) y lorazepam (34.6%). Los principios activos que mas frecuentemente se prescribían incumpliendo los criterios de Beers eran quetiapina (78% de pacientes), lorazepam (51%) y tramadol (26%)

CONCLUSIONES: Los principios activos implicados en prescripciones potencialmente inadecuadas al aplicar Beers y MARS son similares a excepción de la AAS (incluido en los MARS en todas las dosificaciones y en los criterios de Beers solo a dosis superiores a 325 mg/día). El número de pacientes con MAR es superior si se aplican los criterios de Beers como también lo son el número de códigos nacionales implicados en cada criterio. Una vez desarrolladas las herramientas informáticas adecuadas ambos sistemas son sencillos de aplicar. Los MARC permiten detectar mayor número de pacientes, incluidos pacientes menores de 65 años, mientras que los de Beers, al ser mas restrictivos permiten priorizar mas los pacientes sobre los que se debería actuar. En la población estudiada es de destacar la coincidencia de los dos criterios en la utilización posiblemente inadecuada de quetiapina.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1053. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA AL INGRESO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

AUTORES: Gómez Peña C, García Fernández C, Morón Romero R, Ruiz Fuentes S, Caballero Romero Á, Casas Hidalgo I.

Hospital Clínico Univ. San Cecilio. Avda. Doctor Olóriz, 16. Granada. España

OBJETIVO: El procedimiento de conciliación del tratamiento domiciliario tiene por objetivo reducir las discrepancias medicamentosas que se producen en la transición de los pacientes entre distintos niveles asistenciales, y los problemas relacionados con los medicamentos que se derivan de ellas.

Con el presente estudio se pretende analizar el proceso de conciliación mediante:

- Identificación y clasificación de discrepancias existentes entre la medicación habitual de los pacientes quirúrgicos y la prescrita al ingreso hospitalario.
- Intervención farmacéutica sobre las discrepancias no justificadas detectadas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo realizado en las unidades de Traumatología, Cirugía General y Urología desde Febrero a Mayo de 2015. Se seleccionaron todos los pacientes >65 años (o aquellos que siendo menores tenían medicamentos que debían continuar durante el ingreso), polimedicados (>3 medicamentos) que ingresaron en los servicios citados durante el periodo de estudio. Las fuentes de información consultadas fueron: el programa de prescripción electrónica, la historia de salud única digital, las hojas de evolución médica y de enfermería, el listado informatizado de medicamentos prescritos en atención primaria y la entrevista con el paciente/cuidador. Las variables evaluadas incluyeron datos demográficos, número total y tipo de discrepancias entre el tratamiento domiciliario y el prescrito. Finalmente se estudió el grado de aceptación de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 424 pacientes con una media de edad de 74,44 años (43-102). Se registraron 1632 medicamentos y la media de medicamentos por paciente fue de 3,85. Tras la entrevista con el paciente/cuidador se detectaron 1845 discrepancias entre el tratamiento crónico habitual y el prescrito en el ingreso hospitalario, de las cuales 12 fueron justificadas y 1833 no justificadas. Las discrepancias no justificadas se clasificaron en: Omisión de medicación no justificada = 1749 (95%), Diferente vía/dosis/pauta no justificada = 57 (3,1%), Diferente medicamento no justificado = 14 (0,76%), Inicio de medicación no justificada = 13 (0,7%). La media de discrepancias por paciente fue mayor en el servicio de Cirugía General (5,25), seguido de Urología (4,88) y por último Traumatología (3,36). El grado de aceptación de las intervenciones realizadas fue del 99,35%.

CONCLUSIONES: El elevado número de discrepancias detectadas justifica la realización de un proceso de conciliación de la medicación en pacientes ingresados en los servicios de Traumatología, Cirugía General y Urología. El mayor porcentaje de discrepancias no justificadas corresponde a omisiones de medicación. El grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con la conciliación de la medicación ha sido excelente. Por todo ello la presencia de un farmacéutico en los servicios quirúrgicos es clave para asegurar que los pacientes reciben su medicación domiciliaria durante la transición entre niveles asistenciales.

985. CONCILIACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

AUTORES: Soler Blanco N, Benavent Boladeras R, De Las Cuevas Recasens S, Pardo Gracia C, Rovira Vergés O, Mas Lombarte Mp.

Hospital Gral. De Granollers. Avda. Francesc Ribas, S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: Conciliar la medicación de los pacientes geriátricos que acuden a Hospital de Día y analizar las posibles discrepancias entre la prescripción electrónica y la administración real de medicamentos así como registrar las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de los pacientes que acudieron a Hospital de Día Geriátrico durante el mes de noviembre de 2015.

La información se obtuvo a partir de la realización de entrevistas presenciales con el paciente y/o cuidadores junto con el equipo de geriatría (médico y enfermería).

Los datos correspondientes a los diagnósticos y la información epidemiológica se extrajeron de la Historia Clínica electrónica y de la Base de Datos del Conjunto Mínimo (CMBD) de las asistencias hospitalarias según el Sistema de Codificación Internacional de Enfermedades (CIE.9MC).

RESULTADOS: Se registraron 113 pacientes (65,5% mujeres) con una media de edad de 86,5 años (SD 6,07).

Los pacientes presentaban una media de medicamentos prescritos mediante receta electrónica de 10,62 (SD 2,8) mientras que de consumo habitual (añadiendo los medicamentos no sujetos a receta) era de 10,96 (SD 2,8).

Se detectaron 269 discrepancias de las cuales 24 (8,9%) fueron no justificadas y llegaron a afectar al paciente, considerándose un error de prescripción. En siete casos (29,2%) se produjo un error de dosificación. En otros siete (29,2%) el fármaco resultó no recomendado en enfermos geriátricos. Cuatro discrepancias (16,7%) surgieron por problemas de comprensión del paciente. En dos procesos (8,3%) la vía de administración fue errónea, en dos más (8,3%) la discrepancia se clasificó como omisión de prescripción y otros dos casos (8,3%) aparecieron por problemas informáticos con la receta electrónica (uno por no renovación y uno por reactivación cuando ya debería estar suspendido).

A parte de estas intervenciones en la detección de las discrepancias y su notificación al médico, durante las entrevistas y el proceso de conciliación se realizaron otras 44 intervenciones; 17 (37,0%) consistieron en entrevista posterior (presencial o de manera telefónica) para confirmar la comprensión de la nueva pauta farmacoterapéutica. Nueve (19,6%) fueron propuestas de cambio de fármaco (para mejor tolerancia o una mejor adecuación en ancianos), siete (15,2%) resultaron detecciones de posibles reacciones adversas. En seis ocasiones (13,0%) se sugirió una retirada de un fármaco (en 32 casos por detección de reacción adversa) y en cuatro (8,7%) se avisó de la necesidad de vigilancia estrecha de algún parámetro analítico y se propuso algún ajuste posológico. Las tres restantes (6,5%) fueron la adición de un fármaco, la realización de atención farmacéutica de un fármaco de dispensación hospitalaria y la realización de interlocución con una oficina de farmacia para confirmar la disponibilidad de un fármaco.

CONCLUSIONES: Aunque los errores de conciliación detectados fueron menos del 9%, la realización de entrevistas farmacéuticas en equipo junto al médico y enfermería reforzaron la comprensión de las pautas farmacoterapéuticas que tienen estos pacientes y favorecieron la buena adherencia al tratamiento en estos enfermos de alta complejidad.

296. DETECCIÓN DE CRITERIOS STOPP-START EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE GERIATRÍA

AUTORES: Del Pozo Ruiz JJ, Rodríguez Lage C, Ortega V L, Martín Pérez E.

Hospital San Juan de Dios de León. Avenida S. Ignacio de Loyola 73. León. España

OBJETIVOS: Identificar el tipo de patología y las prescripciones inapropiadas (PI) en el paciente pluripatológico ingresado en la unidad de agudos de geriatría en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio de 6 meses de duración (Enero-Junio 2014) realizado a pacientes mayores de 65 años ingresados en la unidad de agudos de geriatría excluyendo los pacientes paliativos. Mediante la aplicación informática CheckTheMeds® se recopila la historia clínica, co-morbilidades del paciente y la medicación habitual que se le administra de forma crónica. Posteriormente se clasifica la patología del paciente según la clasificación del paciente pluripatológico de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía publicado en 2007 y

las PI mediante los criterios STOPP/START. La información de las intervenciones farmacéuticas se notificaba al médico responsable y se evaluó su grado de aceptación al ingreso y al alta hospitalaria.

RESULTADOS: Se recogieron 136 casos de pacientes (73 mujeres, 63 hombres) con una edad media de 76.3 años y un índice de co-morbilidad medio de Charlson (CCI) de 6.85 (IC95%:3.9-12.2) y una supervivencia estimada a los 10 años (IS10) medio de 5.04 (IC95%:0.01-16.35). El número medio de patologías presentado fue de 2.8 (1.2-4.3) que se distribuyeron de la siguiente forma: 65 casos con patología categoría E (accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo), 50 con patología categoría A (PCA): insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica), 48 con patología categoría F (PCF) : artropatía periférica, diabetes mellitus, retinopatía, 25 con patología categoría B (PCB): vasculitis, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal crónica), 20 con patología categoría C (PCC): enfermedad respiratoria crónica, 14 con patología categoría G (PCG): anemia crónica por pérdidas digestivas, neoplasia sólida o hematológica y 8 con patología categoría D (PCD): enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatía crónica.

En cuanto a los criterios STOPP/START se detectaron un total de 117 criterios STOPP, criterios STOPP/paciente y 218 criterios START lo que supone una media de 0.86 criterios STOPP vs 1.60 START por paciente. El grado de aceptación fue del 82,4 % en los criterios STOPP y 78,2% en los START.

Los criterios STOPP más frecuentes fueron: A3: Diuréticos del Asa como monoterapia en 1ª línea en HTA (15 casos), criterios STOPP relacionados con la duplicidad terapéutica (12 casos de los cuales 5 fueron duplicidad de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), B7: Uso prolongado (>1 mes) de benzodiazepinas de acción larga y C4: Uso prolongado (> 8 semanas de IBP para enfermedad ulcerosa péptica) ambos con 8 casos.

Los criterios START detectados con mayor frecuencia fueron: IA5: inicio de estatinas con antecedentes de enfermedad coronaria (40 casos), IA3: Inicio de AAS o clopidogrel con estos antecedentes, IA6: Inicio de IECA en ICC, ambos con 23 casos.

CONCLUSIONES: - Se detectaron casi el doble de criterios START que STOPP.

- Los criterios STOPP/START detectados con mayor frecuencia fueron los relacionados con el sistema cardiovascular.
- La cooperación del farmacéutico a través de diversas aplicaciones es muy importante en la detección y resolución de PI en el paciente geriátrico pluripatológico favoreciendo la atención integral y multidisciplinar del mismo.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1258. DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA FACILITAR EL PROCESO DE CONCILIACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES POLIMEDICADOS

AUTORES: Asensio Bermejo A, Gomez Tijero N, Valbuena Pascual O, Arrizabalaga Arrizabalo Mj.

Hospital Mendaro. C/ Mendarozabal S/N. Guipúzcoa. España

OBJETIVOS: Describir la funcionalidad de una base de datos para facilitar el proceso de conciliación de los pacientes polimedificados al ingreso hospitalario. Describir el diseño y la implantación de la herramienta, así como la evaluación de los primeros resultados post-implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS: En la primera fase se diseñó la herramienta informática por parte de farmacéuticos de Atención Especializada y Atención Primaria y por el Servicio de Informática. Se trata de una base de datos Access que cruza los datos de los ficheros informáticos de la prescripción electrónica hospitalaria y los de la prescripción de receta electrónica en atención primaria para realizar una comparación de los mismos en los pacientes polimedificados (más de 5 fármacos de uso crónico) y mayores de 65 años, del total de ingresos del día anterior en el Hospital. La metodología, clasificación e indicadores utilizados fueron los descritos en el "Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación" de la SEFH. Tras la fase de diseño se realizó un periodo de dos meses de pilotaje de la herramienta. En caso de detectar discrepancias mediante la herramienta, posteriormente se realiza la revisión de la historia clínica informatizada del paciente y en caso de no aclararlas se comentan con el médico responsable, que en caso de confirmarse y producir una modificación de la prescripción, se cuantifican como error de conciliación.

RESULTADOS: Por cada paciente la herramienta muestra las discrepancias existentes entre el tratamiento domiciliario y el tratamiento al ingreso. Se presenta en un informe con 3 subapartados:

- Medicación habitual prescrita igual al ingreso: se muestran las vías de administración, dosis y posologías habituales y las prescritas en el hospital. La comparación entre estas las realiza el farmacéutico de forma visual. Permite detectar discrepancias en cuanto a cambios en dosis, vía o frecuencia.
- Medicación habitual no prescrita al ingreso: permite detectar discrepancias de omisión de fármacos de tratamiento habitual.
- Medicación nueva al ingreso: permite detectar discrepancias de comisión.

Se ha pilotado la herramienta de febrero a marzo de 2015, incluyendo un total de 497 pacientes distribuidos por servicios de la siguiente forma: 68,7% Medicina Interna, 12,7% Cirugía General y Digestiva, 9,7% Traumatología, 8,5% Urología y 0,4% Otorrinolaringología. Se detectaron un total de 201 discrepancias (0,4 por paciente) de las cuales tras aclaración con el médico responsable, 164 resultaron errores de conciliación (82%). El 13,3% de los pacientes polimedicados ingresados presentaron al menos un error de conciliación. La clasificación de los errores fue: 46,5% omisión, 46,3% cambios en la dosis, vía o frecuencia, 3,0% comisiones, 0,6% medicamentos contraindicados, 0,6% medicamentos duplicados, 3,0% medicamentos equivocados.

CONCLUSIONES: - Esta herramienta facilita y permite generalizar la conciliación de la medicación al ingreso hospitalario.

- Para la optimización de la herramienta es precisa la total actualización de los registros de prescripción electrónica en Atención Primaria.

- La revisión de la historia clínica completa del paciente es aún parte indispensable para la realización del proceso de conciliación de la medicación.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

94. EFECTIVIDAD DE LA INTENSIFICACIÓN DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Manzano Garcia M, Fobelo Lozano Mj, Guzman Ramos Mi, Moreno Ramos C, Calle Sanz R, Tristancho Perez A.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme. Carretera Cadiz S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de la intensificación de la pauta posológica de adalimumab en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU), que han sufrido pérdida de respuesta con la pauta de mantenimiento habitual (40 mg/14 días).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 4 años de duración (enero/2011-mayo/2015). Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento con adalimumab que se incluyeron son aquellos a los que se les incrementó la dosis o se les disminuyó el intervalo de administración por pérdida de respuesta. La selección de pacientes se realizó mediante el programa de dispensación de pacientes ambulatorios. Las variables recogidas, a través de la historia clínica electrónica fueron: sexo, edad, diagnóstico de EC ó CU, duración del tratamiento con pauta habitual, tipo, duración y efectividad de la pauta intensificada. Se consideró efectividad si se producía mejoría clínica, permitiendo mantener, disminuir o suspender la pauta intensificada; la ineffectividad se consideró si se producía cambio de fármaco biológicos (infliximab o certolizumab) o necesidad de cirugía.

RESULTADOS: El total de pacientes con EII en tratamiento con adalimumab fue de 265 pacientes. De ellos, se intensificó el tratamiento en 28 pacientes, que presentaban una edad media de 39+8 años, de los cuales 64,3% eran mujeres; el 96,4% de los pacientes presentaban EC. La duración mediana del tratamiento con adalimumab antes de la intensificación fue de 14,3 meses (IQR:28-5,8). El intervalo posológico se disminuyó a 7 días en un total de 20 pacientes (71,4%) y la dosis se incrementó a 80 mg en 8 pacientes (28,6%). La intensificación se consideró efectiva en el 75% de los pacientes (78,9% con disminución del intervalo y 66,67% con aumento de dosis). La ineffectividad del tratamiento intensificado de adalimumab ocurrió en un total de 7 pacientes (25%), de los cuales 3 pacientes cambiaron a certolizumab, un paciente a infliximab y en 3 pacientes (42,9%) fue ineffectivo por necesidad de cirugía. La mediana del tratamiento intensificado efectivo en EII fue de 8,4 meses (IQR: 12,5-4,1).

CONCLUSIONES: La intensificación con adalimumab se consideró efectiva en un alto porcentaje de los pacientes, permitiendo alargar el tratamiento con dicho fármaco en mas de medio año. La determinación de los niveles plasmáticos y/o los niveles de anticuerpo contra el fármaco supondría una estrategia fundamental para mejorar la optimización de dosis, aumentar la eficiencia reduciendo los costes así como la reducción de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

911. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE ALÉRGICO

AUTORES: Fernández Román Ab, Bravo Lazaro C, Castellanos Clemente Y, Pou Alonso A, Esteban Gomez Mj, Garcia Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. Calle Camino Del Molino 2. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de omalizumab a largo plazo en pacientes con asma alérgico grave persistente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de grupos apareados en un hospital de segundo nivel, donde se evaluaron pacientes asmáticos tratados con omalizumab desde enero de 2009 hasta mayo de 2015.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes diagnosticados de asma alérgico grave persistente que iniciaron omalizumab según el protocolo del centro. Los pacientes debían presentar al menos dos procesos respiratorios que hubieran requerido corticoides sistémicos o una exacerbación que hubiera causado hospitalización o tratamiento de emergencia en los doce meses previos. Se excluyeron los pacientes con duración de tratamiento inferior a un año.

Se definió como variable principal de efectividad la variación del porcentaje de pacientes que presentaron al menos un proceso respiratorio que requiriera corticoides sistémicos durante el tratamiento con omalizumab, considerando que todos los pacientes habían requerido corticoides sistémicos en los doce meses previos al inicio de omalizumab.

Las variables secundarias fueron la variación entre FEV1 pre-tratamiento y la última FEV1 disponible, y la tasa anual de procesos respiratorios que requirieron corticoides sistémicos durante el tratamiento.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®) y del aplicativo de farmacia (Farmatools, Dominion).

Se registraron sexo, peso, fecha de nacimiento, fecha de inicio y fin del tratamiento, IgE basal, FEV1 pre-tratamiento y la última FEV1 disponible, número de exacerbaciones con ingreso, procesos respiratorios que requirieron corticoides sistémicos y efectos adversos.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t-Student para grupos apareados (SPSS versión 15.0) asumiendo un error alfa del 5% bilateral. El resto de datos se analizaron de forma descriptiva.

RESULTADOS: De los 40 pacientes en tratamiento con omalizumab, 29 cumplieron los criterios de inclusión. Un 55,2% fueron mujeres, mediana de edad 53,83 años (16,21-70,99) y un peso medio 77,4kg. La mediana de duración de tratamiento fue de 3,88 años (1,22-8,50) y la mediana de IgE basal fue 418UI/mL.

El porcentaje de pacientes que presentaron al menos un proceso respiratorio que requirió corticoides sistémicos pre-tratamiento y durante el tratamiento fue del 100% y 62,1%, respectivamente. La variación fue del 37,9%(IC95% 19,1-56,7; p<0,001).

La FEV1 media pre-tratamiento fue 66,5% (SD:3,46) y la media de la última FEV1 disponible fue 78,8% (SD:35), siendo la variación de 12,3%(IC95% 4,1-20,5; p=0.005).

El 6,9% de los pacientes cursó ingreso hospitalario durante el tratamiento, siendo la tasa media anual de ingresos por reagudización de asma agudo 0,03 ingresos/año. La tasa media anual de procesos respiratorios que requirieron corticoides sistémicos durante el tratamiento con omalizumab fue de 0,65 episodios/año.

Seis pacientes presentaron efectos adversos al tratamiento. Los efectos adversos registrados fueron: reacción en el lugar de inyección, tos, cefalea, sensación nauseosa, clínica vertiginosa, nistagmo, disnea y empeoramiento de dermatitis atópica. Ninguno motivó la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: - Omalizumab es efectivo en el tratamiento a largo plazo en pacientes con asma grave alérgico ya que reduce los procesos respiratorios que requirieron corticoides sistémicos y mejora de forma significativa la FEV1 de los pacientes.

- Es un fármaco seguro y bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

831. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.

AUTORES: Cortell Fuster C, Martínez Benavides J, Guglieri López B, Ventura Cerdá Jm, Climente Martí M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad, seguridad y coste de fampridina, 10mg cada 12h, para la mejora de la marcha en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR). Objetivo secundario: identificar oportunidades de mejora en el seguimiento de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes (n=15) que iniciaron tratamiento con fampridina entre marzo2014 y febrero2015, con periodo de seguimiento de 90 días desde el inicio.

La variable respuesta de efectividad se estableció como el valor medio de dos mediciones sucesivas de la prueba cronometrada de la marcha «Timed-25-Foot-Walk»(TM). Se consideró respuesta al tratamiento una mejoría en el TM \geq 20% respecto al valor basal. Se incluyeron pacientes con al menos dos pruebas del TM: la basal, y otra en los días 14, 28 ó 42 tras el inicio (según Ficha Técnica).

Se recogieron los efectos adversos asociados al tratamiento como variable de seguridad.

El análisis coste-efectividad para fampridina se calculó para cada paciente como el cociente entre coste del tratamiento en 90 días y los segundos de mejoría en el TM. Según las condiciones de adquisición, los 14 primeros días de tratamiento resultaron exentos de coste. Los pacientes que no superaron los 14 días de tratamiento fueron excluidos del análisis económico.

RESULTADOS: se excluyeron dos pacientes por no disponer, al menos, de dos pruebas del TM. Además del valor basal, 11 pacientes presentaban TM en el día 14, uno en el día 28, y otro en el día 42. Ningún paciente disponía de tres TM. La fampridina fue efectiva en el 61,6% (n=8). El porcentaje medio de mejoría en los pacientes respondedores fue 34,6±3,2% (IC95% 27,0-42,2). En valor absoluto, el promedio de mejoría fue 7,7±2,2s (IC95% 2,5-12,8s). Se retiró el tratamiento a 5 pacientes no respondedores, 3 de ellos sufrieron en los 30 primeros días efectos secundarios (mareo e inestabilidad). Ningún paciente presentó infección urinaria (efecto más frecuente en los ensayos clínicos).

El valor promedio de coste-efectividad, durante el periodo de 90 días, fue 103,6±24,6 €/s de mejoría en el TM (intervalo=23,8-172,0 €/s/paciente). El coste por paciente respondedor fue 652,5 €/respuesta.

CONCLUSIONES: La proporción de pacientes respondedores a fampridina en nuestra muestra (61,6%) resulta de magnitud ligeramente superior a la obtenida en los ensayos controlados con placebo (34,8-42,9%).

La incidencia de los efectos adversos documentados (mareo e inestabilidad), resulta concordante con la frecuencia asignada tras la evaluación de la seguridad en los ensayos clínicos ($\geq 1/100$).

Se propone monitorizar en todos los pacientes el TM basal y en el día 14, ajustándose a un protocolo consensuado. Debería suplementarse el TM con otras variables como el dolor, la funcionalidad, la espasticidad, la percepción subjetiva o la calidad de vida, que faciliten la evaluación de la respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1100. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Gazquez Perez R, Gomez Germa P, Jimenez Pichardo L, Moreno Carvajal Mt, Gonzalez Rosa V, Gavira Moreno R.

Hospital Jerez De La Frontera. CTRA CIRCUNVALACION S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: Describir la eficacia y seguridad de fampridina en la mejora de la marcha en pacientes con esclerosis múltiple (EM), con un grado de discapacidad de 4-7 según la Escala Expandida de Estado de Discapacidad (EDSS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a los pacientes que habían recibido tratamiento con fampridina desde febrero 2014 hasta febrero 2015. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de EM, valor en la escala EDSS, valores de la prueba cronometrada de la marcha de 25 pies (T25FW) antes, a los 14 días y más actual, duración de tratamiento, valores de aclaramiento de creatinina y reacciones adversas. La eficacia se definió como: respuesta inicial si se obtenía una mejora $\geq 20\%$ del valor de T25FW inicial a los 14 días de inicio de tratamiento y respuesta mantenida si la mejora alcanzada continuaba o aumentaba a los 2 meses. La seguridad se valoró según la aparición de reacciones adversas (RA). Los datos fueron obtenidos de la Historia Clínica Digital y del módulo de dispensación a pacientes externos APD-ATHOS-Prisma®.

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes, 16 mujeres (57%), con una media de edad de 51 años (36-71). La media del grado de discapacidad (EDSS) fue de 5.68 (4-7.5, un paciente tenía EDSS=7.5 y el fármaco se usó como uso compasivo). Todos los pacientes presentaban un aclaramiento de creatinina >80 ml/min. Los diagnósticos fueron: 18 pacientes (65%) con EM remitente recurrente (EMRR), 6 (21%) con EM secundaria progresiva (EMSP) y 4 pacientes (14%) con EM primaria progresiva (EMPP). Cinco pacientes (18%) suspendieron fampridina tras el periodo de prueba, 4 por no presentar mejora en la prueba T25FW y uno por intolerancia. El resto (n=23; 82%) presentó mejora en la prueba T25FW, con una disminución media en la prueba T25FW de 31,28%. Aunque esta disminución fue

CONCLUSIONES: Fampridina mostró eficacia en la mayoría de los pacientes, así como un perfil seguro de utilización. Sería necesario incidir en la necesidad de realización de la prueba T25FW para valorar la eficacia real del fármaco y la continuación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

56. EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DE ABATACEPT SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: Iturgoyen Fuentes Dp, Montes Garcia S, Piqueras Romero C, Dominguez Herencias S, Garcia Esteban B, Berrocal Javato Ma.

Hospital Nuestra Señora Del Prado. Carretera De Madrid Km 114 / Toledo. Toledo. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de abatacept (ABT) subcutáneo (SC) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y analizar el coste respecto a la administración por vía intravenosa (IV).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el que se incluyeron pacientes con AR que iniciaron tratamiento con ABT SC entre enero de 2014 y febrero de 2015. Para medir la eficacia se utilizó el DAS28 (Disease Activity Index) calculado con la velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de iniciar el tratamiento y a los 3 y 6 meses después. Los datos antropométricos e historial farmacoterapéutico fueron recogidos del Módulo de Gestión de Pacientes Externos del programa Farmatools® y los datos clínicos a partir de la historia clínica electrónica del paciente (Mambrino XXI®). La diferencia de coste IV/SC se calculó según el número de meses que llevaba en tratamiento cada paciente en mayo de 2015, teniendo en cuenta que todos los pacientes incluidos pesaban más de 60 kg.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 11 pacientes, 8 mujeres (73%) y 3 hombres (27%), con una mediana de edad de 53 años (rango: 19-77). Previamente, todos habían sido tratados con DMARDs (Disease modifying antirheumatic drugs) y 9 (82%) con, al menos, otro biológico. De éstos, en 8 pacientes (89%) se suspendió el biológico por ineficacia y en 1 (11%) por efectos adversos (EA). Se utilizó ABT SC como primera línea de tratamiento biológico en 2 pacientes (18%). En 3 pacientes (27%) se inició el tratamiento al final del periodo de estudio, por lo que sólo se presentan datos a los 3 meses, siendo la media del DAS28 antes del inicio del tratamiento de 4,8 y a los 3 meses de 3,2. En los 8 pacientes restantes (73%), la media inicial del DAS28 fue de 4,8, a los 3 meses de 3,3 y a los 6 meses de 2,8. De ellos, 2(25%) abandonaron el tratamiento por ineficacia (mejoría inicial del DAS28 pero empeoramiento a los 6 meses); destacar que ambos ya habían presentado ineficacia a otros biológicos. De todos los pacientes, 10 (91%) recibieron el tratamiento en combinación con DMARDs y 1 (9%) en monoterapia (notificación de EA con DMARDs). En 3 pacientes (27%) se notificaron EA de leve intensidad (eritema en zona de administración) que no obligaron a suspender el fármaco. El gasto total derivado del uso de ABT SC en todos estos pacientes hasta mayo de 2015 fue de 79.259€, frente a los 94.690€ que hubiera supuesto el tratamiento de los mismos con ABT IV, sin tener en cuenta otros gastos, como los derivados de su administración en Hospital de día.

CONCLUSIONES: Basándonos en nuestra experiencia clínica y en los datos presentados, podemos concluir que en nuestro hospital ABT SC presenta una alta eficacia en AR (75% de pacientes en remisión clínica según DAS28, sin contar los 3 pacientes todavía sin datos a los 6 meses), siendo un fármaco seguro (EA leves que no han requerido suspensión). Otro aspecto a destacar es el ahorro económico que supone respecto a su administración IV (15.431€).

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

57. EMPLEO DE FÁRMACOS CON FINES PREVENTIVOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ESPERANZA DE VIDA CORTA

AUTORES: Hernandez Martin J, Correa Ballester M, Vial Escolano R, Gonzalez Alvarez A, Bosó Ribelles V. Hospital San Jose. Avda/Zaragoza 16. Teruel. España

OBJETIVOS: Cuantificar el porcentaje de pacientes pluripatológicos con expectativa de vida corta que reciben tratamientos preventivos susceptibles de ser suspendidos según la guía "Polypharmacy Guidance" de 2012 del sistema nacional de salud escocés.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: hospital sociosanitario de 48 camas con ingresos de corta, media y larga estancia, rehabilitación y cuidados paliativos.

Tipo de estudio: estudio retrospectivo descriptivo.

Criterios de inclusión: pacientes pluripatológicos (según la clasificación de la consejería de Salud y Bienestar social de la Junta de Andalucía 2007) con edad superior a 65 años, y alto riesgo de muerte en el siguiente año según el índice Profund, que reciben el alta hospitalaria durante enero y febrero de 2015.

Criterios de exclusión: pacientes que estuvieron ingresados en el servicio de paliativos.

Fármacos o grupo de fármacos estudiados: antihipertensivos (IECAs y ARA-II), ácido acetilsalicílico, clopidogrel, metformina, estatinas, fármacos para la osteoporosis.

Plan de trabajo: se revisaron todos los informes de alta de hospitalización emitidos durante el periodo de estudio, excepto los de pacientes que habían estado ingresados en el servicio de paliativos. De los pacientes que cumplían el criterio de inclusión "edad" (>65 años), se valoró si además cumplían el criterio de inclusión "pluripatología" (utilizando la aplicación descargable de la Sociedad Española de Medicina Interna) y finalmente, si cumplían el criterio "alto riesgo de muerte en el siguiente año según el Índice Profund (61,3-68%)" utilizando la calculadora descarga-

ble de la página web de la Sociedad Española de Medicina Interna. Si el paciente cumplía los tres criterios se revisaba el tratamiento prescrito al alta recogiendo si incluía alguno de los fármacos a estudio.

RESULTADOS: Se revisaron 75 informes de alta, de los que 70 pertenecían a pacientes >65 años. De ellos, 39 eran pluripatológicos, clasificándose 24 de ellos como pacientes con alto riesgo de muerte en el siguiente año según el índice Profund.

De los 24 pacientes incluidos finalmente, 21 (87,5%) tenían prescrito alguno de los fármacos o grupo de fármacos estudiados: diez (41,7 %) un ARA-II o IECA como antihipertensivo; 10 (41,7%) ácido acetilsalicílico; 5 (20,8%) clopidogrel; 3 (12,5%) metformina; 5 (20,8%) estatinas y ninguno llevaba tratamiento para la osteoporosis.

CONCLUSIONES: Un importante porcentaje de pacientes con esperanza de vida corta recibe tratamientos con valor limitado, pues su expectativa de vida es inferior al tiempo necesario para obtener un beneficio clínico significativo o el riesgo de efectos adversos es elevado. En este grupo de pacientes frágiles podría plantearse, siempre tras acuerdo con el paciente o cuidador, la deprescripción de estos fármacos con el fin de optimizar la farmacoterapia. Sería interesante, además, considerar actividades formativas en este campo en el hospital.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

684. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD PARA EL USO DE AINES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NOCICEPTIVO EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD

AUTORES: Pérez Robres Y, Guerra De Prado M, Gimeno Matobella Mj, Gamazo Chillon I.

Hospital Universitario Rio Hortega. C/ Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Definir criterios de calidad para el uso de AINES en el tratamiento del dolor nociceptivo y evaluar el grado de cumplimiento tras su implantación en una residencia de la tercera edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de cuatro meses de duración (Enero-Abril 2015) realizado en una residencia de la tercera edad de 210 camas. Para definir los criterios de calidad del uso de AINES se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed del tratamiento del dolor nociceptivo en ancianos usando los descriptores "elderly", "pain", "NSAID" y "osteoarthritis" y limitando la búsqueda a artículos de revisión de los últimos cinco años. También se revisa la información disponible en la base de datos Uptodate® y las recomendaciones de las guías de práctica clínica NICE 2013 y ESCEO 2014. Para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios definidos se analizan los consumos de estos fármacos con respecto al año anterior (Enero-Abril del 2014).

RESULTADOS: En Septiembre de 2014 se establecieron los siguientes criterios de calidad consensuados con el personal del centro (médicos y enfermeras): Paracetamol como fármaco de elección a dosis de 500 mg cada 6-8 h hasta dosis máxima de 3 g/día. Empleo de AINE tópico si el dolor es localizado. En segunda línea, uso de AINE oral a la menor dosis y durante el menor tiempo posible, siendo de elección Ibuprofeno a dosis máxima de 1,2 g/día. Excepcionalmente son de elección Naproxeno en pacientes con antecedentes cardiovasculares a dosis máxima de 1 g/día y Celecoxib en pacientes con riesgo gastrointestinal (antecedente úlcera, perforación o sangrado, colitis ulcerosa/crohn) a dosis máxima de 200 mg/día.

Respecto al año anterior el consumo global de paracetamol ha aumentado, duplicándose la dosis de 500 mg y disminuyendo la de 1000 mg en un 7%. Además se ha observado un aumento del 56% en el uso de AINES tópicos. El consumo total de AINES orales ha tenido un descenso global de un 31%. En el caso del Ibuprofeno se ha visto una tendencia de cambio al uso de la dosis de 400 mg en detrimento de la de 600 mg que ha sufrido un descenso del 47%. El 100% de los pacientes cumple los criterios de uso de Naproxeno y Celecoxib, observándose una reducción en su consumo del 94% y 44% respectivamente.

CONCLUSIÓN: Los criterios de calidad definidos han resultado ser una herramienta útil para optimizar la farmacoterapia de AINES en el paciente anciano.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

500. ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

AUTORES: Mestres Miralles C, Agustí Sastre A, Hernandez Hernandez M, Puerta Bravo L, Llagostera Pujol B.

Mutuam. Mare De Deu De La Salut 49. Barcelona. España

OBJETIVOS: La implementación de estrategias eficaces de optimización de la prescripción nos aporta un claro beneficio sanitario, económico y de seguridad. El servicio de farmacia de nuestro grupo trabaja en los diversos dispositivos asistenciales que atienden a pacientes geriátricos.

Dentro del programa de atención farmacéutica, en 2013 se coordinó dentro de nuestro grupo la gestión de los problemas relacionados con la medicación (PRM) categorizándolos por tipologías y estableciendo circuitos para la aplicación de las mejoras derivadas. Con el objetivo de avanzar en la gestión de estos PRM, queremos abordar la valoración sus diferencias y peculiaridades en función del nivel asistencial, para poder optimizar los resultados en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio realizado a partir de la base de datos de intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo durante el año 2014, en dos operativos: Hospitales Sociosanitarios (HSS) y Equipos de soporte atención sanitaria a residencias (EAR), aplicando:

- Clasificación de las intervenciones farmacéuticas según ASHP (American Society of Health-System Pharmacists)
- Valoración de las intervenciones de mejora de la calidad de la prescripción en geriatría: Aplicación de criterios MAI (versión española)
- Análisis diferencial de las intervenciones y resultados según el nivel asistencial

RESULTADOS: Se han realizado 3872 intervenciones farmacéuticas, 1621 en HSS y 2251 en EAR con un grado de aceptación del 74.57% y 81.42%, respectivamente.

Características poblacionales: HSS 80.54 años, 60.86% mujeres; EAR 86.2 años, 69.57% mujeres.

La media de intervención en HSS es de 2.2 intervención por paciente y 1.87 en EAR.

Se han detectado diferencias en las intervenciones más prevalentes entre HSS y EARs. En HSS los cuatro tipos de intervenciones más prevalentes: inappropriate dose, dosage form, shedule, route of administration, or method of administration (29.3%); problems are arising from the financial impact of therapy (19.06%); medication with no indication (8.43%); medication prescribed inappropriately for a particular condition (8.33%). En EAR: medication prescribed inappropriately for a particular condition (19.44%) condition for which no drug is prescribed (16.45%) medication with no indication (15.63%), inappropriate dose, dosage form, shedule, route of administration, or method of administration (12.86%)

Los resultados de la aplicación de los criterios MAI: media pre intervención HSS 3.68 y post intervención 2.01 ($p < 0.0001$).

El grupo ATC con más incidencias: grupo N (sistema nervioso) en ambos dispositivos; HSS un 25.90%, EAR 28.5 %.

CONCLUSIONES: Las estrategias para abordar la seguridad del paciente y la optimización de la prescripción tienen como eje principal la participación del farmacéutico en la evaluación de la prescripción.

La intervención del farmacéutico mejora la calidad de la prescripción (MAI).

Las diferencias entre HSS y EAR en el tipo de intervención requerida son debidas:

- o Existencia de una Guía Farmacológica (HSS)
- o Posibilidad de seguimiento de la administración de la medicación (HSS).
- o Patología aguda (HSS) frente a patología crónica (EAR)
- o Diferencias en el momento y etapas donde se lleva a cabo la intervención.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1238. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

AUTORES: Lafuente González M, Ferrit Martín M, Villarín Castro A, Zuzuarregui Gironés MS, Calleja Hernández MÁ. Gerencia de Atención Primaria de Toledo y Hospital Virgen de las Nieves. Avda de las Fuerzas Armadas 2. Granada. España

OBJETIVOS: Detectar, clasificar y resolver Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), en pacientes mayores de 65 años polimedcados crónicos (con más de 6 medicamentos durante al menos 6 meses) de un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, de una muestra representativa de pacientes (selección aleatoria simple), de un Centro de Salud del Área Sanitaria.

Se analizaron: 1) edad y sexo; 2) número y tipo de medicamentos prescritos; 3) presencia o ausencia de PRM y clasificación de PRM según Tercer Consenso de Granada; 4) necesidad o no de intervención farmacéutica (IF) y clasificación de IF según Sabater et al. en Seguimiento Farmacoterapéutico 2005.

Periodo de estudio: agosto 2014-febrero 2015.

Fuentes de información: listado de pacientes mayores de 65 años con más de 6 medicamentos durante al menos 6 meses, historia clínica informatizada y programa informático de prescripción de recetas del Servicio de Salud.

Procedimiento: Análisis de la prescripción farmacológica, detección de potenciales PRM, intervenciones farmacéuticas dirigidas al médico responsable del paciente y grado de aceptación de las recomendaciones del farmacéutico por parte del clínico.

RESULTADOS: El número total de pacientes del estudio fue de 94, 61% mujeres y 39% hombres. El promedio de edad fue de 81 años en mujeres y 77 años en hombres.

El total de medicamentos prescritos fue 905, media de medicamentos/paciente/día de 9,6, un 18% de mujeres con 13-17 medicamentos/día vs. 14% de hombres. El 54% de los pacientes presentaba al menos un PRM (56% vs. 51% en mujeres y hombres respectivamente). El promedio de PRM/paciente fue de 1,6, siendo de 1,8 en mujeres y de 1,3 en hombres. El PRM más frecuente fue la dosis, pauta y/o duración del tratamiento no adecuado (37%), interacciones (27%) y duplicidad terapéutica (13%), siendo los principales medicamentos implicados antiagregantes, AINES, benzodiazepinas y antidepresivos.

Se realizaron IF en 51 pacientes, siendo aceptadas en 39% de los pacientes. Suspender algún medicamento fue la IF más frecuente (45 pacientes) seguido de modificación del régimen posológico (25) y la sustitución de un medicamento por otro (12).

DISCUSIÓN: La revisión sistemática y periódica de la medicación en pacientes ancianos polimedicados y la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar que atiende al paciente disminuye la probabilidad PRM, mejora la calidad de la prescripción y la seguridad del paciente, siendo coste-efectivo. El registro de las IF permite evaluar la actividad del farmacéutico generando un valor añadido.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1055. Estudio de adecuación del uso de estatinas a la guía de hipercolesterolemia de la American Heart Association 2013 en pacientes mayores de 75 años.

AUTORES: Plasencia García I, Navarro Dávila Ma, Suarez Gonzalez M, Morales Barrios Ja, Tevar Afonso E, Merino Alonso J.

HOSPITAL UNIV. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. Ctra. del Rosario, 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de adecuación del uso de estatinas a la Guía de la American Heart Association sobre Hipercolesterolemia en pacientes mayores de 75 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal realizado en Abril de 2015, de pacientes ingresados mayores de 75 años, con alguna estatina prescrita y su dosis. Los datos se obtuvieron del programa informático Farmatools.

Según la 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults, en pacientes mayores de 75 años con antecedentes isquémicos vasculares, se recomienda el tratamiento con estatinas de intensidad moderada. Las estatinas disponibles en la Guía Farmacoterapéutica del hospital son simvastatina 10 mg, 20 mg y atorvastatina 20 y 40 mg. El programa de equivalentes terapéuticos permite la sustitución de otras estatinas por estas, durante el ingreso hospitalario. Consideramos que la simvastatina a las dosis incluidas en Guía corresponde a intensidad moderada, asumiendo un 100% de adherencia a la ACC/AHA Guideline. Las dosis de atorvastatina consideradas como intensidad moderada son de 10 y 20 mg, mientras que las dosis de atorvastatina de 40 mg y 80 mg corresponden a alta intensidad y por tanto, no recomendada para este grupo de edad. También analizamos la última Guía Europea (2011) para el tratamiento de la hipercolesterolemia donde no establece diferencias entre pacientes ancianos y jóvenes, aunque recomienda instaurar el tratamiento hipolipemiante a dosis bajas en pacientes ancianos.

RESULTADOS: Se obtuvo que el número de pacientes ingresados mayores de 75 años fue de 230. El número de pacientes que tenían prescrita alguna estatina fue de 127 (55%). De ellos, 67 pacientes (53%) con atorvastatina 40 mg y ninguno con atorvastatina de 80 mg.

CONCLUSIONES: Aproximadamente la mitad de los pacientes ingresados mayores de 75 años que toman estatinas, no se ajustan a las recomendaciones de la 2013 ACC/AHA Guideline, en particular por el uso de atorvastatina a dosis de alta intensidad.

La adherencia de los prescriptores a esta Guía es baja, posiblemente debido a que en toman como referencia la Guía Europea y a pesar de que desde el Servicio de Farmacia recomendamos a los prescriptores la reducción de la dosis de atorvastatina a 20 mg.

El compromiso de los farmacéuticos hospitalarios con el paciente crónico, polimedicado debe ser unitario, equitativo en todos los niveles, en particular en el paciente anciano, de ahí la necesidad de estudiar las últimas guías y recomendaciones.

1239. ESTUDIO DE INICIO DE FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Rodríguez Palomo A, Alvarez Manceñido Fj, Martínez Torron A, Llorente Romeo A, Lazaro Lopez E, Martínez-Mugica Barbosa C.

Hospital Univ. Central De Asturias. Avenida De Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de fampridina a las dos semanas de inicio de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM) que iniciaron tratamiento con fampridina tras su inclusión en la guía farmacoterapéutica (GFT). Los datos fueron obtenidos de la historia clínica (HC) y el programa de dispensación de pacientes externos del servicio de farmacia (SF). Las variables recogidas fueron: edad, género, forma clínico-evolutiva de la EM, adherencia, aclaramiento de creatinina, epilepsia activa, escala de 12 ítems de la marcha de esclerosis múltiple (MSWS-12), Timed 25 Feet Walking Test (T25FW; prueba de la marcha), Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS), efectos adversos.

RESULTADOS: Desde la inclusión de fampridina en la GFT, iniciaron tratamiento un total de 36 pacientes con una mediana de edad al inicio de tratamiento de 54 años (rango: 33-74). Los pacientes presentaron las siguientes formas clínico-evolutiva de la EM: remitente-recurrente (19,4%), primaria progresiva (25%) y secundaria progresiva 41,7%. El 69,4% fueron mujeres.

Todos los pacientes tienen, al inicio del tratamiento, una discapacidad de la marcha (EDSS) entre 4 y 7 puntos. Un aclaramiento de creatinina superior a 80 mL/min, sin historia previa de crisis epilépticas.

De un paciente no se pudieron obtener los datos por no constar en la HC. Otro paciente abandonó el tratamiento antes de la evaluación a las dos semanas por efectos adversos. En el 73,5% de los pacientes se observaron mejorías clínicamente significativas en la marcha, según determinó la las pruebas MSWS y T25FW. En los pacientes no respondedores un paciente no fue adherente al tratamiento y cuatro de ellos continuaron con tratamiento a pesar de no haber superado el límite de mejora establecido (mejoría de 6 puntos en MSWS y 20% en T25FW).

Mediante los datos de las dispensaciones recogidas a través de la aplicación informática del SF se obtiene que existe una adherencia del 97,1%.

En cuanto a los efectos adversos recogidos en los controles rutinarios a los pacientes a tratamiento con Fampyra® son: Desequilibrio 11,1% Estreñimiento 11,1% Molestias gástricas 5,6% Insomnio 8,3% Nerviosismo 5,6%. En uno de los pacientes los efectos adversos fueron inaceptables obligando a la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: El porcentaje de respondedores fue superior a los ensayos pivotaes (MS-F203 y MS-F204). No existe evidencia de datos científicos que indique que los pacientes que no respondieron a las pruebas de control deban seguir a tratamiento.

Sería interesante establecer un equipo multidisciplinar para la evaluación de la eficacia tras dos semanas de tratamiento.

950. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FARMACOLÓGICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Ferrit Martín M, García Molina O, Sierra García F, Gutierrez Cívicos MDR, Saldaña Soria R, Calleja Hernández MA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Avda. Fuerzas Armadas, 2, 18014. Granada. España

OBJETIVOS: Conocer el perfil clínico de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR), así como el patrón de prescripción de los fármacos antirreumáticos moduladores de la enfermedad (FAMES) y anti-factor de necrosis tumoral alfa (Anti-TNF) en el tratamiento de la AR.

Materiales y métodos

Estudio nacional multicéntrico (5 hospitales), observacional retrospectivo con horizonte temporal de 5 años (Junio 2008-Mayo 2013). Se incluyeron pacientes diagnosticados de AR, >18 años y al menos 3 meses en tratamiento con Anti-TNF: Infliximab (INF), Adalimumab (ADA), Etanercept (ETN), Golimumab (GOL), Certolizumab (CTZ). Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo evolución de AR, número/tipo comorbilidades, factor reumatoide, erosiones, actividad de enfermedad) y farmacológicas (FAMES previos Anti-TNF, línea Anti-TNF, tratamiento concomitante Anti-TNF). Las variables fueron recogidas de la historia clínica y registros de dispensación. El análisis descriptivo estadístico se realizó con SSPS®.

RESULTADOS: Se incluyeron 813 pacientes con AR siendo el 79.8% mujeres y el 20.2% hombres. La media de edad de los pacientes fue de 54.0 ± 13.2 años. El tiempo medio de evolución de la AR fue de 12.5 ± 8.1 años; el 15.7% y 84.3% presentaban 1 comorbilidad asociada (62.3%-1 comorbilidad, 22.4%-2 comorbilidades, 11.3%-3 comorbilidades y 4.1%-4 ó >4 comorbilidades). El 22.2% fueron comorbilidades relacionadas con la AR; las más frecuentes: 37.7%-anemia, 22.6%-síndrome seco y 17.8%-nódulos reumatoides. El 77.8% fueron comorbilidades no relacionadas con AR; destacando las enfermedades cardiovasculares (31.0%) y enfermedades óseas (30.2%), de ellas la hipertensión arterial (14.4%) y osteoporosis (22.2%). El 63.3%, 32.4% y 91.7% de los pacientes mostraron positividad al factor reumatoide, erosiones y una actividad de la enfermedad moderada-alta al inicio del tratamiento Anti-TNF (DAS28 medio 5.0 ± 1.3). Se registraron 1035 episodios de inicio de fármacos Anti-TNF. Los FAMES previos al inicio del tratamiento Anti-TNF fueron: 8.0% sin FAMES, 68.0% en monoterapia, 19.1% en terapia combinada y 11.9% desconocido. Los FAMES prescritos fueron: 41.0% metotrexato, 35.9% leflunomida, 15.3% sulfasalazina/salazopirina, 6% cloroquina/hidroxicloroquina y 1.8% sales oro. Los Anti-TNF prescritos fueron: ADA (38.2%), ETN (37.5%), INF (17.5%), GOL (4%), CTZ (2.8%). Se registraron diferentes líneas de tratamiento de los Anti-TNF: 67.6%-1ª línea (39.3%-ADA > 33.4%-ETN > 22.1%-INF), 26.7%-2ª línea (46.8%-ETN > 39.5%-ADA), 4.3%-3ª línea (37.8%-ETN > 22.2%-ADA = 22.2%-CTZ), 1.1%-4ª línea (54.5%-GOL > 18.2%-ETN), 0.2%-5ª línea (50%-INF = 50%-ETN). Los Anti-TNF se prescribieron el 8.8% sin tratamiento concomitante y el 91.2% con tratamiento concomitante (15.6%-1 fármaco, 32.3%-2 fármacos, 42.8%-3 fármacos, 0.4%-4 fármacos). Los fármacos concomitantes a Anti-TNF fueron: 35.1% FAMES, 32.0% corticoides, 28.6% AINES, 0.3% inmunosupresores y 0.1% biológicos.

CONCLUSIONES: Los pacientes presentan características típicas de pacientes con Artritis Reumatoide (mujer, factor reumatoide positivo, erosiones, enfermedad de larga evolución y actividad moderada-alta. El 79.9% tenían FAMES previos a la prescripción de fármacos Anti-TNF. Adalimumab, etanercept e infliximab fueron los más utilizados en varias líneas de tratamiento en combinación con 2-3 fármacos (FAMES>Corticoides>AINES).

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

708. EVALUACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EMPLEADA EN DEMENCIA AVANZADA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: García García R, Sansano Clement A, Minuesa Sánchez R, García Cases S, Cánoves Escolano Ma, Espert Roig Mm.

Servicio De Farmacia Sociosanitario La Florida. Tomás Aznar Domenech, 43, 03007. Alicante. España

OBJETIVOS: Describir el perfil farmacoterapéutico y optimizar el uso de inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) en el residente con demencia estadio avanzado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal de las personas mayores institucionalizadas en once centros sociosanitarios. Se incluyó a todos los residentes con deterioro cognitivo. Se evaluó: edad, sexo, diagnóstico, grado de deterioro cognitivo según escala de deterioro global (GDS) y/o Mini-Mental State Examination (MMSE), tratamiento farmacológico y coste de tratamientos según precio de venta del laboratorio. Se consideraron fármacos para el control de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) los neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos.

Los datos se obtuvieron del programa de gestión farmacoterapéutica, de la historia clínica, y mediante la elaboración de encuestas dirigidas a médicos y psicólogos para valorar el grado de deterioro cognitivo actual. En base a las guías de práctica clínica (Sistema Nacional de Salud y National Institute for Health and Care Excellence) se elaboraron recomendaciones para valorar la necesidad de continuar el tratamiento con inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) en estadios de deterioro avanzados.

El tratamiento de los datos, así como el contraste de hipótesis entre variables categóricas mediante Chi², se realizó mediante SPSS v.20. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS: 435 residentes presentaron deterioro cognitivo. La edad media fue $82,4 \pm 8,6$ años, 327 (75,2%) mujeres. Por diagnóstico: 164 (37,7%) enfermedad de Alzheimer, 63 (14,5%) demencia vascular, 23 (5,3%) deterioro cognitivo leve sin filiar, 18 (4,1%) demencia en enfermedad de Parkinson, 15 (3,4%) demencia mixta, 54 (12,5%) otras demencias, 98 (22,5%) otras demencias sin filiar. Por grado de deterioro cognitivo: 78 (17,9%) leve, 132 (30,3%) moderado a moderadamente severo, 210 (48,3%) severo, 15 (3,4%) sin valorar.

Entre los residentes con deterioro cognitivo severo: 73 (34,8%) permanecían en tratamiento con IACE y 51 (24,3%) con memantina, 25 (11,9%) de ellos con IACE y memantina concomitante. Fármacos para el control de SCPD en estadio severo: empleados en 64 (87,7%) residentes tratados con IACE, frente a 92 (67,2%) residentes no tratados con IACE (OR=3,5; IC95% 1,6-7,6; $p=0,001$); tratados con neurolépticos 49 (67,1%) residentes tratados con IACE, frente a 58 (42,3%) no tratados con IACE (OR=2,8; IC95% 1,5-5,0; $p=0,001$); sin diferencias al analizar el resto de

grupos (antidepresivos y ansiolíticos). Al considerar el empleo de memantina como variable explicativa, no se encontraron diferencias en el uso de fármacos para los SCPD ni en ninguno de los grupos en particular.

Se emitieron 47 recomendaciones para valorar la idoneidad del tratamiento con IACE en estadio avanzado, suspendiéndose el fármaco en 15 casos por ausencia de beneficio clínico, lo que representó un ahorro de 653,2€ al mes.

CONCLUSIONES: Es imprescindible realizar valoraciones periódicas de la eficacia del tratamiento con el fin de optimizar los recursos. Dadas las diferencias obtenidas en el uso de fármacos para los SCPD, surge la necesidad de estudiar de forma prospectiva la relación entre SCPD, los fármacos para su manejo y el tratamiento con IACE.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

473. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

AUTORES: Nacle López I, Muñoz Cejudo Bm, Moreno Villar A, Angulo Garcia C, Ruiz-Rico Ruiz-Morón Mt. Hospital San Juan De La Cruz. Ctra. Linares, Km 1. Jaén. España

OBJETIVOS: Evaluar los resultados obtenidos de un programa de Educación Diabetológica (ED) y conocer el grado de satisfacción con la medicación en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional de julio 2014 a mayo 2015. Se incluyeron pacientes con DM tipo 2 y factores de riesgo como hipertensión y dislipemias. Se establecieron como objetivos una HbA1C < 7% y 3 visitas. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, número medio de visitas, tratamiento antidiabético, media de HbA1C y colesterol total, al inicio y en última determinación (obtenidos de la aplicación de laboratorio). El grado de satisfacción con la medicación se midió a través de la versión II española del cuestionario "Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication" (TSQMII) aplicándose en la primera visita. El cuestionario consta de 11 ítems que tratan 4 dimensiones: efectividad, efectos adversos, conveniencia y satisfacción global. Cada dimensión se puntúa en una escala de 0-100. Los datos se analizaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: De 13 pacientes que iniciaron ED en ese período, se incluyeron en el estudio 10 (8 hombres y 2 mujeres). Edad media (años):66,5 (55-75). Número medio de visitas 5,7 (3-12). Tratamiento: 8 con antidiabéticos orales (ADO) y 2 con ADO e insulina. La media de HbA1C y colesterol total al inicio fue 9,55% y 235 mg/dl respectivamente y en la última determinación 7,2% y 190 mg/dl respectivamente ($p < 0,05$). La media para la dimensión de efectividad del TSQMII fue 58,33, para los efectos adversos 58,33, conveniencia 63,68 y satisfacción global 63,33. Un paciente llegó a la visita 9 con HbA1C < 7% y 3 con colesterol total < 175mg/dl.

CONCLUSIONES: EL programa de ED en el hospital ha demostrado ser efectivo para el control de la HbA1C y del colesterol total, siendo necesario incluir más pacientes y un seguimiento a más largo plazo para obtener resultados más concluyentes. El cuestionario de satisfacción con la medicación realizado al inicio, mostró puntuaciones medias, lo que nos proporciona un marco de referencia para futuras intervenciones que puedan aumentar el grado de satisfacción de los pacientes con su medicación.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1212. EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

AUTORES: Martínez De Arriba R, Alamo Gonzalez O, Oca Luís B, Cabia Fernandez L, Barbadillo Villanueva S, Ubeira Iglesias M.

Hospital Universitario De Burgos. Avda. islas Baleares Nº3. Burgos. España

INTRODUCCIÓN: El uso de antipsicóticos en ancianos es muy habitual, siendo los antipsicóticos atípicos (ApA) los más utilizados. Debido al mayor riesgo de eventos cerebrovasculares asociados a estos ApA, su uso se ha restringido en mayores de 75 años.

Además ninguno de los ApA, a excepción de Risperidona con restricciones, se ha autorizado en psicosis y/o trastornos de la conducta asociados a demencia.

A pesar de ello, estos fármacos se continúan empleando en Residencias Sociosanitarias de Asistidos (RSA), y su prescripción no siempre cumple indicaciones autorizadas, con el posible riesgo para la salud de los internos.

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de antipsicóticos en el paciente anciano en una RSA, especialmente los ApA usados en mayores de 75 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes, en régimen interno, en tratamiento con antipsicóticos en el momento actual en una RSA que depende de servicio de Farmacia Hospitalaria de nuestro hospital.

Se revisaron historias clínicas de 42 pacientes (33 mujeres), con una edad media de 84,7 años, evaluando tratamientos, dosis administradas, prescripciones, indicaciones y duración de los mismos.

Los datos se obtuvieron del programa de Dispensación en Unidosis de la RSA, la Historia Clínica Electrónica del hospital y las Historias Clínicas en papel archivadas en la RSA.

RESULTADOS

El 88,1% (37) de los pacientes estudiados en tratamiento antipsicótico son mayores de 75 años, de los cuales el 86,5% (32) están en tratamiento con ApA.

En cuanto al tratamiento con ApA en > 75 años, el 93,7% tienen monoterapia, siendo los más usados: 73.3% Quetiapina, 16.7% Risperidona, 6.7% Olanzapina y 3.3% Paliperidona.

Respecto al inicio del ApA, el 25% llevan al menos 10, un 34.4% entre 5 y 10 años, un 25% menos de tres años y un 15.6% desconocido. En cuanto al médico prescriptor del ApA, el 46.9% psiquiatra, 21.8 % médico responsable de la RSA, 12.5% neurólogo y 18.8% desconocido.

En tan solo un 53,1% de los pacientes la indicación del tratamiento está aprobada según ficha técnica.

CONCLUSIONES: Los tratamientos con ApA en pacientes >75 años en las RSA muchas veces no tienen indicación de uso aprobada; además éstos tratamientos se mantienen en el tiempo de forma indefinida.

Al no ser necesario el visado de la Inspección de Sanidad, y disponer de un depósito de medicamentos propio, los inicios y las continuaciones de tratamiento se realizan dentro del propio RSA.

Es un punto de mejora para el Farmacéutico Hospitalario responsable del suministro a estas RSA, el seguimiento y validación de dichos tratamientos.

También se demuestra la necesidad de una formación permanente de todo el personal, especialmente facultativos, con implicación importante del servicio de Farmacia.

Por tanto, es necesario reevaluar la necesidad de los ApA y valorar la utilización de alternativas más seguras con indicación autorizada.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

934. EVALUAR LA RESPUESTA Y ADHERENCIA DE LA FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON DISCAPACIDAD EN LA MARCHA.

AUTORES: Santaolalla Garcia I, Moriel Sanchez C, Rubio Cebrian B, Picazo Sanchiz G, Martin Casasempere I, Segura Bedmar M.

Hospital Univ. De Mostoles. C/Rio Jucar 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar la respuesta y adherencia al tratamiento con fampridina en pacientes con esclerosis múltiple (EM) con discapacidad en la marcha, conforme al protocolo de tratamiento aprobado en un hospital general universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de EM que iniciaron tratamiento con fampridina durante el periodo comprendido entre septiembre de 2014 y mayo de 2015. Según el protocolo aprobado en la Comisión de Farmacia, los criterios de inicio fueron: grado de discapacidad en la marcha (EDSS) entre 4 y 7, una puntuación del test de velocidad de la marcha de 25 pies (T25WT) entre 8-45 segundos, aclaramiento de creatinina mayor de 80 ml/min y sin antecedentes de epilepsia ni arritmias cardíacas. La respuesta al tratamiento se evaluó con el T25WT a los 14 días y cada tres meses durante el tratamiento y se definió respondedor a aquel paciente con una mejoría en el test mayor o igual al 20 %. Las variables registradas fueron: edad, sexo, diagnóstico, puntuación EDSS, T25WT al inicio, a los 14 días y a los 3 meses, tratamiento inmunomodulador para EM y adherencia. Para la recogida de datos se revisó la historia clínica electrónica en Selene®, los protocolos de dispensación de fampridina y el módulo de dispensación de pacientes externos de Farmatools®. El análisis estadístico se ha llevado a cabo con el programa SPSS.

RESULTADOS: Se incluyeron 21 pacientes que iniciaron tratamiento con fampridina, 71,43% mujeres, con una media de edad de 54,30 (SD: 7,36), EDSS medio de 4,93 (SD: 1,22) y con una media de T25WT 19,11 (SD: 14,28). El 9,2 % de los pacientes no cumplía los criterios de inclusión. El 52,38 % presentaba EMRR, el 33,33% EMSP y el 14,29 % EMPP. El 57,14 % de los pacientes llevaba tratamiento inmunomodulador. El 66,67 % de los pacientes evaluados a los 15 días de tratamiento respondieron satisfactoriamente al tratamiento según la prueba T25WT, con una media de mejoría en la marcha del 31,49 %. Al cabo de los tres meses de tratamiento, el 100 % de los pacientes que continuaron con fampridina obtuvieron una mejora media del 26,04 % sobre el nivel basal del T25WT. En el análisis por subgrupos se observa que la respuesta no se ve influenciada por el sexo, edad, tipo de esclerosis múltiple y uso de inmunomoduladores. La tasa de adherencia del fármaco fue del 100%.

CONCLUSIONES: Fampridina es el único fármaco indicado para la mejora de la marcha en pacientes con EM, cubriendo un área desprovista de tratamiento. Los resultados muestran una tasa de respondedores a fampridina a corto plazo elevada, con una mejoría en el test de velocidad en todos los pacientes que superaron el periodo de prueba. No obstante queda por demostrar la eficacia a largo plazo, por lo que se requieren estudios con periodos de seguimientos más largos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

564. EVOLUCION DE LA ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA AL PACIENTE GERIATRICO

AUTORES: Rebollar Torres E, Andres Arribas I.

Hospital Real Nuestra Señora De Gracia. Ramon Y Cajal, 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar y cuantificar la atención farmacéutica comparando las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en dos periodos distintos con el fin de identificar cambios en el perfil de intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de septiembre a diciembre de 2014. Ámbito del estudio: Servicio de Geriatría y Unidad de Ortogeriatría y Cirugía con 69 camas, todas ellas cuentan con prescripción electrónica asistida (PEA) y sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias.

Se revisaron el 100% de las líneas de prescripción y se recogieron datos de identificación, edad, sexo, alergias y terapia farmacológica de los pacientes. Se compara este estudio con el realizado en 2010.

RESULTADOS: El número total pacientes ingresados en el periodo de estudio fue de 405: 225 mujeres (55,56%) y 180 hombres (44,44%), con una edad media de 84,4 años.

Se intervino en 325 pacientes (80,25%-88,74% en 2010). Se validaron 8.876 líneas de prescripción y se realizaron 685 IF (7,9%-8,1% 2010). El número de intervenciones por paciente fue de 1,71 (3,27 en 2010) y las intervenciones por día 5,71 (9,78 en 2010).

Tras analizar las IF, se encontró que las más frecuentes fueron: dosis inadecuadas 211 (30,8%-34,68% 2010); 170 eficiencia-eficacia y 41 de seguridad; cambio de especialidad farmacéutica (EF) 152 (22,19%-62,79% 2010); 106 de vía de administración (15,47%-10,6% 2010); pauta de administración 80 (11,68%-13,66% 2010); selección inadecuada de EF 34 (4,96%-10,4% en 2010); información de medicamentos 32 (4,67%-4,96% 2010); omisión 15 (2,19%-7,95% 2010) y duración de tratamiento 19 (2,77%-11,82% en 2010).

En cuanto a las alergias, se hizo un corte en un día del periodo estudiado y, de los 63 pacientes ingresados, en 3 (4,76%) el facultativo prescriptor había introducido las alergias en el programa de prescripción como texto libre. En 12 pacientes (19,05%) hubo omisión y las alergias las agregó el farmacéutico y en el resto (76,19%) no constaba referencia alguna a las alergias (el farmacéutico agregó "sin alergias conocidas hasta la fecha").

Todas las intervenciones se realizaron en el seguimiento clínico diario.

CONCLUSIONES: El porcentaje total de IF ha sido similar en los dos periodos comparados, si bien el número de intervenciones por paciente y día se ha reducido.

Se mantienen las IF que aportan eficiencia y seguridad en las dosis utilizadas y se han reducido las realizadas por cambio de EF, debido a una mayor adhesión a la guía farmacoterapéutica del hospital, y las IF por selección inadecuada de EF.

El estudio ha puesto de manifiesto una omisión y falta de codificación de alergias en el programa de prescripción y ha demostrado la importante labor de atención farmacéutica realizada.

La atención farmacéutica aporta seguridad en la utilización de los medicamentos y refleja el compromiso del farmacéutico de hospital en la gestión clínica, lo que repercute directamente en la calidad de la atención prestada a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

776. EXPERIENCIA CON DIMETILFUMARATO: UN NUEVO FÁRMACO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

AUTORES: Díaz González M, Pascual Carrasco Á, Javaloyes Tormo A, Boquera Ferrer MI, Pérez Sempere Á, Polache Vengud J.

Hospital General Universitario De Alicante (Hgua). C/ Pintor Baeza N° 12. Alicante. España

OBJETIVOS: El dimetilfumarato (DMF) es un nuevo fármaco de administración oral comercializado en España desde enero 2015 para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR). El objetivo del presente estudio

es analizar el uso del DMF en la práctica clínica habitual. Hemos analizado la tolerabilidad y la seguridad, puesto que no ha transcurrido el tiempo necesario (12 meses) para evaluar su efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con DMF desde agosto 2014 (mediante acceso expandido) hasta mayo 2015 en una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital terciario.

VARIABLES recogidas: edad, sexo, tratamiento (previo, motivo de cambio o suspensión), recuento linfocitario, función hepática y renal, perfil de efectos adversos y adherencia al tratamiento (mediante entrevista al paciente y registros de dispensación).

La información se obtuvo de las historias clínicas y aplicaciones informáticas de dispensación individualizada.

RESULTADOS: Se incluyeron 42 pacientes diagnosticados de EMRR (6 hombres/ 36 mujeres) con una edad media de 40.1 años (20.1 – 71.7): 21 del acceso expandido y 21 postcomercialización. De éstos, 3 fueron inicios y 39 tratados previamente: 15 con interferon beta-1a im, 12 con interferon beta-1a sc, 3 con interferon beta-1b sc y 9 con acetato de glatirámico. En todos el motivo de cambio fue por reacciones adversas en el lugar de inyección y la comodidad de la administración oral.

Incidencia de efectos adversos registrados: el 90% de los pacientes sufrió sofocos/rubefacción en algún momento del tratamiento no siendo motivo para la modificación o suspensión del mismo. Debido a intolerancia digestiva en 5 pacientes postcomercialización se redujo la dosis a la mitad durante 28 días volviendo después a la dosis habitual, excepto 1 paciente pendiente de reevaluar por el neurólogo. Y 4 suspendieron directamente el tratamiento con DMF: 3 del acceso expandido, porque no se disponía de la posibilidad de establecer una reducción de dosis, y 1 postcomercialización que prefirió volver a su tratamiento anterior.

La función hepática y renal permaneció inalterada, y el recuento linfocitario de 15 pacientes (con seguimiento de 6 meses) disminuyó un 28%.

La adherencia al tratamiento fue adecuada, salvo 1 paciente que manifestó tener algún olvido de medicación. En general los pacientes se mostraron satisfechos con DMF.

La mediana de seguimiento fue de 96 días (IQR = 151.5 días).

CONCLUSIONES: Aunque el DMF tiene indicación como terapia de inicio, en nuestro estudio se ha utilizado mayoritariamente como cambio de tratamiento, pues supone una alternativa a la administración parenteral que muchos pacientes demandaban, mejorando su calidad de vida.

En nuestra población, el DMF ha resultado seguro. Los parámetros analíticos no experimentaron variaciones importantes. En la mayoría de los pacientes que presentaron intolerancia digestiva, ésta se resolvió tras una disminución de dosis temporal. La rubefacción/sofocos registrados resultó ser mayor al especificado según ficha técnica produciéndose en cualquier momento del tratamiento. Destacar la importancia del seguimiento del recuento linfocitario para prevenir una posible aparición de leucoencefalopatía.

Es necesario un seguimiento a largo plazo para también evaluar la efectividad.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

877. FAMPRIDINA: ¿ALGO MÁS QUE LA MEJORA DE LA MARCHA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

AUTORES: Blanco Sánchez G, Rodríguez Mateos Me, Suárez Carrascosa Fj, Gallego Muñoz C, Domínguez López M, Manzano Martín Mv.

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Avenida Ana De Viya Nº21. Cádiz. España

OBJETIVOS: El trastorno de la marcha en pacientes con EM tiene una alta prevalencia, puesto que al destruirse la mielina de las neuronas, los canales de potasio de los axones quedan expuestos de manera que la generación y propagación del impulso nervioso pueden verse afectados. Fampridina actúa bloqueando los canales de potasio, por lo que mejora la conducción nerviosa mejorando así la sintomatología. El objetivo principal consiste en evaluar la eficacia, seguridad y adherencia del tratamiento con Fampridina para la mejora de la marcha en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM). El objetivo secundario trata de evaluar otros efectos descritos como: fatiga, velocidad del procesamiento y calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, desde marzo de 2014 hasta mayo de 2015. Se obtuvo una muestra de 13 pacientes tratados con Fampridina 10 mg/12h, todos ellos adultos con EM, un aclaramiento de creatinina superior a 80 ml/min, un grado de discapacidad de 4 a 7 según escala EDSS, sin historia previa de crisis epilépticas ni enfermedad cardíaca, y sin tratamiento con medicamentos inhibidores de OCT2. Como medida de eficacia y seguridad, se utilizó la prueba cronometrada de la marcha de 25 pies (T25FW), además de la

información obtenida en las entrevistas realizadas a los pacientes tanto al inicio de tratamiento como en las revisiones posteriores. Como medida de la adherencia, se tomaron como referencia las dispensaciones registradas en pacientes externos.

RESULTADOS: Con una muestra de 13 pacientes, la media de edad fue de 47 años, siendo un 54 % hombres. La discapacidad media en la escala EDSS fue de 5,4. De los 13 pacientes del estudio, un 15 % (2) no continuaron con el tratamiento a los 14 días por no observar eficacia, y un 7 % (1) a los 45 días por no existir mejoría. Los otros 10 pacientes continuaron con el tratamiento hasta el final del estudio. La media de la mejora de la marcha según el test T25FW fue de 45,3 % (considerando paciente respondedor la mejora del T25FW>20%). De esos 10 pacientes, un 70 % (7) notificaron mejora de la fuerza de las extremidades superiores, de la movilidad, y aumento de agilidad. En un 30 % (3) disminuyó la urgencia urinaria. No se notificó ninguna reacción adversa atribuible a Fampridina.

CONCLUSIONES: Fampridina produce una mejora de la marcha mantenida en el tiempo en un porcentaje muy elevado de los pacientes, siendo además un fármaco muy bien tolerado. La discapacidad en la escala EDSS en el período de estudio no se ve aumentada, disminuyendo en alguno de los casos. Se observaron también mejorías llamativas en otros aspectos relacionados con la discapacidad, como la disminución de la urgencia urinaria o la mejora de la motricidad de los miembros superiores y los síntomas cognitivos, lo que refieren como una mejora de la calidad de vida. Son necesarios más estudios con poblaciones más grandes para sumar más objetivos terapéuticos a la Fampridina que establezcan la correlación entre la mejora y el tratamiento con el fármaco.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

109. IDENTIFICACIÓN DE DISCREPANCIAS EN LA MEDICACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES: Morales Perez M, Paredes Garcia P, Patricio Irineo F, Colin Gomez Dp, Guzmán Vazquez S, Sanchez Rodriguez I.

Centro Oncológico Estatal Del Instituto De Seguro Social Del Estado De México Y Municipios.. Av. Solidaridad Las Torres N° 101, Esquina Con Prolongacion Benito Juarez, Colonia Del Parque. Internacional. Mexico

OBJETIVO: Identificar discrepancias de la medicación mediante el proceso de conciliación al ingreso de una hospitalización. Antecedentes: La conciliación de la medicación es parte integral del proceso de transición durante la atención médica, en el que profesionales de la salud colaboran para mejorar la seguridad. El servicio de farmacia clínica implementó el proceso de conciliación de manera estandarizada desde Agosto de 2013, actualmente revisa, documenta y analiza, la presencia de discrepancias en la prescripción médica. Se presenta el análisis del 4to trimestre de 2014 al 1er trimestre de 2015. Material y métodos. Se evaluaron los ingresos hospitalarios para identificar a pacientes que necesitaban la continuidad de la medicación habitual, la información se consignó en un formato especialmente diseñado por el área, y se obtuvo mediante una entrevista al paciente o el familiar: datos demográficos, del diagnóstico oncológico y el tratamiento de la enfermedad crónica, datos de automedicación, sospecha de reacciones adversas a medicamentos y alergias. Se recibieron 1200 ingresos hospitalarios, de los cuales se identificaron pacientes que permanecerían al menos 8 horas en el servicio y requirieran continuar con su medicación, dada la naturaleza del paciente atendido se excluyeron pacientes que ingresaran para manejo de toxicidad por quimioterapia, procedimiento quirúrgico ambulatorio, aplicación de medicamento o transfusión. Se realizaron 473 conciliaciones, lo cual representa el 40% de la población egresada. Se realizó un análisis descriptivo mediante indicador de tendencia central y dispersión, del grupo total, por género y diagnóstico de la enfermedad crónica dependiendo de la variable, y su resolución en términos de la modificación de la prescripción.

RESULTADOS: Se identificaron 473 conciliaciones donde se reportaron 172 discrepancias de las cuales 86(50%) estuvieron justificadas por el médico o la situación clínica del paciente, de las no justificadas el farmacéutico clínico intervino en 83(48.25%), en la descripción general de la población 316 fueron mujeres, la edad promedio ($X \pm SD$ años) del grupo fue 52.3 ± 17 (mujeres 51.6 ± 16.05 vs 53.1 ± 18.97 hombres)., El diagnóstico oncológico según la clasificación CIE más frecuente fue: neoplasias malignas de mama y órganos genitales femeninos con 191(40.3%), seguida de neoplasias digestivas con 89(18.8%). Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron: como diagnóstico único Hipertensión arterial (HAS) 76(41.30 %), Diabetes Mellitus (DM) 26(14.1%) enfermedades de la tiroides (hipo e hipertiroidismo) en 13(7.07%), la asociación de diagnósticos más frecuente es DM+HAS con 40(21.74%) casos. En 289 pacientes no se identificó padecimiento crónico, los fármacos más utilizados fue antihipertensivos 168(54.38%) e hipoglucemiantes 94(28.75%). Los fármacos más frecuentemente involucrados en la conciliación fueron Metformina 47(14.37%) y Losartan 38(11.62%).

CONCLUSIONES: La incorporación del farmacéutico al equipo de atención clínico-oncológico tradicional y la implementación de la conciliación como procedimiento estandarizado permite el seguimiento, la retroalimentación a la parte médica, al paciente y los familiares, favoreciendo la calidad de la atención integral.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

680. IMPACTO CLÍNICO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

AUTORES: Hernando Verdugo M, López González Am, Fernandez Cañabate S, Garcia Lopez L, Fernandez Peña S, Sanchez Sanchez Mt.

Hospital Clínico Universitario Valladolid. Avda. Ramón Y Cajal, 3. Valladolid. España

OBJETIVOS: Registro y evaluación de las intervenciones farmacéuticas en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales (NACO), apixaban, dabigatran y rivaroxaban, en pacientes con Fibrilación Auricular (FA) no valvular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, de un año de duración (Febrero 2014-Febrero 2015). Se incluyen los pacientes adultos con FA no valvular en tratamiento con apixaban, dabigatran o rivaroxaban que ingresan en el Hospital en cualquier Unidad Clínica con dispensación en Dosis Unitaria (DU) o en la Sala de Observación del Servicio de Urgencias.

Se registraron variables demográficas del paciente: número de historia, sexo, edad, creatinina sérica y aclaramiento de creatinina (CICr), calculado mediante la fórmula Crockcoft-Gault, para un peso de 60 kg en mujeres y 70 kg en hombres, y variables relacionadas con el tratamiento: NACO prescrito, dosis y pauta.

Las intervenciones farmacéuticas se clasificaron en dos grupos:

- Efectividad: dosis y/o pauta incorrecta.

- Seguridad: ajuste de dosis o tratamiento contraindicado según función renal, tratamiento activo en intervención quirúrgica y duplicidad terapéutica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) u otros anticoagulantes.

Para evaluar la adecuación del tratamiento se utilizaron guías de validación de órdenes médicas de pacientes en tratamiento con NACO, elaboradas por el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) y aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Se utilizaron los programas de Gestión de Pacientes de Unidosis de Farmatools, versión 2.5, Gestión de Informes Clínicos versión 3.95 y Microsoft Excel.

RESULTADOS: Se incluyeron 44 pacientes (23 hombres y 21 mujeres), con una media de edad de $75,86 \pm 13,29$ años, creatinina sérica media de $1,09 \pm 0,69$ mg/dl y un CICr medio de $60,27 \pm 33,63$ mL/min.

La distribución por medicamento fue: 25/44 (56,8%) con rivaroxaban, 10/44 (22,7%) con dabigatran, y 9/44 (20,5%) con apixaban.

Se realizaron 17 intervenciones farmacéuticas, 13/17 (76,5%) fueron aceptadas por el médico y 4/17 (23,5%) no se aceptaron.

El NACO con mayor número de intervenciones fue rivaroxaban (9/17), seguido de dabigatran (6/17) y apixaban (2/17).

La distribución de las intervenciones fue la siguiente:

- Efectividad, 4/17 (23,5%) dosis y/o pauta incorrecta.

- Seguridad, 13/17 (76,5%): ajuste de dosis y tratamiento contraindicado según función renal, 4/17 (23,5%) y 3/17 (17,7%), respectivamente; tratamiento activo en intervención quirúrgica 2/17 (11,8%); duplicidad terapéutica con HBPM u otros anticoagulantes, 4/17 (23,5%).

CONCLUSIONES: • La mayoría de las intervenciones sobre NACO mejoran la seguridad de los pacientes.

• El grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas por parte de los clínicos fue elevado, más del 75%.

• La parte más débil de nuestro estudio es que los NACO no están registrados en los sistemas de información del SFH y se prescriben como "Medicamentos No Incluidos en Guía" lo que dificulta la localización de los pacientes para su seguimiento.

• Dado que los NACO están considerados como medicamentos de alto riesgo por el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP-España), sería necesario tomar medidas para asegurar su adecuada prescripción y trazabilidad.

153. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN CENTRO DE MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS

AUTORES: Santos Pérez Mi, Quintana Velasco F, Guerra De Prado M, Gallardo Lavado Mdm.

Hospital Río Hortega. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Diseñar una herramienta de monitorización de efectos adversos (check-list) para incorporar a los reconocimientos médicos habituales de los pacientes ingresados en un Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos (CAMP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron los grupos farmacológicos de mayor consumo mediante la revisión de la medicación en el módulo de Unidosis del programa informático FarmaTools®. Para la elaboración de los check-list se realizó una búsqueda bibliográfica de los efectos adversos descritos en Ficha Técnica y bases de datos como Up-ToDate, PubMed, Cochrane o Lexi-Comp. Los ítems se seleccionaron teniendo en cuenta la gravedad, la frecuencia descrita y la factibilidad de su aplicación. Como punto de partida, se estableció la aplicación de los check-list a una muestra de 5 pacientes seleccionada al azar, para ver el potencial de mejora de su aplicación en la totalidad de los mismos.

Se mantuvo una sesión con los facultativos del CAMP para presentar los check-list.

RESULTADOS: En el CAMP se atiende a un total de 165 pacientes (44% mujeres), con una mediana de edad de 40 [20-74] años. Encontramos una media de 5,4±1,9 fármacos prescritos por paciente, resultando ser los grupos terapéuticos de mayor consumo antipsicóticos 40% y antiepilépticos 23%.

El check-list elaborado para cada uno de estos grupos se compone de dos partes: una primera hoja con los efectos adversos para monitorizar en cada revisión y otra con las recomendaciones para su manejo y los principios activos pertenecientes al grupo al que más y menos se asocia dicho efecto adverso.

En la hoja referente a la monitorización de antipsicóticos, se propone registrar: peso, electrocardiograma, glucemia en ayunas, recuento sanguíneo, prolactina, perfil lipídico, función renal, transaminasas, tensión arterial y movimientos involuntarios.

En la de antiepilépticos: recuento sanguíneo, funciones renal y hepática, peso, alteraciones a nivel del SNC, cognitivas o motoras, cambios de comportamiento, problemas gastrointestinales, alteraciones oftalmológicas y cosméticas.

En la primera aplicación de los check-list a 5 pacientes, encontramos registro de 6/10 ítems seleccionados para el seguimiento de antipsicóticos y 3/11 para antiepilépticos. Se registran datos relativos al peso y a las analíticas pero no a los síntomas clínicos.

Se presentan los check-list al personal sanitario y les parece una herramienta útil que facilita la detección y registro de efectos adversos; están de acuerdo en su implantación pero proponen mayor flexibilidad en la frecuencia, justificando falta de tiempo.

CONCLUSIONES: Los resultados observados en la primera aplicación de los check-list muestran un amplio potencial de mejora, ya que en la actualidad se recogen menos de la mitad de los ítems seleccionados (43%). Las personas con deficiencia mental institucionalizadas, requieren una atención farmacéutica especializada, ya que los tratamientos son complejos y es frecuente el uso de psicofármacos con gran potencial de efectos adversos. Los check-list realizados pueden ser una estrategia útil para lograr implantar dichas medidas en la práctica clínica habitual.

1048. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE LA GOSERELINA (ZOLADEX®) JUNTO A UN ANESTÉSICO LOCAL

AUTORES: González Medina Mc, Morón Romero R, García Fernandez C, Blanquez Martínez D, Gomez Peña C, Caballero Romero Á.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. C/Dr. Oloriz, 16. Granada. España

INTRODUCCIÓN; La Goserelina (Zoladex®) es un implante subcutáneo administrado en la pared abdominal que tiene como indicación cáncer de próstata, mama, endometriosis y reproducción asistida entre otras. La dosis recomendada , así como la pauta depende de la patología, estando disponibles Zoladex® trimestral y Zoladex® mensual . Una de los principales eventos adversos descritos, es la reacción dolorosa que produce en el momento de la de inyección.

OBJETIVOS: Elaboración de un protocolo de administración de Goserelina subcutánea (Zoladex) para evitar dolor e inflamación en el lugar de administración en los pacientes con cáncer prostático , cáncer de mama, endometriosis o reproducción asistida.

MÉTODOS Y MATERIALES: El ámbito de aplicación del estudio es la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. El paciente asistía a retirar su correspondiente dosis de goserelina ya fuera mensual o trimestral y a continuación se le realizaba una entrevista acerca de la administración del fármaco.

Un enfermero/a se encargaba de la administración del fármaco. La técnica de aplicación consistía: 1º Limpiar la zona de punción con una torunda de alcohol 70º, 2º Tomar un pliegue de la piel en la zona a pinchar y administrar un anestésico local conocido como etilo cloruro (Cloretilo) a una distancia de unos 10 cm y esperar unos 10-15 segundos, 3º Tomar la jeringa y pinchar de forma perpendicular a la zona de punción, 4º Al finalizar la inyección limpiar la zona nuevamente con una torunda con alcohol 70º. Finalizar el proceso con la colocación de un apósito.

Al finalizar la administración se les repetía a los pacientes la misma entrevista con el fin de poder comparar las respuestas emitidas antes y después de la utilización del protocolo.

RESULTADOS: Se realizó la intervención en un total de 125 pacientes de los cuales 83% recibieron el Zoladex® trimestral y el resto se les administró Zoladex® mensual. Todos ellos contestaron en la entrevista del "después" que el dolor disminuyó de forma considerable al añadir al protocolo de administración el anestésico local.

CONCLUSIÓN: Desde la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia se mejora la atención farmacéutica al paciente, no sólo con una buena dispensación de su medicación incluyendo la entrega de información sobre el tratamiento prescrito, sino que existe una preocupación real por la seguridad y la adherencia al tratamiento. La administración de Zoladex es un proceso doloroso debido a que es un implante subcutáneo con una aguja de elevado grosor que causa dolor y reacción en el punto de inyección y con esta técnica se ha mejorado la administración de dicha medicación, aportando así una mejor calidad de vida al paciente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

895. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA

AUTORES: Salazar Valdebenito C, Duero Adrados M, Vallvé Alcon E, Martínez Cutillas JM.

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Passeig de la Vall Hebron 119-129. Barcelona. España

OBJETIVOS: Describir, analizar y evaluar en fase preliminar la implementación de un programa de conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria, en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: La implementación del programa se encuentra en fase de desarrollo y únicamente se dispone de datos de los primeros ocho meses de seguimiento (octubre 2014-mayo 2015). Se trata de un estudio prospectivo centrado en pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (ECA) de diferentes servicios médicos y quirúrgicos. La conciliación de la medicación fue realizada por un farmacéutico y se desarrolló en una primera etapa al ingreso y posteriormente al alta hospitalaria.

Los errores de conciliación (EC) o discrepancias no justificadas, se clasificaron según el documento de consenso en terminología y clasificación de la medicación elaborado por la SEFH y la guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios, de la sociedad catalana de farmacia clínica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se analizaron 524 episodios (448 al ingreso y 76 al alta) correspondientes a un total de 498 pacientes (para algunos pacientes se realizó conciliación al ingreso y al alta, en el mismo episodio). La distribución por sexo fue 59% hombres y 41% mujeres, con una edad media de 75 años (17-100) y de éstos, 464 correspondieron a PCC y 58 a ECA.

Al ingreso hospitalario, en los 448 episodios, se conciliaron un total de 4783 líneas de medicación crónica (media de 10,6 medicamentos por episodio). El total de discrepancias detectadas fue de 2712, de las cuales 831 (17,3%) correspondieron a discrepancias no justificadas o EC (1,8 EC por episodio). De éstas las más frecuentes fueron las de omisión (50%), seguidas de modificación de dosis (11,7%) y las de comisión (7,7%). Se realizaron un total de 831 intervenciones farmacéuticas (IF), las que permitieron resolver en un 75,8% los EC antes que llegaran al paciente.

Al alta, en los 76 episodios, se conciliaron 729 líneas de medicación crónica (media de 9,5 medicamentos por episodio). El total de discrepancias detectadas fue de 248, de las cuales 237 (32%) fueron EC (3,1 EC por episodio). De estos un 65% correspondió a omisión de tratamientos, un 13% a modificación de dosis, un 10% a modificación de frecuencia y un 10% a órdenes medicas incompletas. Se realizó una IF para cada EC, pero sólo un 10% de éstos fueron resueltos antes del alta hospitalaria.

CONCLUSIONES: Los pacientes con ECA y PCC, tienen un riesgo elevado de sufrir errores de conciliación durante la estancia hospitalaria.

Mediante la conciliación de la medicación al ingreso, la gran mayoría de errores son detectados y resueltos antes de que lleguen al paciente. La diferencia en la resolución de los EC al alta, respecto al de ingresos hospitalarios, se

debe a que en la mayoría de las veces fueron detectados cuando el paciente estaba de alta. Incluir en el proceso de conciliación, al área de atención primaria, podría favorecer la continuidad asistencial, especialmente en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

53. IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA POR PARTE DE UN FARMACÉUTICO. DETECCIÓN Y RESOLUCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA RECOGIDA DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA DEL PACIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO

AUTORES: Serrano Barrena D, Fernandez Morato J, Alonso Castell P, Pertiñez Sanson F, Roig Perez S.

Centro Médico Teknon. C/Milana 12. Barcelona. España

OBJETIVOS: Detectar y cuantificar los errores que se producen tras la recogida del perfil farmacoterapéutico por parte de enfermería. Educación al paciente sobre su tratamiento crónico y descripción del tipo de dudas que el paciente agudo proporciona al farmacéutico sobre su tratamiento crónico

Metodología

Estudio prospectivo realizado en un centro privado de 300 camas acreditado por la Joint Commission International durante 6 meses (Noviembre 2014-Abril 2015). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes polimedicados con 5 o más principios activos que ingresaron en las 24-48h anteriores al análisis. En nuestro centro, la recogida del perfil farmacoterapéutico al ingreso se realiza a través de un módulo integrado en el programa de prescripción electrónica FarHos® donde enfermería es la responsable de la recogida de la medicación habitual domiciliaria y el médico agrega dicha medicación a la prescripción activa del paciente. Se realizó por parte del Servicio de Farmacia una entrevista al subgrupo de pacientes seleccionado para detectar errores en la recogida de medicación que posteriormente se trasladarían a la prescripción médica. La entrevista clínica sirvió a su vez, para fomentar la adherencia y resolver dudas sobre el tratamiento crónico a los pacientes. Se describe la tipología de la educación y la aportación farmacéutica.

RESULTADOS: Se recogieron 497 pacientes (274 varones (55%)) con edad media de 75 años. En 455 pacientes (92%) se realizó entrevista con el paciente directamente, siendo el porcentaje restante pacientes sin posibilidad de comunicación. En un 69% de los pacientes se tuvo que modificar el perfil farmacoterapéutico por presentar al menos un error en la recogida. En 167 pacientes (33%) el error de recogida fue agregado a la prescripción activa por parte del médico. Este error fue resuelto por parte del farmacéutico antes de las 24-48h teniendo en cuenta la situación actual del paciente y la historia clínica actual. En 55 pacientes (11%) se consensuó con el equipo médico el potencial error. Referente a la educación sobre el tratamiento crónico, en 269 pacientes (54%) se realizó ésta tras consulta por parte del mismo. Los principales motivos de actuación farmacéutica sobre el tratamiento crónico estuvieron relacionados con el correcto horario de administración de estatinas (14%), con el potencial abuso de AINES (7%) y con el potencial abuso o mal uso de benzodiazepinas (7%). Cabe destacar el elevado número de consultas sobre administración (49%), efectos secundarios (31%) utilidad (14%) y posología (12%) por parte del paciente.

CONCLUSIONES: El presente estudio demuestra la importancia de la entrevista clínica por parte del farmacéutico clínico para detectar errores en la recogida del perfil farmacoterapéutico, así como para proporcionar educación a los pacientes sobre el tratamiento crónico. El trabajo conjunto con enfermería en la realización de la conciliación ha supuesto la resolución de potenciales errores en uno de cada tres pacientes recogidos en el estudio

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

79. INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PRE-DIÁLISIS TRATADOS CON FACTORES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS

AUTORES: Santiago Perez A, Peña Pedrosa Ja, Bilbao Gomez-Martino C, Arias Fernández MI.

Hospital Clinico San Carlos. C/Profesor Martin Lagos S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Primario: Relacionar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en pre-diálisis con los niveles de hemoglobina sérica. Secundario: Evaluar la CVRS según el grado de ERC en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal, de un solo centro realizado en el Servicio de Farmacia de un hospital terciario. Se eligieron pacientes con ERC en estadios 3 al 5 que no se encontraban en diálisis y estaban en tratamiento con factores estimulantes de la eritropoyesis. Se midió la CVRS con el cuestionario KDQoL-SFTM, que incluye los ítems correspondientes a la encuesta SF-36, en el momento de la inclusión de los pacientes en el estudio,

además de recoger creatinina sérica, grado de filtración glomerular, estadio de la ERC y valores de hemoglobina sérica. La CVRS se expresa como las puntuaciones resumen SF-12 Físico y Mental. Se evaluó la asociación entre la CVRS en los pacientes y los niveles de hemoglobina sérica tomando como cortes para los valores inferior o superior a 11 g/dL, e inferior o superior a 13 g/dL mediante el análisis de la t de Student. La ERC se clasificó según las guías Kideny Disease Global Outcomes y las diferencias en CVRS entre estos estadios se analizaron con el test ANOVA. El estudio se realizó entre noviembre de 2011 y noviembre de 2012. Se contó con la aprobación del correspondiente Comité Ético de Ensayos Clínicos y los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito antes de participar. El análisis se realizó con SPSS para Windows® versión 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 70 pacientes. La CVRS encontrada para los pacientes del estudio fue en su puntuación SF-12 Físico de $40,65 \pm 11,02$; $33,97 \pm 12,13$ y de $24,15 \pm 7,76$ para los estadios 3, 4 y 5 de ERC respectivamente. La diferencia encontrada fue estadísticamente significativa ($p=0,023$). Los valores de Hemoglobina según estadio de la ERC fueron 11,75, 11,76 y de 11,8 g/dL para los estadios 3, 4 y 5 de ERC. Para los pacientes que al inicio del estudio tenían valores séricos de hemoglobina inferiores a 11 g/dL, la calidad de vida encontrada expresada en los valores resumen SF-12 Físico, fue significativamente inferior, desde el punto de vista estadístico, respecto a aquellos pacientes con valores de hemoglobina sérica por encima de 11 g/dL en 6,06 puntos ($p=0,041$ IC95% 0,26 – 11,87). Los pacientes con una hemoglobina sérica por encima de 13 g/dL al inicio del estudio, también tuvieron unos valores superiores de CVRS en la puntuación SF-12 Físico, en 7,67 puntos ($p=0,036$ IC95% 0,55 – 14,80).

CONCLUSIONES: Los pacientes con ERC en pre-diálisis con valores de hemoglobina más altos tenían mayor CVRS y los que tenían niveles más bajos, menor. Los pacientes con ERC en pre-diálisis sufren un deterioro en su CVRS conforme disminuye en filtrado glomerular.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

345. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

AUTORES: Bonilla Galan C, Garcia Lobato E, Martin Clavo S, Ruiz Garcia V, Gomez Romero M, Enciso Arjona Mi. Hospital Infanta Cristina. Avda Elvas S/N. Badajoz. España

INTRODUCCIÓN: Los pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios (CSS) presentan con frecuencia polimedición ya que padecen múltiples enfermedades crónicas. Este hecho conlleva un mayor riesgo de eventos adversos, destacando la aparición de interacciones farmacológicas (IF).

OBJETIVOS: Estimar la prevalencia y describir las IF más relevantes entre los medicamentos prescritos en pacientes de un CSS de nuestra comunidad, en la que el farmacéutico de hospital únicamente dispensa medicación, analizando los grupos farmacológicos que con mayor frecuencia las desencadenan. Estudiar si la variable edad influye en el aumento del número de prescripciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo en el que se analizaron las IF detectadas en las prescripciones de los pacientes ingresados en un CSS, desde 1/1/14 hasta 31/05/15.

A partir de la base de datos propia del centro se recopilaron los siguientes datos: edad, sexo y medicamentos prescritos. Las IF de cada paciente se analizaron mediante una fuente de información de contrastada calidad y fácil manejo: Medscape® (Drug Interaction Checker), que clasifica las IF en 4 categorías según su gravedad: contraindicada, grave, significativa y leve.

Se realizó el análisis descriptivo de la muestra con el programa estadístico SPSS® 15.0. Los resultados son expresados como proporción o media con su desviación estándar. Se realizó comparación de medias en muestras independientes con la prueba de t de Student.

RESULTADOS: Se revisaron 174 pacientes, 66.1% mujeres. La media de edad fue 83,4 (DE: 8.2). El 86.2% de los pacientes eran mayores de 75 años. La media de medicamentos prescritos por paciente fue 8.5 (DE: 3.4). El 81% estaban polimedcados (6 o más fármacos prescritos para patologías crónicas).

El número total de IF encontradas fueron 997 (10.03% graves, 40.82% significativas y 49.15% leves), sin encontrar ninguna interacción "contraindicada".

El 94.25% de los pacientes presentaron alguna IF, con una media de 5.73 IF por paciente. El 47% de las IF fueron farmacodinámicas, siendo el principal efecto un incremento en los niveles de serotonina (65.96%). El 53% de las IF fueron farmacocinéticas, presentando una mayor incidencia las producidas a nivel metabólico (92.45%), protagonizadas por fármacos inductores e inhibidores enzimáticos.

Los fármacos más frecuentemente implicados en las IF fueron trazodona, acenocumarol, duloxetina, omeprazol y escitalopram; todos ellos caracterizados por una elevada susceptibilidad a desencadenar IF además de presentar una alta tasa de prescripción en nuestro centro.

No hemos observado una relación entre la edad del residente y el número de fármacos prescritos ($p=0.590$).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio confirma que el paciente anciano polimedcado tiende a presentar un alto grado de interacciones, siendo, en nuestro centro, la gran mayoría de ellas, el 89.97%, de relevancia clínica teórica baja.

El grupo farmacológico que con mayor frecuencia ha desencadenado IF en nuestro CSS ha sido el de los antidepresivos implicados en modificar los niveles de serotonina.

Este estudio nos plantea la necesidad de iniciar un programa de intervención farmacéutica, que permita nuestra colaboración con los médicos del centro para reducir la terapéutica y ajustar los medicamentos a las necesidades personales de cada paciente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

190. INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES: García Lagunar Mh, Lacruz Guzmán D, Gutiérrez Cívicos Mdr, Muñoz García I, García Márquez A, Martínez Penella M.

Hospital General Universitario Santa Lucia. Mezquita S/N - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVO: Describir la actividad del farmacéutico residente durante la rotación clínica en la unidad de medicina interna, analizar las intervenciones realizadas y el grado de aceptación de las mismas por el equipo asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 1 mes de duración realizado en febrero de 2015. Durante el periodo de rotación, el residente se integró en el equipo asistencial, asistió a las sesiones clínicas diarias y pasó visita junto con el médico. Se consideró intervención farmacéutica (IF) toda aquella recomendación realizada cuando se detectaba un error de medicación (ajuste de dosis, cambio de vía de administración, inicio/fin de tratamiento, error de conciliación, interacciones...) o cuando se proporcionaba información adicional sobre algún tratamiento. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, número de fármacos prescritos, duración del ingreso, intervenciones realizadas y grado de aceptación por parte del médico. Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada (Selene®) y de la entrevista con el paciente.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se visitaron 45 pacientes, con una edad media de $80,02\pm 9,79$ años, siendo el 60% mujeres. La media de fármacos prescritos durante el ingreso fue de $10,50\pm 3,08$ y la estancia media fue de $8,09\pm 5,17$ días. Se realizaron un total de 60 intervenciones con una media de 1,33 IF/paciente. Las IF realizadas se clasificaron como: conciliación al ingreso ($n=20$; 33,33%), modificación de la dosis o la frecuencia ($n=7$; 11,67%), recomendación sobre la administración ($n=7$; 11,67%), ajuste por insuficiencia renal ($n=5$; 8,33%), suspensión de un fármaco por duración excesiva ($n=5$; 8,33%), intercambio según la guía de equivalentes terapéuticos ($n=5$; 8,33%), suspensión por reacción adversa medicamentosa ($n=5$; 8,33%), duplicidad terapéutica ($n=3$; 5,00%), interacciones ($n=2$; 3,33%) y recomendación de inicio de un fármaco ($n=1$; 1,67%). El grado de aceptación de las mismas fue del 93,33% (56 IF aceptadas de las 60 realizadas). Las 4 IF no aceptadas fueron: conciliación al ingreso ($n=1$) y medicamentos no incluidos en guía en los que se propuso sustitución o suspensión del fármaco y no se aceptó esta recomendación ($n=3$).

CONCLUSIONES: Las principales IF realizadas fueron de conciliación y de ajuste posológico por deterioro de la función renal. El alto grado de aceptación de las intervenciones pone de manifiesto la importancia de la integración del farmacéutico en el equipo asistencial, ya que permite disminuir los errores relacionados con la medicación potenciando la optimización de la farmacoterapia en términos de seguridad y eficacia.

La realización de la IF en el momento de la prescripción evitó la aparición de errores y efectos adversos, sobre todo en aquellos pacientes que requirieron cambios en la posología o frecuencia de administración de la medicación.

La integración del farmacéutico en el equipo asistencial ha aportado mayor calidad y seguridad al proceso de hospitalización del paciente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

51. INTERVENCIONES FARMACEUTICAS EN LA COLABORACION MULTIDISCIPLINAR CON EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA Y LA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA DEL AREA.

AUTORES: De La Nogal Fernandez B, De Andres Celda R, Cubelos Fernandez N, Rodriguez Rodriguez E, Vazquez Troche S, Valdueza Beneitez J.

Hospital El Bierzo. C/ Medicos Sin Fronteras S/N. León. España

OBJETIVOS: Describir cualitativamente las recomendaciones e intervenciones realizadas a nivel farmacológico dentro de la colaboración multidisciplinar farmacia-neurología-residencia sociosanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Registro de las intervenciones realizadas y de los conocimientos adquiridos desde el inicio de la colaboración en Octubre del 2012 hasta Mayo de 2015. Se han clasificado los datos según los indicadores de actividad del Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos.

RESULTADOS: La neuróloga ha acudido a la residencia sociosanitaria en 12 ocasiones, pasando visita junto con el médico de la residencia y la farmacéutica a un total de unos 140 pacientes (la residencia tiene capacidad para 200 personas) entre revisiones y primeras consultas. Los datos recogidos han sido los siguientes:

- Características personales: Sustitución de las formas orales por soluciones o parches en pacientes con problemas de disfagia. En bajo peso precaución con donepezilo. Memantina precaución en enfermedad cardiovascular y crisis comiciales. Inhibidores de la acetilcolinesterasa: precaución en pacientes con riesgo de sangrado digestivo, asma, epoc y antecedentes de epilepsia.

- Contraindicación: terapia antialzheimer en patologías graves cardiovasculares u oncológicas. Inhibidores de la acetilcolinesterasa: en pacientes con alteraciones en la conducción cardiaca o síncope no filiados. Rivastigmina y galantamina en insuficiencia hepática (IH) grave; Memantina y galantamina: En insuficiencia renal (IR) grave.

- Dosis, pauta y/o duración no adecuada: En pacientes con GDS-7 (Global deterioration scale) se han suspendido los tratamientos antialzheimer.

Ajuste posológico o sustitución de fármacos en IR: memantina, pramipexol, galantamina, gabapentina, pregabalina, topiramato, ácido valproico. En IH: rivastigmina, galantamina.

Sustitución de clopidogrel por ácido acetilsalicílico.

- Duplicidad: Se han suspendido los tratamientos nootrópicos en pacientes que estaban en tratamiento con terapia antialzheimer; Suspensión de un tratamiento con gabapentina en un paciente que también llevaba pregabalina; Quetiapina-risperidona.

Todos los pacientes con medicación antialzheimer están actualmente en monoterapia.

- Interacciones: Memantina-dextrometorfano; Inhibidores de la acetilcolinesterasa con bloqueantes neuromusculares (pueden potenciar sus efectos, aumentando el efecto depresor respiratorio); Simvastatina-acenocumarol.

- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento: insuficiencia cardiaca, neuropatías periféricas, insuficiencia venosa, patologías psiquiátricas de base. Control de los niveles de ácido fólico, vitamina B12 y hormonas tiroideas.

- Probabilidad de efectos adversos: Seguimiento de fármacos que pueden producir parkinsonismo-síntomas extrapiramidales (sertralina, paroxetina, mirtazapina, fluoxetina, trazodona; antagonistas del calcio, amiodarona, diltiazem, verapamilo; clebopride, metoclopramida, cimetidina; haloperidol, litio, amisulpiride, sulpiride; corticoides, trimetazidina, tramadol, baclofeno, alopurinol; risperidona, olanzapina...). Levodopa/Carbidopa y rotigotina pueden producir alucinaciones.

- Problemas de salud insuficientemente tratados: en pacientes con GDS de 3 a 6 se ha iniciado tratamiento con antialzheimer.

- Otros: En estas 12 visitas, paralelamente se han revisado y suspendido otros medicamentos como: estatinas, inhibidores de la bomba de protones, bisfosfonatos, suplementos de calcio, antidepresivos tricíclicos, betahistina, alopurinol, aas, trazodona, quetiapina, nimodipino... debido a la situación clínica de algunos residentes y su expectativa de vida. Interconsultas con otros especialistas.

CONCLUSIONES: La colaboración del Servicio de Farmacia y del Servicio de Neurología del hospital con el personal de la Residencia Sociosanitaria ha conseguido resultados a nivel de aprendizaje, coordinación, continuidad asistencial, actualización de tratamientos, optimización de recursos y eficiencia terapéutica.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

651. LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA AL ALTA: HERRAMIENTA PARA DISMINUIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS.

AUTORES: Morales Triadó A, Díaz Cerveró Á, Álvarez Martins M, Martín Val A, Bonafont Pujol X.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Carretera de Canyet s/n 08916. Barcelona. España

OBJETIVOS: Determinar el impacto de un programa de conciliación al alta del servicio de farmacia en la disminución de potenciales errores de medicación, frente a un grupo control.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 4 meses de duración en el que se comparó un grupo de pacientes incluidos en el programa de conciliación al alta (grupo intervención) con un grupo control. El grupo intervención incluyó sujetos catalogados en la historia clínica compartida (SAP®) como paciente crónico complejo (PCC) o paciente

con enfermedad crónica avanzada (MACA) de los servicios de cardiología, medicina interna, neumología, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria y unidad geriátrica de agudos. El grupo control incluyó pacientes de los mismos servicios sin etiqueta PCC o MACA o a los que no se les pudo realizar la conciliación al alta y pacientes de otras unidades médicas (nefrología, neurología, gastrología/hepatología, reumatología y ginecología), con edad ≥ 75 años, ≥ 5 medicamentos pautados (excluyéndose antiinflamatorios o analgésicos de bajo techo terapéutico, colirios lubricantes, cremas/pomadas y champús) y domicilio como destino al alta. En ambos grupos se contabilizaron las diferencias entre el informe al alta y la receta electrónica, considerándose discrepancias aquéllas para las que no había justificación clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 314 pacientes, 168 en el grupo control (59% hombres, edad media de 76'9 años, y una media de 11 medicamentos pautados al alta) y 146 en el grupo intervención (63% hombres, edad media de 79,84 años, y una media de 13,83 medicamentos pautados al alta). La distribución de pacientes por servicio en el grupo control respecto al de intervención fue de: 16,67 y 10,96% en cardiología, 25,6 y 28,77% en medicina interna, 14,88 y 36,3% en neumología, 13,69 y 18,49% en UGA y 29,17 y 5,48% en otros. La tasa de discrepancias del grupo control fue 28,36% y la del intervención 4,83%, estando distribuidas por tipo respectivamente de la siguiente manera: omisión 49,33 y 13,27%, comisión 1,71 y 16,33%, dosis modificada 17,33 y 20,41%, frecuencia modificada 16,57 y 20,41%, duplicidad 3,05 y 4,08%, orden médica incompleta 8 y 16,33%, medicamento erróneo 2,86 y 2,04%, interacción 0,19 y 1,02%, vía modificada 0,19 y 0% y otros tipos 0,76 y 6,12%. La media de discrepancias por paciente fue de 3,13 y 0,67 en el control e intervención respectivamente.

CONCLUSIONES: Este estudio demostró que el programa de conciliación al alta disminuye aproximadamente 6 veces las discrepancias entre la medicación que consta en el informe al alta hospitalaria y la que figura en la receta electrónica. Por cada paciente conciliado se ahorrarían 2,5 discrepancias. De esta manera se cumple el objetivo de la conciliación, que es evitar los potenciales errores de medicación derivados de las discrepancias no justificadas.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1148. LA HIPONATREMIA EN EL PACIENTE ANCIANO

AUTORES: Alonso Dominguez Mt, De Gorostiza Frias If, Manresa Ramon N, Rizo Cerda Am, De Bejar Riquelme N, Tobaruela Soto M.

Hospital Morales Meseguer. Avenida Marques De Los Velez S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de hiponatremias en una población anciana en una residencia de pacientes mayores, especialmente aquellas hiponatremias relacionadas con fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evaluaron 144 residentes durante el año 2014. Se recogieron datos demográficos, analíticos, patologías asociada y tratamiento en el mismo momento en el que hubo alteración electrolítica del sodio.

Se consideró hiponatremia cuando el sodio era ≤ 134 mmol/L.

Fuente de datos. Historia clínica, Selene®

RESULTADOS: En 26 (18,1%) de los 144 residentes se detectaron valores anormales de sodio. Se trataba de 18 mujeres (69,2%) y 8 varones (30,8%) con una media de edad de 86,26 años (comprendidos entre 74-102).

Los valores medios de sodio plasmático fueron de 130,3 mmol/L, siendo, en 24 de los casos (92,3%) hiponatremia leve (120-135 mEq/L) y en 2 pacientes (7,7%) moderada (110-120 mEq/L).

En 12 (46,15%), de los 26 casos, el proceso de hiponatremia fue detectado durante una estancia hospitalaria y en 14 (53,4%) en la propia residencia.

Respecto al diagnóstico, en 14 pacientes (53,4%), la hiponatremia fue diagnosticada como tal, relacionándola con patologías o situaciones clínicas. Las patologías asociadas y su frecuencia fueron las siguientes:

Hemorragia digestiva: 1 paciente (7,1%).

Hiponatremia sintomática probable SIADH farmacológico: 5 pacientes (35,7%).

Enfermedad respiratoria (Neumonía/epoc): 5 pacientes (35,7%).

Hipotiroidismo: 3 pacientes (21,4%).

El tratamiento de los 5 pacientes con hiponatremia causada por fármacos, y su posterior normalización del sodio en sangre fue la siguiente:

-Suspensión de medicación antidepressiva: Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) y regulación del sodio a los 10 días.

-Restricción hídrica y regulación del sodio a la semana.

- Suspensión de ISRS y regulación a los 30 días.
- Suspensión de antidepresivos y regulación en un mes.
- Suspensión de diuréticos, administración de cloruro sódico. Normalización del sodio al mes.

Todos aquellos pacientes que fueron diagnosticados de hiponatremia secundaria a medicamentos, tenían pautados, al menos, tres fármacos de los catalogados como deplecionadores del sodio (principalmente ISRS y antipsicóticos).

El resto de los pacientes (46,6%) con hiponatremias sin diagnóstico de asociación, se cree que pudo estar relacionado con medicación (Inhibidores de La recaptación de La serotonina, antipsicóticos, antiparkinsonianos, inhibidores de La bomba de protones,diuréticos, etc), así como con patologías que también pueden disminuir la natremia, tales como hipotiroidismo, enfermedad respiratoria, insuficiencia hepática; renal, etc).

CONCLUSIÓN:

- Se detectaron episodios de hiponatremias en el 18,1% de los residentes, siendo un 69,2% mujeres.
- Sólo el 53,4% de los pacientes con hiponatremias tuvieron un diagnóstico asociado y casi la mitad (46,5%), coincidiendo con estancia hospitalaria.
- El 37,5% de las diagnosticadas, probablemente podrían haberse evitado con una correcta prescripción médica.
- La hiponatremia es un trastorno electrolítico común en el paciente anciano que generalmente pasa desapercibido, ya que su clínica puede confundirse con el propio estado de la senectud.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

669. MEJORA DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO GERIÁTRICO

AUTORES: Sánchez Nieto D, Rodríguez Cajaraville L, Corral Alaejos Á, Sánchez Pedroche A, Malpartida Flores M, Calvo Hernández Mv.

Complejo Asistencial Universitario De Salamanca. Paseo De San Vicente 58-182, Cp 37007. Salamanca. España

OBJETIVO: Uno de los cambios asociados al proceso de envejecimiento es el deterioro de la función renal. La enfermedad renal crónica (ERC) moderada suele cursar de forma asintomática, pero a partir de un filtrado glomerular (FG) < 30-40 mL/min comienzan a aparecer trastornos importantes que pueden afectar a la eliminación de muchos medicamentos.

El objetivo del estudio ha sido la elaboración e implantación de un protocolo de actuación en pacientes geriátricos institucionalizados en una residencia sociosanitaria con medicamentos que precisan ajuste posológico por función renal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión de los grupos terapéuticos de uso habitual susceptibles de requerir ajustes de dosificación en ERC. Como fuentes bibliográficas se utilizaron: el boletín INFAC vol. 22, nº 1/2, 2014, la base de datos Micromedex® y las fichas técnicas de medicamentos. Los fármacos seleccionados se parametrizaron en el programa informático Farmatools®.

En todos los pacientes institucionalizados se recogieron y registraron los siguientes datos: edad, peso, talla, creatinina (mg/dL) y aclaramiento de creatinina mediante la fórmula de Cockcroft-Gault (mL/min/1,73m²). Se notificó al médico la necesidad de verificar la función renal actual en los casos en que la última analítica disponible era anterior a 2014.

Posteriormente se localizaron en Farmatools® aquellos pacientes con FG < 40 mL/min/1,73m² y con algún medicamento prescrito de los parametrizados. Se revisaron las dosificaciones, actuando sólo si la posología no era apropiada. Las intervenciones se realizaron mediante notificación escrita, recomendando la posología adecuada a la función renal del paciente.

RESULTADOS: Tras la revisión de la bibliografía, 64 principios activos de 34 grupos terapéuticos diferentes fueron parametrizados en Farmatools®. En el momento de la implantación del protocolo, 78 pacientes (61,5% mujeres y 38,5% hombres) figuraban institucionalizados, con una mediana de 86 años y un total de 535 medicamentos pautados (media de 7 fármacos/paciente). Los valores medios de creatinina y FG fueron de 0,92 mg/dL y 47 mL/min/1,73 m² respectivamente. En un 47,4% de los pacientes se gestionó una solicitud de analítica por no disponer de una actualizada.

De los 78 pacientes se identificaron 19 candidatos (24,3%) con un FG < 40 mL/min/1,73m² y con al menos un fármaco de los parametrizados entre su medicación habitual. Se realizaron un total de 42 intervenciones: se recomendó la suspensión del tratamiento en un 35,7% mientras que en el 64,3% restante se aconsejó un ajuste posológico más

adecuado. El paracetamol fue el principio activo sobre el que más se incidió con un 19,0% del total de intervenciones. Durante la implantación del protocolo fallecieron 10 pacientes (12,8%).

CONCLUSIONES: Los pacientes geriátricos institucionalizados son una población susceptible de presentar problemas relacionados con los medicamentos debido a una función renal deteriorada. Resulta indispensable en este grupo de pacientes disponer de analíticas actualizadas para poder identificar cambios en su función renal.

La implantación de un programa de adecuación posológica en ERC presenta ventajas tanto en la prescripción médica y validación farmacéutica como en la seguridad de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1117. MONOTERAPIA CON AGENTES BIOLÓGICOS Y ADHERENCIA PRIMARIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONVENCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: Alañón Pardo Mm, Áreas Del Águila Vi, Mínguez Sánchez Md, Paulino Huertas M, Fernández Marchante Ai, Encinas Barrios C.

Hospital General Universitario De Ciudad Real. Calle Del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización en artritis reumatoide (AR) de los agentes biológicos (AB) en monoterapia y sus causas.

Evaluar la adherencia primaria a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMESc) cuando se prescriben en asociación con AB.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal en pacientes adultos diagnosticados de AR y en tratamiento activo con AB en abril de 2015, en un hospital de tercer nivel.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, evolución de AR, comorbilidades, tratamiento con AB, FAMESc, corticoides y analgésicos, causa y efectividad de la monoterapia biológica y adherencia primaria a FAMESc asociados a AB.

La efectividad de la monoterapia fue evaluada mediante el grado de actividad inflamatoria (remisión, actividad baja, moderada o alta) según el DAS28.

La adherencia primaria fue calculada mediante el "índice de posesión de la medicación" (MPR): número de días cubiertos con medicación dispensada (sin incluir la última receta) respecto al total de días con medicación prescrita. Se consideraron "adherentes" los pacientes con $MPR \geq 80\%$.

Los datos se obtuvieron de: historia clínica electrónica (Mambrino® y Turriano®), programas de dispensación a pacientes externos (APD-Prisma®), de preparación de mezclas estériles (Farmis-Oncofarm®) y de prescripción en receta electrónica, por médicos especialistas y comunitarios, y dispensación en farmacias comunitarias (Fierabrás®).

RESULTADOS: Se incluyeron 86 pacientes (76,7% mujeres) con edad media de $55 \pm 13,0$ años. El 46,5% presentaba AR de larga evolución (≥ 10 años) y el 74,4%, comorbilidades, principalmente hipertensión (43,0%) y dislipemia (30,2%).

En el momento del estudio, 24 pacientes tenían prescrito el AB en monoterapia: etanercept (37,5%), adalimumab (33,3%), tocilizumab (12,5%), certolizumab (8,3%), infliximab (4,2%) y rituximab (4,2%). Catorce pacientes iniciaron el AB en asociación a FAMESc. Los inicios en monoterapia fueron con etanercept (50,0%), adalimumab (40,0%) y anakinra (10,0%). La monoterapia fue más frecuente en los tratados con el primer biológico (58,3%) que con el segundo (29,2%).

Se prescribieron junto con AB (en monoterapia o asociados a FAMESc): corticoides (70,1% y 71,0%, respectivamente), AINEs (66,6% y 74,2%) y opioides (45,6% y 16,2%).

Los principales FAMESc asociados al AB fueron metotrexato (75,8%) y leflunomida (14,5%).

Las causas de interrupción de FAMESc que llevaron a la monoterapia biológica fueron: intolerancia/toxicidad (64,3%), suspensión por el médico por buena evolución clínica del paciente (28,6%) y suspensión por el paciente (7,1%). La toxicidad fue hepática (58,3%), digestiva (16,7%), pulmonar (16,7%) y cutánea (8,3%).

De los pacientes en monoterapia, el 45,8% se encontraban en remisión ($DAS28 \leq 2,6$), 16,7% con actividad inflamatoria baja ($DAS28 \leq 3,2$), 29,2% moderada ($3,2 < DAS28$)

El 35,0% de los pacientes fueron adherentes a los FAMESc asociados a AB y el MPR medio fue 61,6%.

CONCLUSIONES: La monoterapia con AB es una práctica real en los pacientes con AR debido a la buena evolución clínica del paciente y a la intolerancia y baja tasa de adherencia primaria a FAMESc.

La monoterapia es efectiva en la mayoría de los pacientes para el control de la actividad inflamatoria.

Etanercept y adalimumab son más prescritos en monoterapia que tocilizumab, cuya eficacia ha sido demostrada en esta situación.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

903. NIVEL DE CONCORDANCIA ENTRE DOS MÉTODOS PARA EL CÁLCULO DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO DE ACENOCUMAROL EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

AUTORES: Arrabal Durán P, Durán García Me, Gómez Antúnez M, Muiño Miguez A, Herranz Alonso A, Sanjurjo Sáez M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Los antagonistas de la vitamina K (acenocumarol) siguen siendo el tratamiento anticoagulante de primera elección en Fibrilación Auricular No Valvular (FANV) frente a los “nuevos anticoagulantes orales” (NACO), siendo estos últimos una alternativa en pacientes en los que no es posible mantener un adecuado control de la anticoagulación. Para cuantificar dicho control, se calcula el tiempo en rango terapéutico (TRT) del International Normalized Ratio (INR 2-3). El objetivo es determinar el nivel de concordancia entre el método de Rosendaal (“gold-standard”), que clasifica a los pacientes con buen control de INR a partir de un TRT $\geq 65\%$, y el método tradicional, cuyo umbral es un TRT $\geq 60\%$.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Medicina Interna de un hospital terciario durante el año 2014 con el diagnóstico de FANV, y que estaban siendo tratados con acenocumarol. Criterios de exclusión: pacientes con < 3 determinaciones de INR y/o con un periodo ≥ 90 días y/o con ≥ 2 periodos de ≥ 60 días sin determinaciones de INR; pacientes con cambios en la dosis de acenocumarol en los últimos 6 meses por cirugía o procedimiento invasivo. Se recogieron las variables demográficas y los valores de INR en los 6 meses anteriores. Se compararon los pacientes con buen o mal control terapéutico clasificados mediante el método de Rosendaal y el método tradicional. El nivel de concordancia fue calculado mediante el índice kappa.

RESULTADOS: Se incluyeron 111 pacientes, con una edad mediana de 82 años (IQR: 79-86) y de los cuales el 56,8% eran mujeres. La mediana de INR al ingreso fue 2,3 (IQR: 1,6-3,2). El 34,2% de los pacientes ingresaron con un INR entre 2 y 3. La mediana del número de mediciones de INR fue 9 (IQR: 7-10). Las medianas del TRT de 6 meses fueron 60,7% (IQR: 41,7-75,0) por el método de Rosendaal y 55,6% (40,0-66,7) por el método tradicional. Mediante el método Rosendaal, el 45,0% de los pacientes tenían un buen control del INR y mediante el método tradicional, el 50,5%. El nivel de concordancia fue 0,613 (IC95%: 0,466-0,761). Mediante el método de Rosendaal, el 69,4% de los pacientes tuvieron un TRT superior al calculado mediante el método tradicional, el 28,8% tuvieron un TRT inferior y el 1,8% restante obtuvo un TRT idéntico con ambos métodos.

CONCLUSIONES: El nivel de concordancia entre el método de Rosendaal y el método tradicional para estimar el TRT es moderado. La mayoría de los pacientes obtienen un valor de TRT superior con el método de Rosendaal respecto al método tradicional, por lo que podría parecer que el segundo tiene una mayor sensibilidad para detectar pacientes mal controlados. Sin embargo, se recomienda el método Rosendaal, ya que tiene en cuenta el tiempo entre mediciones de INR, y además el umbral para discriminar los pacientes mal anticoagulados es más exigente que el método tradicional.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

251. NOVEDADES TERAPÉUTICAS APROBADAS EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS: EVALUACIÓN ESPECÍFICA EN GERIATRÍA

AUTORES: Solé Fabre N, Sevilla Sanchez D, Molist Brunet N, Espauella Panicot J, Codina Jané C, Mangues Bafalluy Ma. Hospital De La Santa Creu I Sant Pau. Sant Quintin, 89. Barcelona. España

OBJETIVO: Descripción, análisis y valoración de las últimas novedades terapéuticas aprobadas y su evaluación específica en la población geriátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en que se identificaron las novedades terapéuticas aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) durante los años 2010-2014 y se seleccionaron aquellas indicadas en patologías crónicas. Se valoraron los informes de características del producto (summaries of product characteristics – SmPCs) y el informe público de evaluación (European public assessment report – EPAR). Se investigó la existencia o no de información específica para la población geriátrica según las recomendaciones de la International Conference on Harmonization (ICH), en su apartado de guías clínicas para geriatría (ICH E7 guideline). Se desarrolló un cuestionario de 19 preguntas agrupadas en 4 categorías a partir de la lista de 23 requerimientos de la ICH E7 (según metodología previa).

RESULTADOS: Se identificaron 37 fármacos (39 indicaciones terapéuticas diferentes) de 10 grupos terapéuticos distintos (más del 30% de los fármacos pertenecientes al grupo A: tracto alimentario y metabolismo).

La información recomendada por la ICH E7 estaba disponible en el 48,7% de los SMPCs y en el 73,7% de los EPARs. Los resultados para las diferentes categorías fueron los siguientes:

i) Naturaleza de la población de estudio: un 66,7% de información no estaba disponible en los SMPCs (12,2% en EPARs). En el subapartado de 'pacientes >75 años' se encontró un 43,6% de la información disponible en los SMPCs (87,2% en EPARs). En el subapartado de 'exclusiones basadas en comorbilidades en pacientes >65 años' hubo un 10,3% de la información disponible en el SMPCs (76,9% en EPARs).

ii) Experiencia clínica en la población geriátrica: no se encontró disponible un 82,7% de la información en los SMPCs (35,9% en EPARs). En el subapartado de 'diferencias de eficacia por edad' estaba disponible un 20,5% de la información en los SMPCs (79,5% en EPARs). En el subapartado de 'diferencias en efectos adversos por edad' constó un 17,9% de la información en el SMPCs (92,3% en EPARs).

iii) Estudios farmacocinéticos: un 29,2% de información no estuvo disponible en los SMPCs (17,9% en EPARs). En el subapartado 'información de estudios farmacocinéticos en ancianos' se encontró un 76,9% de la información disponible en los SMPCs (82,1% en EPARs). En el subapartado 'información de estudios en población con función renal alterada' hubo un 76,9% de la información disponible en el SMPCs (82,0% en EPARs). En el subapartado 'información de estudios en población con función hepática alterada' constó un 58,9% de la información en los SMPCs (66,7% en EPARs).

iv) Estudios de interacciones: se encontró que un 42,7% de información no estaba disponible en los SMPCs (39,3% en EPARs). En el subapartado 'información de metabolismo por el CYP P450' estaba un 79,5% de la información disponible en los SMPCs (82,0% en EPARs).

CONCLUSIONES: Los nuevos fármacos aprobados por la EMA no incluyen suficiente información necesaria según las recomendaciones internacionales en sus documentos públicos de evaluación.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

981. OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA

AUTORES: Castro Luaces S, Castro Lareo B, Olivera Fernández R, Romero Yuste S, Crespo Diz C.

Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra. Av. Mourente Sn. Pontevedra. España

OBJETIVO: Evaluar la optimización farmacoterapéutica (OFT) realizada en pacientes con artritis reumatoide (AR) establecida a tratamiento con adalimumab (ADA) o etanercept (ETN).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 18 meses de duración (agosto 2012 a enero 2014) realizado en pacientes diagnosticados de AR de más de dos años de evolución a tratamiento con ADA o ETN en práctica clínica habitual. Se consideró OFT el incremento del intervalo de dosificación o la reducción de la dosis establecida en ficha técnica (FT). Las variables clínicas se recogieron a partir de los datos registrados en la Historia Clínica Electrónica IANUS. Se valoraron Factor Reumatoide (FR) y anticuerpos frente a péptidos/proteínas citrulinados (ACCP). Se utilizó el Disease Activity Score in 28 joints (DAS 28) como índice de actividad. Los datos farmacéuticos de dosificación y frecuencia de administración se recogieron a partir de los registros de dispensación y seguimiento farmacéutico de la aplicación SILICON. Se realizó OFT con ADA o ETN en los pacientes que habían mantenido la remisión (DAS 28

RESULTADOS: Se incluyeron 116 pacientes con AR en tratamiento con ADA o ETN a dosis y frecuencias de administración según FT (51 con ADA y 65 con ETN); 61 (53%) eran mujeres. Edad media 54 años (21-68 años). El 86% de los pacientes presentaban FR elevado y el 70% ACCP positivos. Se llevó a cabo OFT en el 43% de los pacientes a tratamiento con ADA (22/51) y en el 28% de los pacientes a tratamiento con ETN (18/65). ADA (pacientes: dosificación): 15: 40mg/21 días; 7: 40 mg/28días. ETN (pacientes: dosificación): 3: 25mg/7días; 3: 25 mg/10 días; 1: 25mg/15 días y 1: 25mg/21 días, 8: 50 mg/ 10 días y 2: 50mg/15días. Las OFT fueron efectivas en el 73% de los pacientes con ADA (16/22) y en el 78% de los pacientes con ETN (14/18). En las OFT no efectivas los pacientes presentaban positividad de FR y ACCP.

CONCLUSIONES: En pacientes con AR establecida la OFT de ADA y ETN resultó efectiva al cabo de 12 meses en más del 70% de los pacientes. Para poder verificar la efectividad de esta práctica clínica, es necesario llevar a cabo más estudios que definan las características clínicas de los pacientes que se puedan beneficiar de este tipo de estrategias.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1034. PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE LA CONSULTA DE CRÓNICOS DE MEDICINA INTERNA Y CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES: Taboada Lopez Rj, Albiñana Perez Ms, Lopez Sandomingo L, Martinez Santos M, Bilbao Salcedo Jm, Martinez Rodriguez P.

Arquitecto Marcide.. Carretera De La Residencia S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir la participación del farmacéutico en un programa de coordinación entre una consulta de crónicos de medicina interna (CCMI) y los Centros Sociosanitarios (CSS), para agilizar e integrar en una sola consulta especializada la atención del residente (incluyendo posibles pruebas diagnósticas).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de intervención prospectivo en cuatro CSS entre Abril 2014-Abril 2015. La inclusión en el programa se realiza entre el médico y el farmacéutico de hospital responsables de cada CSS, realizándose: valoración integral e informe de adecuación del tratamiento que se incorporaban en la historia clínica electrónica IANUS® (HCE). La primera consulta era presencial, siendo a continuación consultas de telemedicina salvo indicación médica. Fuentes de datos: HCE, programa de gestión sociosanitaria Resiplus® y programa informático de dispensación. Se recopilaron: datos demográficos (edad, sexo), MEC, BARTHEL, índice de comorbilidad de Charlson, pluripatología y tipo, número de consultas presenciales y telefónicas, diagnósticos que motivaron la consulta, ingresos hospitalarios directos ordenados por el médico CCMI, número (nº) de medicamentos, nº Intervenciones Farmacéuticas (IF) por criterios STOPP/START, Beers y otros, y nº de intervenciones aceptadas de cada grupo.

RESULTADOS: 51 residentes, edad media de 85 años, (62,7 % mujeres), valor medio de MEC 24 y BARTHEL 55. Media del Índice de Charlson 6,2. Hubo 56 consultas presenciales (media/paciente: 1,07) y 50 telefónicas (media por paciente 0,98).

Causas principales de derivación a CCMI: polifarmacia (20 residentes), descompensación de patología base (12), y anemia no resuelta (7). Hubo cinco ingresos directos en el hospital. Entraban dentro de la categoría de pluripatológicos 31 residentes (60,8%), y la mayoría estaban categorizados como A (22 insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica) y B (15 enfermedad renal crónica).

Se registraron 118 IF: 80 sobre residentes pluripatológicos (67,8%). Fueron aceptadas 46 IF (39,0%) requiriendo algún cambio en la medicación, y de entre las aceptadas, 28 (60,9%) fueron sobre los pluripatológicos.

49 (96,0%) de nuestros residentes eran polimedcados, y fueron sobre los que se realizaron todas las IF. Dentro de estos, tenemos 2 grupos: a) polimedcados (5-9 medicamentos): 15 residentes (30,6 %), tomaban de media 7,2 medicamentos y se realizaron 22 IF siendo aceptadas 9 (40,9%); y b) grandes polimedcados (≥ 10 medicamentos): 34 residentes (69,4%), 12,9 medicamentos/paciente, realizándose 96 IF aceptándose 37 (38,5%).

Analizamos como se repartían las IF: según criterios START/STOPP 43 propuestas y 17 aceptadas sobre el total (37,0%), según criterios BEERS 14 propuestas y 4 aceptadas (8,7%) y fuera de los criterios anteriores y basadas en el juicio clínico 61 y se aceptaron 25 (54,3%).

CONCLUSIONES: • El farmacéutico intervino a lo largo de todo el circuito: selección del paciente, evaluación del tratamiento y seguimiento del mismo.

- La intervención del farmacéutico de hospital como parte integrante del equipo multidisciplinar previno 46 PRM potenciales, realizándose una media de 2,31 IF/residente.
- El número y grado de aceptación de las intervenciones fue mayor en las basadas en juicio clínico del farmacéutico y en los criterios START/STOPP que en criterios de BEERS.
- La mayoría de las intervenciones se realizaron sobre pacientes pluripatológicos y polimedcados (67.8%).

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

511. PERFIL DE UTILIZACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Elberdín Pazos L, Almendral Muñoz ML, Rico Garcia-Reyes B, Ortega Valín L, Llamas Lorenzana S, Ortiz de Urbina González JJ.

Complejo Asistencial Universitario de León. c/Altos de Nava s/n. León. España

OBJETIVO: Los medicamentos biológicos han revolucionado el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la última década. Nuestro objetivo es analizar el perfil de utilización de terapias biológicas (TB) en pacientes con EII y evaluar su impacto económico en un hospital de nivel terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del 100% de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en tratamiento con TB durante el año 2014.

Fuente de datos: Hoja de petición de inicio/modificación de TB y programa informático de dispensación a pacientes ambulatorios/externos (Farmatools®).

Datos recogidos: diagnóstico, medicamento, posología, fecha de inicio y fin de tratamiento, causas de cambio/suspensión, TB previa.

Variables evaluadas: número pacientes con TB, distribución medicamento/patología, número pacientes que inician/cambian/suspenden TB, número de pacientes con modificaciones en la posología, impacto económico.

RESULTADOS: 206 pacientes (223 prescripciones); 51,0% varones; 46,4 (10,6-81,4) años. Diagnóstico: 68,0%-EC, 32,0%-CU. El 17,5% (36/206) inició TB durante 2014, siendo la distribución de pacientes/medicamento: 17-infliximab (9-EC), 16-adalimumab (9-EC), 2-golimumab (CU), 1-ustekinumab (EC por traslado de CCAA).

Durante el año de estudio adalimumab se prescribió en un 47,5% (106/223) de los pacientes; 79,2% EC; 72 pacientes en primera línea, 31 en segunda y 3 en tercera. Infliximab fue prescrito en un 45,3% (101/223) de pacientes; 53,5% EC; 82 en primera línea y 19 en segunda. El 3,6% (8/223) de pacientes fueron tratados con ustekinumab; 100% EC (off-label); todos en tercera línea de tratamiento. Golimumab fue utilizado en 3,1% (7/223) de pacientes; 100% CU; 2 en primera línea, 3 en segunda y 2 en tercera. El fármaco menos utilizado fue certolizumab 0,4% (1 paciente EC en tercera línea).

Se detectó intensificación en la posología por pérdida de eficacia en 70 pacientes (34,0%). El 51,4% de los pacientes estaban a tratamiento con adalimumab (33 pacientes 40mg/semanal; 3 pacientes 80 mg/semanal); el 45,7% con infliximab (11 pacientes 5 mg/Kg/6 semanas; 4 pacientes 5 mg/Kg/4 semanas; 14 pacientes 10 mg/Kg/8 semanas; 3 pacientes 10 mg/Kg/6 semanas) y el 2,9% con ustekinumab (2 pacientes 90 mg/6 semanas). El 32,9% (23/70) de estas intensificaciones se produjeron en el año 2014.

Durante el año de estudio 16 pacientes modificaron la TB por ineficacia y en 22 se suspendió.

El coste de la TB en el año 2014 fue de 3.037.591 €, que supone un incremento del 19,5% respecto al año 2013.

CONCLUSIONES: La principal indicación de TB en EII fue EC. Adalimumab e infliximab se prescriben en una proporción similar. La TB en el área de EII supone un elevado impacto económico en el gasto hospitalario, observándose un incremento interanual del 19,5%. El motivo de este aumento fue el inicio de tratamiento de 36 pacientes así como la alta tasa de intensificaciones en la posología, que superan lo publicado en la bibliografía. Debido al aumento del número de pacientes en tratamiento y el elevado coste de la TB es necesario establecer un consenso entre los Servicios de Farmacia y Digestivo que permita implantar estrategias que ayuden a la contención del gasto sanitario en este área.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

91. POTENCIAL DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN DOS CENTROS SOCIOSANITARIOS.

AUTORES: Gallardo Lavado Mdm, Guerra De Prado M, Alonso Rodriguez L, Lopez Monguil R, Carranza Priante Mj. Hospital Universitario Rio Hortega. Calle Dulzaina. Valladolid. España

OBJETIVOS: Valorar el potencial de optimización farmacoterapéutica del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II en dos centros sociosanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo del tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) ± insulina en dos centros sociosanitarios mediante revisión de la historia clínica en el programa informático Resiplus®. Para establecer los criterios de optimización se realiza una búsqueda bibliográfica de las recomendaciones disponibles en las guías de práctica clínica ADA 2014, AACE/ACE 2015, American College of Physicians 2012, y en la base de datos Uptodate®. Los datos analíticos se extrajeron del programa Modulab®.

Se valoran los siguientes ítems:

- Metformina como fármaco de elección.
- Uso preferente de Sulfonilureas (SU) vs Inhibidores de la DPP-IV.
- Uso preferente de insulina vs triple terapia oral.
- Episodios de hipoglucemias ≤ 70 mg/dl registrados durante el último mes por el personal de enfermería.
- Analítica solicitada en el último año.
- Valor de hemoglobina glicada $\geq 8\%$ en la última analítica.
- Control de tensión arterial al inicio y anualmente.

- Antiagregación en Prevención secundaria y en aquellos con Riesgo cardiovascular a 10 años >10% como Prevención primaria.

- Estatinas en pacientes con LDL>100 mg/dL; HDL< 40 mg/dL (hombre) /

En función de los resultados obtenidos se establecen las medidas correctoras oportunas.

RESULTADOS: Se registran un total de 55 pacientes en tratamiento (54% mujeres, mediana de edad de 82 años). El 47% está en tratamiento con metformina como primer fármaco de elección. Se detecta un uso preferente de inhibidores de la DPP-IV frente a SU como segundo ADO de elección con sólo un 4% de los pacientes con SU frente al 16% con inhibidores de la DPP-IV. Todos los pacientes sin control adecuado con dos ADO reciben insulina basal, sin embargo la pauta de insulinización es deficiente ya que un 27% de éstos recibe tres ADO a pesar del tratamiento con insulina. Se registran 4 pacientes con episodios de hipoglucemia ≤ 70 mg/dl en el último mes y todos estaban en tratamiento combinado con insulina. Solamente dos pacientes no tienen analítica realizada en el último año; destacan 12 pacientes (22%) con Hb glicada $\geq 8\%$ y a todos se les ha realizado revisión de la tensión arterial. Entre las medidas de prevención del riesgo cardiovascular recomendadas se observa que de los pacientes que cumplen criterios, un 34% no están en tratamiento con estatinas y un 9% no están antiagregados.

CONCLUSIÓN: Debido al elevado porcentaje de pacientes con Hb glicada $\geq 8\%$ se decide la elaboración e implantación de un algoritmo de tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo II con el objetivo de priorizar el uso de SU de vida media corta frente a los inhibidores de la DPP-IV, optimizar la insulinización y reforzar el uso de medidas preventivas de los factores de riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

62. PRESCRIPCIÓN DE ANTIBACTERIANOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: EVOLUCIÓN DURANTE EL PERIODO 2010-14.

AUTORES: Mestres Miralles C, Agustí Sastre A, Puerta Bravo L, Llagostera Pujol B, Hernandez Hernandez M, Plana Llauredó C.

Mutuum. Mare De Deu De La Salut 49. Barcelona. España

OBJETIVOS: -Evaluar:

- La tendencia en la prescripción de antimicrobianos, en centros sociosanitarios, durante los últimos 5 años
- Grado de seguimiento de las recomendaciones de la Guía de Prescripción de Antimicrobianos (adaptada a geriatría), elaborada por la Comisión de Farmacia.

-Detectar cambios en:

- Tipo de antimicrobianos utilizados en relación a los cambios de perfil de los pacientes.
- Duración de tratamiento
- Vía de administración

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio llevado a cabo en cuatro centros sociosanitarios, de 165; 97; 25 y 17 camas, que atienden a pacientes de larga estancia, convalecencia, subagudos y paliativos.

El periodo evaluado incluye los años 2010-2014. Los datos se obtuvieron a partir del aplicativo informático de gestión de la prescripción médica. Se calcularon las DDD/100 estancias, en función de:

- Grupo de antimicrobiano según clasificación ATC
- Antimicrobiano
- Tipología de paciente

Así como la duración de los tratamientos.

RESULTADOS: La media de edad de todos los pacientes que recibieron tratamiento antimicrobiano fue de 80,4 años, siendo el 62,4% mujeres. No hay diferencias significativas respecto a edad y sexo entre los diferentes centros y a lo largo de los años del estudio.

La utilización de antimicrobianos, es considerablemente alta, manteniéndose relativamente constante a lo largo de estos años. Se ha determinado que entre el 10 y 69% (según el centro) de pacientes atendidos anualmente, han estado en tratamiento con algún antimicrobiano.

Las DDD/100 Estancias se han mantenido constantes en dos de los centros (12,81 y 18,02), pero se han ido incrementando en el resto, pasando de las 26 DDD/100 Estancias de 2010 a 52,1 en 2014 en uno de los casos y de 3,8 DDD/100 estancias a 8,4 en el otro.

La media de días de tratamiento siempre ha sido inferior a 10,5 días. En uno de los centros se detecta una disminución importante debido a la elevada utilización de fosfomicina.

En los dos centros de mayor número de camas, se ha ido incrementando a lo largo de los años el uso de la vía parenteral. En uno de ellos, durante el 2014, la vía parenteral expresada en %DDD/100 estancias ya supera a la oral, con un fuerte aumento en subagudos y paliativos.

El grupo de antimicrobianos más utilizado en todos los centros y que sigue aumentando es el de las penicilinas con inhibidores de beta-lactamasas, en concreto amoxicilina/clavulánico. También destaca la prescripción de quinolonas y fosfomicina. En los últimos años se observa un incremento en la utilización de cefalosporinas de cuarta generación, carbapenems, metronidazol y monobactámicos.

CONCLUSIONES: - La incidencia de tratamientos antimicrobianos se mantiene alta.

- Los antimicrobianos más utilizados se ajustan a la Guía de Recomendaciones de Tratamientos Antimicrobianos del Grupo en relación al tipo de infecciones más prevalentes (urinarias y respiratorias).

- La complejidad de los pacientes derivados a hospitales sociosanitarios va en aumento, reflejándose en el incremento de la prescripción de la vía intravenosa y antimicrobianos para gérmenes multiresistentes.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

860. PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA AUTOINMUNE Y TERAPIA BIOLÓGICA. TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE.

AUTORES: Blazquez-Ramos . N, Crespo-Robledo . P, Corrales Perez L, Moriel Sanchez C, Vazquez Castillo M, Segura Bedmar M.

Hospital Universitario De Mostoles. Rio Júcar S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de dislipemia en pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes en tratamiento con biológicos y relacionarla con la de la población general.

Analizar la prescripción de tratamiento hipolipemiente y detectar la necesidad de tratamiento en pacientes con dislipemia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, que incluyó todos los pacientes en tratamiento activo entre enero y mayo de 2015 con adalimumab, etanercept, infliximab y tocilizumab.

A partir del programa Farmatools®, se recogieron las variables demográficas, el diagnóstico de base y el tratamiento biológico. De la aplicación Web Lab® se recogieron los datos del perfil lipídico, glucémico, VSG y PCR. Los valores de LDL y HDL estaban disponibles solo en un 28% de los pacientes, por lo que el estudio se ha basado en los datos de colesterol total. Fueron excluidos aquellos pacientes sin analítica durante el período de estudio. A partir del visor de Atención Primaria Horus® se revisó el tratamiento hipolipemiente, antidiabético y cardiovascular prescrito de cada paciente.

Se consideró paciente con dislipemia si valor de colesterol total ≥ 200 mg/dl o tratamiento con hipolipemiente. Se tomó como inflamación activa si PCR > 5 mg/dl y/o VSG > 20 mg/dl.

Se tomó como referencia de prevalencia de hipercolesterolemia en la población española el estudio ERICE en que el 46,7% tenían hipercolesterolemia, considerada como colesterol total ≥ 200 mg/dl o tratamiento con hipolipemiente.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa Stata/IC 13.1.

RESULTADOS: El total de pacientes en tratamiento biológico fue de 301 pacientes, de los cuales 247 se incluyeron en el estudio. La edad media fue 50,58 (14,55) años. El 50,61% fueron hombres.

La prevalencia de dislipemia fue del 49,8% (IC95%, 43,61 a 55,9%) que no ha sido diferente a los datos de la población española ($p=0,88$).

El 31,58% ($n=78$) presentaba niveles de colesterol ≥ 200 mg/dl en el momento de estudio, de los cuales el 73,08% ($n=57$) no recibía tratamiento hipolipemiente.

Se analizó qué otros factores de riesgo cardiovascular presentaban estos 57 pacientes y se encontró que el 50,5% ($n=28$) tenía uno o más factores de riesgo asociados: 25% ($n=14$) tenían PCR y/o VSG elevadas, 16,4% ($n=9$) tenían glucosa > 100 mg/dl y 16,36% ($n=12$) recibían algún tratamiento cardiovascular.

CONCLUSIONES: A pesar de la bibliografía que recoge alteraciones lipídicas en los pacientes con enfermedad inflamatoria y tratamiento biológico, en este estudio la prevalencia de dislipemia no difiere de la población general.

Es destacable la proporción de pacientes con hipercolesterolemia sin tratar, de los que la mitad tenían otros factores de riesgo cardiovascular. Según la bibliografía, el componente inflamatorio sistémico de estos pacientes iguala su riesgo cardiovascular al de la diabetes tipo I, por lo que según la "Guía para el uso de tratamiento hipolipemiente de la Comunidad de Madrid", los pacientes con dislipemia no tratados serían subsidiarios de iniciar tratamiento hipolipemiente.

Las estatinas son el tratamiento de elección. Según algunos estudios las estatinas presentan además acción antiinflamatoria beneficiosa en estos pacientes.

A la vista de estos resultados, debería implementarse el control de los factores de riesgo cardiovascular y especialmente la dislipemia en la atención farmacéutica a los pacientes con enfermedad inflamatoria sistémica y tratamiento biológico.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

42. PREVALENCIA DE USO DE PSICOFÁRMACOS E INGRESOS POR FRACTURAS DE CADERA

AUTORES: Lopez Suarez D, Suarez Huerta MI, Almendral Muñoz MI, Rico Garcia-Reyes Bm, Ruano De La Torre R, Guindel Jimenez Mc.

Complejo Asistencial Univ. De León. Altos De Las Navas, S/N. León. España

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de uso de psicofármacos ambulatorios en pacientes ingresados con diagnóstico de fractura de cadera en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014

Pacientes: Mayores de 75 años ingresados con diagnóstico de fractura de cadera.

Variables:

- Demográficas: Edad y sexo.
- Asociadas al ingreso: Número de días de ingreso, éxitus en el ingreso (Si/No).
- Asociadas a la medicación ambulatoria: Número de fármacos que se toman de forma crónica, tipo y número de psicofármacos.

Método: Desde el departamento de codificación nos facilitan el listado de pacientes, el tiempo de ingreso hospitalario y el motivo de alta.

A partir del programa Gacela® utilizado en nuestro centro hospitalario para la monitorización de pacientes ingresados, recogemos los fármacos crónicos ambulatorios y las variables demográficas.

Se definieron como paciente de mala evolución, aquellos que presentaban uno o más de los siguientes criterios: Éxitus, ingreso mayor de 20 días o no realización de procedimiento quirúrgico.

Recogemos las siguientes familias de fármacos: Benzodiazepinas (BDZ), Antidepresivos, Antipsicóticos, Hipnóticos no Benzodiazepínicos, Antiepilépticos, Fármacos Antidemencia, Antiparkinsonianos y Piscoestimulantes.

Análisis Estadístico: Se utiliza el paquete estadístico SPSS versión 20

RESULTADOS: 559 pacientes, 73,5% mujeres (N=411), edad media 87,46±5,41 años. El tiempo medio de ingreso fue 11,19±6,28 días. El 7,5% de los ingresos son éxitus. El número de fármacos ambulatorios por paciente fue 5,46±3,23. El 59% consume algún psicofármaco de las familias antes descritas. La media de psicofármacos en los pacientes que toman es 1,8. En relación con el consumo de BZD, la proporción de mujeres en tratamiento fue significativamente superior (p=0,047). La proporción de éxitus no fue diferente (p=0,77) así como tampoco la duración del ingreso (p=0,74). Entre los pacientes con mala evolución no encontramos una proporción significativamente mayor en los que recibían BDZ (p=0,86) aunque sí identificamos como asociados a mala evolución el sexo masculino (p=0,0002) y el número de fármacos ambulatorios (p=0,0004).

De los psicofármacos más relacionados con aumento de caídas, un 36,18% consume alguna BZD, el 25% consume algún antidepresivo y el 9% algún antipsicótico. La combinación más frecuente de psicofármacos es BZD+Antidepresivos, 12,7% del total de pacientes.

El 5,59% de las BZD son de vida media larga (Clorazepato, Diazepam, Flurazepam).

El 33,11% de los psicofármacos pertenecen al grupo de los antidepresivos, siendo el principio activo mayoritario la mirtazapina (19,4%), seguido por escitalopram (17,91%) y trazodona (13,93%).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio refleja la prevalencia de uso de psicofármacos ambulatorios en pacientes ingresados por fractura de cadera. El objetivo es complementar nuestro estudio analizando el perfil de consumo en pacientes de avanzada edad en nuestra área de salud. En los nuevos criterios STOP/START publicados recientemente se hace hincapié en el uso desaconsejado de benzodiazepinas con duración superior a cuatro semanas, por tanto sería recomendable, una revisión de tratamientos en este grupo de edad para poder prevenir entre otros efectos secundarios las fracturas de cadera.

411. PSORIASIS MODERADA-GRAVE: ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO ASISTENCIAL

AUTORES: Villaverde Piñeiro L, López Rodríguez I, Anido García M, Otero Logilde A, López García Vm. Hospital Universitario Lucus Augusti. Dr Ulises Romero 1. Lugo. España

OBJETIVO: La psoriasis es una enfermedad sistémica con manifestaciones predominantemente cutáneas que lleva asociada una reducción de la calidad de vida del paciente pues repercute en el ámbito físico, emocional, sexual y laboral-económico. La terapia biológica está indicada en psoriasis moderada-grave cuando ha fracasado o está contraindicado el uso de otros tratamientos sistémicos como ciclosporina, metotrexato o fototerapia.

Evaluar la adecuación, eficacia y seguridad del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con psoriasis moderada-grave en base al protocolo establecido en nuestro centro conforme a las recomendaciones de las sociedades científicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo abril 2012 –abril 2015 de los pacientes con psoriasis moderada-grave que iniciaron tratamiento con medicamentos biológicos en nuestro hospital. Fuentes de datos: Historia clínica electrónica (lanus®) y aplicativo informático de dispensación a pacientes externos (Silicon®). Datos recogidos: cumplimiento definición psoriasis moderada-grave para el inicio del tratamiento biológico (PASI ≥ 10 , BSA $> 10\%$ ó DLQI > 10 ó PGA ≥ 3), tratamientos sistémicos previos, tratamiento biológico administrado y posología, evaluación de la eficacia a las 12 semanas para adalimumab y etanercept, 16 y 28 semanas para ustekinumab y tolerancia.

RESULTADOS: 29 pacientes, 22 hombres y 7 mujeres con edad media 47,65 años (22-83). 27 pacientes cumplieron los criterios para el inicio del tratamiento, en 2 no disponemos de datos. 25 pacientes recibieron tratamientos sistémicos previos siendo los más frecuentes: metotrexato, acitretina y ciclosporina, en 4 estaban contraindicados por intolerancia (hepatotoxicidad). 15 pacientes iniciaron etanercept 50 mg/semana, 9 adalimumab 40 mg semanas alternas y 5 ustekinumab (4: 45 mg cada 12 semanas, 1: 90 mg cada 12 semanas). Eficacia a las 12 semanas: etanercept: 9 pacientes alcanzaron una reducción del PASI del 75% (PASI 75), 2 reducción PASI en un 50% (PASI 50) junto con reducción de 5 puntos del DLQI inicial, 3 no cumplieron criterios de evaluación y 1 sin datos; adalimumab 8 pacientes alcanzaron el PASI 75, 1 paciente el PASI 50 junto con reducción de 5 puntos del DLQI inicial; ustekinumab valoración a las 16 semanas frente a PASI, DLQI Y PGA de inicio se realizó en 3 pacientes, 2 sin datos; ustekinumab 28 semanas: 4 pacientes alcanzaron el PASI 75, 1 sin datos. La tolerancia fue adecuada no registrándose reacciones adversas importantes.

CONCLUSIONES: El grado de adecuación al protocolo resultó satisfactorio en la mayoría de nuestros pacientes. Si bien la participación en la elaboración de protocolos y toma de decisiones de los facultativos implicados debería favorecer un óptimo grado de cumplimiento de los mismos, vemos que el grado de adhesión, aunque satisfactorio en la mayoría de los pacientes, es mejorable. En este sentido, desde la unidad de pacientes externos del servicio de farmacia dentro de un enfoque multidisciplinar de atención a estos pacientes, se puede reforzar el seguimiento y verificación del cumplimiento, contribuyendo de este modo a la racionalización y optimización de estas terapias.

99. RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LOS PLANES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: Guerra De Prado M, Blazquez Galan A, Moreno Garcia M, Madrid Gonzalez M, Domingo Martín M. Hospital Universitario Rio Hortega. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Valorar los resultados de la participación del farmacéutico en los planes de atención integral (P.A.I.) en un centro sociosanitario mediante el análisis de las intervenciones realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de cuatro meses de duración (Enero a Abril de 2015) desarrollado en un centro sociosanitario de 140 camas. Se incorpora al farmacéutico en los P.A.I. en los que se analiza de forma periódica, global y multidisciplinar la situación clínica, psicológica, funcional y social de cada residente. Se definen los siguientes motivos de intervención: 1/Fármaco no indicado 2/Dosis incorrecta 3/ Interacción con fármaco y/o patología previa 4/Necesidad de monitorización de parámetro analítico y/o test 5/Indicación no tratada 6/ Cumplimiento de los protocolos del centro 7/ Otros (simplificación del tratamiento, administración en horario óptimo...). Su relevancia clínica se clasifica en: Nivel I (no produce cambios significativos en la salud del paciente), Nivel II (evita riesgos que con una alta probabilidad pueden producir daño en el paciente) y Nivel III (evita riesgos que potencialmente suponen una hospitalización y/o amenaza para la vida). Las intervenciones realizadas y su resultado quedan

reflejadas en la historia clínica informatizada del paciente. Para valorar la efectividad del nuevo sistema se comparan estas intervenciones con las realizadas mediante validación manual (sin asistencia a las reuniones interdisciplinarias).

RESULTADOS: Se ha participado en el P.A.I de 36 pacientes, 21 mujeres y 15 hombres con una mediana de edad de 84 años [55-95]. Se han realizado 114 intervenciones: 36 fármaco no indicado, 15 dosis incorrecta, 3 interacción con fármaco y/o patología previa, 26 monitorización, 14 indicación no tratada, 13 cumplimiento protocolos y 7 otros; Clasificadas en: Nivel I 50%, Nivel II 39% y Nivel III 11%, de las cuales el 61% han sido aceptadas. Con respecto a la validación manual el número de intervenciones ha supuesto un incremento del 42%.

CONCLUSIONES: La participación del farmacéutico en los P.A.I ha permitido optimizar la farmacoterapia del paciente anciano con un alto grado de aceptación, realizando casi el doble de intervenciones respecto a la validación manual.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1095. REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CRÓNICOS AVANZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: raich montiu l, gómez valent m, torrente jimenez i, herranz martinez s, villarino marzo ma, gorgas torner mq. Corporacio sanitaria parc tauli. Parc taulí, 1. Barcelona. España

OBJETIVO: - Revisar la medicación al ingreso y al alta de los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y con enfermedad Crónica Avanzada (MACA) ingresados en un sociosanitario (SS).

- Analizar las intervenciones farmacoterapéuticas realizadas en estos pacientes.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisó la medicación al ingreso y al alta de los pacientes PCC y MACA de un SS de 233 camas (38 camas en la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA)) de un Hospital Universitario de segundo nivel durante cuatro meses (enero-abril 2015)

El tiempo invertido por el farmacéutico en la unidad de hospitalización fue de 6 horas en la UGA y de 2 horas en el resto del SS. En la UGA se realizó entrevista farmacológica a los pacientes/cuidadores. La conciliación y posterior revisión de la medicación, se dejó registrada en el curso clínico del paciente como guía para el médico responsable.

En el momento del alta se revisó la medicación de todos los pacientes del SS. Se elaboró un informe dirigido al médico responsable para los pacientes ingresados en la UGA donde constaba la medicación mantenida, retirada, añadida o modificada durante el ingreso, intervenciones realizadas y recomendaciones.

Se registraron todas las intervenciones realizadas durante la estancia hospitalaria en función del tipo de intervención, tipo de problema relacionado con el medicamento (PRM), impacto de la intervención y aceptación de la intervención.

RESULTADOS: Se revisó la medicación al ingreso y al alta de un total de 127 pacientes (80 de la UGA y 47 del resto del SS), 96 PCC (59 de la UGA y 37 del resto del SS) y 31 MACA (21 de la UGA y 10 del resto del SS). Se elaboró el informe al ingreso a 60/80 (85%) pacientes y al alta de 19/33 (57,57%) de pacientes de la UGA. El número total de pacientes al alta (33) disminuyó respecto al ingreso (80) por la pérdida de seguimiento de pacientes debido a traslado a otras unidades o centros, fallecimiento o no presencia del farmacéutico en planta en el momento del alta.

Se registraron un total de 151 intervenciones (79 en la UGA y 72 en el resto del SS) de las cuales 88 (58.27%) fueron de seguridad y 63 (41.72%) de eficacia. El grado de aceptación por parte del equipo médico fue de 87.41%(132). Las intervenciones mayoritarias correspondieron a modificación de pauta posológica (50; 33.11%), inicio de tratamiento (26; 17.21%), retirada de tratamiento (24; 15.89%) y adaptación de forma farmacéutica (23; 15.23%). Los PRMs más frecuentemente detectados se relacionaron con una dosis o frecuencia excesiva (35; 23.17%), necesidad de tratamiento adicional (18; 11.9%) o detección de medicamento no indicado en paciente de edad avanzada (14; 9.27%).

CONCLUSIONES: - Una mayor presencia del farmacéutico en la planta de hospitalización aumenta su actividad, favorece la integración con el equipo médico y permite una revisión de la medicación más completa e individualizada.

- La revisión de la medicación facilita el abordaje multidisciplinar de los tratamientos dando lugar a intervenciones de repercusión clínica como son modificación de pauta, retirada o inicio de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

129. REVISIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

AUTORES: Santos Del Prado R, Mendia Ibarra E, Etayo Ros A, Gurrea Garde J, Marques Da Costa Ma. Hospital San Juan De Dios. Beloso Alto 3. Navarra. España

OBJETIVO: Estudiar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en los pacientes ingresados en un hospital de media estancia durante 10 meses (Julio de 2014 a Mayo de 2015).

MATERIAL Y METODOS

Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada Webhospital®, junto a una base de datos donde se fueron registrando la identificación, edad, servicio médico, descripción del PRM, tipo de PRM, propuesta, fármacos involucrados, aceptación de la intervención.

RESULTADOS: Se detectaron 226 PRM, la media de edad fue de 77 años, 88 mujeres y 138 hombres, 39 PRM detectados en el Servicio de Paliativos y 187 en el Servicio de Medicina Interna.

Tipos de PRM encontrados: 68 relacionados con dosis, pautas o duración de tratamiento no adecuada, 61 relacionados con medicación no conciliada al ingreso, 41 errores de prescripción, 24 duplicidades, 32 otros. La suma de estos 4 primeros tipos de PRM engloba el 85% del total.

En cuanto a la farmacoterapia implicada: 39 relacionada con la nutrición artificial, 26 con antibióticos, 23 con antiagregantes y anticoagulantes, 18 con antifúngicos, 12 con fármacos para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata, 10 con estupefacientes, 10 con minerales y vitaminas, 9 con broncodilatadores, 9 con antipsicóticos y antidepresivos, 9 con analgésicos, 7 con diuréticos, el resto 54. La suma de los 11 primeros supera el 75% (76,10%). El grado de aceptación de las intervenciones fue de 220 (97,3%).

CONCLUSIONES: 1. Se observa que la mayoría de las intervenciones se han realizado en el Servicio de Medicina Interna, esto es debido a la complejidad de los tratamientos que favorece la aparición de PRM. En los pacientes ancianos se debe implementar la revisión de la medicación potencialmente inapropiada como punto de partida para una adecuada deprescripción.

2. La atención farmacéutica prestada desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria optimiza la farmacoterapia, evitando problemas de salud sin tratar, errores de prescripción y duplicidades entre otros.

3. La valoración nutricional realizada desde el Servicio de Farmacia permite detectar las necesidades nutricionales en cada paciente e individualizar su terapia nutricional.

4. El seguimiento de la función renal es necesario para adecuar las pautas posológicas al filtrado glomerular de los pacientes, siendo especialmente importante en los antibióticos.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

371. USO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Álvarez Martín T, Ferrando Piqueres R, Mendoza Aguilera M, Liñana Granell C, Gallego Iglesias B, Pascual Marmaneu Ó.

Hospital General De Castellon. Avenida Benicasim. Castellón De La Plana. España

OBJETIVO: Analizar las características de los pacientes afectados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento biológico en monoterapia en el entorno de un hospital terciario, incluyendo los tratamientos previos y las razones del cambio del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en el que se recopilan todos los pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF α de primera línea para EII. Se recogen variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (diagnóstico, proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR) y calprotectina). Se evalúan los pacientes que están en monoterapia con un fármaco biológico, el tratamiento anterior previo al biológico y el motivo del cambio; se considera también monoterapia aquellos pacientes que llevan corticoides a dosis bajas. En aquellos pacientes que no están en monoterapia se recoge su tratamiento concomitante.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 52 pacientes, el 40,4% mujeres y siendo la edad media de 44,1 años (DE=11.9). Un 78,9% fue diagnosticado de enfermedad de Crohn y un 17,3% de colitis ulcerosa. La mediana de PCR fue 1,51(0,94-4,22) mg/L. Sólo un 32,7% disponían de determinación de FR y un 28,8% de calprotectina. El 71,2% de los pacientes incluidos recibieron tratamiento con adalimumab (ADA), un 26,9% con infliximab (IFX) y un 1,9% con golimumab (GOLI). Un 25 % de la población analizada estaba en monoterapia con biológico, de ellos un 77% con ADA y un 23% con IFX. Justo antes de iniciar la monoterapia con el biológico, un 61,5% llevaban fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad solos o combinados, un 15,4% estaba en tratamiento con otro biológico asociado a inmunomodulador y un 23,1% no llevaban tratamiento previo en el momento del cambio, pero anteriormente si habían llevado inmunomoduladores. El motivo del cambio más frecuente fue por reacciones adversas directamente relacionadas con el fármaco en un 38,5% de los pacientes, seguido de mejoría de la enfermedad (15,4%) o falta de respuesta (15,4%). Al ser un estudio retrospectivo en un 30,8 % de los pacientes no se pudo averiguar el

motivo del cambio. El tratamiento concomitante en la población de pacientes que no llevaban un biológico en monoterapia fue de un 56,4% con azatioprina, un 20,5% con mesalazina, solo un 5,1% llevaba metotrexato y el resto más de un fármaco asociado al biológico. Un 25% de los pacientes utilizan fármacos biológicos en monoterapia, porcentaje mayor al descrito en un estudio que incluye pacientes de la misma área geográfica (17,3%) y menor a los resultados obtenidos en otro estudio a nivel nacional que incluye pacientes afectados de artritis reumatoide (30%).

CONCLUSIONES: La monoterapia con fármacos biológicos para el tratamiento de EI es una opción terapéutica en práctica clínica habitual, al igual que en otras patologías. La aparición de efectos adversos y la no respuesta a fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad constituyen el principal motivo del empleo de la monoterapia. La evaluación de resultados en salud a largo plazo permitirá determinar si esta opción terapéutica es eficaz y segura.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

932. USO DE OPIÁCEOS DE ACCIÓN RÁPIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

AUTORES: Gallego Muñoz C, Rodríguez Mateos Me, Domínguez Cantero M, García Martín F, Suárez Carrascosa FJ, Marnzano Martín Mv.

HOSPITAL UNIV. PUERTA DEL MAR. Avda. Ana de Viya, 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Conocer las características de los pacientes ingresados en tratamiento con opioides de acción rápida en nuestra unidad de Cuidados Paliativos. Identificar pacientes con características de abuso/adicción de los opioides de acción rápida.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, prospectivo. Se analizó los pacientes ingresados durante tres meses (septiembre-noviembre de 2014). Criterios de inclusión: uso de opioide de acción rápida. Criterios de exclusión: estancia menor de 3 días, situación de últimos días, deterioro del nivel de consciencia. Se recogieron los siguientes datos: diagnóstico principal, antecedente de consumo de sustancias tóxicas, opioide empleado como tratamiento de base y de rescate, coadyuvantes empleados, datos de abuso/adicción de los opioides de acción rápida. Se empleó para el análisis estadístico el programa SPSS versión 19.

RESULTADOS: Hemos estudiado 21 pacientes, de las cuales 14 fueron hombres (66%), siendo la media de edad 67,3 ($\pm 10,5$) años. La estancia media fue de 18,2 ($\pm 10,5$) días. El 23% (5 pacientes) tenían presentaban antecedentes de consumo de sustancias tóxicas. Los diagnósticos principales eran de origen neoplásico, siendo la neoplasia más frecuente fue de origen gastrointestinal, con 6 casos (28%), seguido de la neoplasia respiratoria (19%), genitourinaria (14%) y de cabeza y cuello (9%). Como opioide de base la morfina fue el más empleado como monoterapia, en 9 pacientes (42%), seguido del fentanilo 6 (28%); metadona 3 (14%) y tapentadol 3 (14%). El opioide de rescate más frecuentemente empleado fue el fentanilo con un 57% (12 pacientes) en sus diferentes presentaciones (nasal 2, sublingual 4, transmucosa 6), seguido de morfina 43% (oral 4, parenteral 5 pacientes); siendo la principal indicación el dolor en un 92% (19 pacientes). Se emplearon coadyuvantes en 9 pacientes (42%), el más empleado fue la pregabalina en 4 pacientes (44%), seguido de amitriptilina con 2 pacientes (22%) y gabapentina en 2 casos (22%). Se identificó 4 pacientes (19%) con datos de uso/maluso de opiáceos de acción rápida; solicitándolo para evitar que aparezca el dolor (2 pacientes), insomnio, sensación de bienestar y ansiedad (2). En estos pacientes la variable que resultó estadísticamente significativa ($p 0,047$) fue el antecedente de uso de sustancia tóxicas.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes tenían un diagnóstico de alguna enfermedad neoplásica. La morfina es el primer analgésico opioide mayor usado como terapia basal, seguido de fentanilo. El fármaco de rescate más empleado fue el fentanilo de acción rápida en sus diferentes presentaciones, principalmente por dolor irruptivo. Hemos identificado que la quinta parte de los pacientes hacen maluso/abuso de los rescates. De éstos pacientes el antecedente de uso de sustancias tóxicas fue estadísticamente significativo.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

309. VALORACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS

AUTORES: Sierra Torres Mi, Albiñana Perez S, Meizoso Lopez Md, Fernandez Alonso M, Lopez Sandomingo L, Ta-boada Lopez R.

Hospital Univ. Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Sirout, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Valoración de la carga anticolinérgica del tratamiento de pacientes institucionalizados en que se ha registrado una caída.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron todos los pacientes que sufrieron caídas en un centro sociosanitario durante los meses de Enero a Marzo de 2015. Las variables recogidas incluyeron: paciente, datos demográficos, funcionales y cognitivos, fecha y número de caídas por paciente, motivo, resultado de la caída (lesión o no, y tipo), número de medicamentos por paciente, puntuación de las escalas Anticolinérgico Risk Scale (ARS) y Anticolinérgico Cognitive Burden List (ACB) para el tratamiento farmacoterapéutico prescrito en el momento de la caída y la medicación que puntúa en cada escala.

Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica del centro (programa Resiplus®).

RESULTADOS: De los 170 pacientes institucionalizados, se registraron 73 caídas en 36 de ellos, con una media dentro de este grupo de 2 caídas/paciente (rango : 1-7). 69% mujeres, edad media 84 (rango: 69-100), MEC medio: 11 (deterioro severo función cognitiva) (rango: 0-29), Barthel medio: 42,9 (dependencia moderada) (rango: 5-95).

Los motivos principales de caídas fueron: deterioro cognitivo (39,7%), alteración del equilibrio (38,3%) y alteración de la marcha (15%). El 26% provocó algún tipo de lesión, con un 6,8% de las caídas requiriendo traslado hospitalario por fractura, mientras que en el resto fueron lesiones leve como traumatismos leves o laceraciones. El número medio de medicamentos fue de 7 (rango: 1-14), con 58,3% de los pacientes entre 5-9 medicamentos y un 22,2% siendo grandes polimedicados con más de 10.

El 69% de los pacientes tenía prescrito algún fármaco anticolinérgico según las escalas ARS y/o ACB, en el momento de la caída. El 74,32% de las caídas se dieron en pacientes con una puntuación media de 2,23 punto (rango: 1-7) de la escala ACB mientras la escala ARS estuvo relacionada en el 63,51% de las caídas, con una puntuación media de 1,09 (rango: 1-4).

Los medicamentos más implicados en las caídas según la escala ARS fueron la quetiapina (35,6 % de caídas), mirtazapina (20,5%), trazodona (19,2%) y risperidona (13,7 %). Según la escala ACB fueron la quetiapina (35,6%), furosemida (28,8%), trazodona (19,2%) y digoxina (15%)

CONCLUSIONES: Se ha detectado un elevado número de pacientes (69%) con carga anticolinérgica entre los pacientes que sufrieron caídas durante el periodo de estudio.

Los medicamentos más implicados con las caídas han sido neurolépticos y antidepresivos, lo que concuerda con la bibliografía existente.

La diferencia existente entre los medicamentos incluidos en ambas escalas, es la responsable de la diferente puntuación de riesgo de caídas entre ambas, ya que la escala ACB incluye medicamentos más habituales en esta población, como digoxina y furosemida.

Se debe considerar la evaluación del riesgo anticolinérgico como una estrategia adicional para optimizar la seguridad del paciente institucionalizado, que debería hacerse de manera sistemática.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1173. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO EN LAS INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Dolz Bubi E, Nucete Gallego B, Sosa De la Nuez AV, Hernandez Gago Y, Lombardero Pin M, Otero Villalustre C.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Av. Marítima del Sur, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVO: Las consultas por posible intoxicación en los Servicios de Urgencias Pediátricas tienen una baja incidencia (0,3%) pero en ocasiones pueden provocar una situación de riesgo vital para el paciente. Es necesario conocer la epidemiología de las mismas en nuestro entorno para poder protocolizar las actuaciones. Con este fin se pretende determinar la incidencia y analizar las causas de las intoxicaciones, así como la necesidad de tratamiento, en la población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo retrospectivo desde febrero a diciembre 2014 en la población pediátrica

RESULTADOS: De los 42.428 pacientes atendidos el 0.38% ($\pm 0,13$) fueron consultas por posible intoxicación. La incidencia en < 5 años fue 86,5%, entre 5-10 años 5,52% y en 11-14 años 7,98%, no habiendo diferencia entre sexos. El 95,09 % fueron por causa accidental, 3,68 % voluntarias y el 1,23% por maltrato. Sólo el 7,36% de los pacientes precisaron hospitalización.

Los grupos de tóxicos causantes fueron:

- 49,69% Fármacos. Dentro de estos el grupo de antitérmicos (29,63%) y psicofármacos (27,16%) fueron los más prevalentes. El principal principio activo fue paracetamol (24,69%) seguido de ibuprofeno, lormetazepam y zolpidem (4,94 % cada uno)

- 0,61% Etanol
- 1,23% Drogas ilegales
- 30% Otros
- 0,61% Desconocido

Globalmente precisaron tratamiento el 46,63% de los pacientes, 43,56% a nivel hospitalario y 8,59% en Centro de Salud. Sólo en 2 ocasiones de las 163 consultas por intoxicación precisaron antídoto específico (flumazenil y acetilcisteína). El manejo en el hospital fue con medidas generales y de soporte: carbón activado (47,89%), sueroterapia (52,11%), omeprazol o ranitidina (28,17%) y ondansetron(9,86%).

CONCLUSIONES: La incidencia hallada coincide con la descrita en la bibliografía. El uso de antídotos específicos es muy poco frecuente aunque de vital importancia. La mayoría de casos se manejan con medidas generales. En este sentido es necesario establecer guías de actuación según el tóxico.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

369. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS DE FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES: Del Río Valencia Jc, Tamayo Bermejo R, Gutiérrez Lorenzo M, Gallego Fernández C, Madera Pajin R. Hospital Regional Universitario De Málaga. C/Carlos Haya S/N. Málaga. España

OBJETIVOS: Analizar la población pediátrica afecta de Fibrosis Quística de nuestro Hospital para optimizar el proceso de Atención Farmacéutica que más se adapte a las necesidades individuales de nuestros pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal de todos los pacientes pediátricos afectados de Fibrosis Quística, atendidos en la consulta de Atención Farmacéutica entre los meses de enero y abril de 2015.

La caracterización de la población a estudio se realiza mediante el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la SEFH, que permite identificar y seleccionar aquellos pacientes que más se puedan beneficiar de determinadas intervenciones de Atención Farmacéutica según su nivel de riesgo.

Variables de estudio del modelo: Variables demográficas, variables clínicas y variables relacionadas con la medicación.

Fuentes de información: Historia clínica electrónica y programa de dispensación a pacientes externos.

Se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se recogen las diferentes variables, el nivel de riesgo y el uso de medicamentos off-label.

Los resultados se analizaron mediante estadísticos descriptivos.

RESULTADOS: Se analizan 33 pacientes pediátricos afectados de Fibrosis Quística de edades comprendidas entre 4 meses y 16 años. La estratificación mostró los siguientes **RESULTADOS:** 9 pacientes (27.3%) pertenecen al nivel 1 de riesgo, 14 (42.4%) al nivel 2, 9 (27.3%) al nivel 3 y 1 (3%) al nivel 4.

Con respecto a la variable demográfica edad, es importante comentar que el 100% (3) de los pacientes atendidos de edades comprendidas entre 12-18 años pertenecen al nivel 1 lo que corrobora la progresión de la enfermedad en el tiempo.

De las variables clínicas estudiadas resalta que 32 (96.9%) pacientes padecen procesos pluripatológicos y el 100% requieren cuidados especiales (fisioterapia respiratoria).

En cuanto a las variables relacionadas con la medicación señalar que 31 (93.9%) son polimedicados, 100% tienen pautas complejas, 19 (57.6%) tienen riesgo de PRM y el 100% utilizan medicamentos de alto riesgo. También es importante reseñar el elevado porcentaje (70%) de pacientes que utilizan medicamentos fuera de indicación.

Por último indicar que la principal diferencia de los pacientes de nivel 1 con respecto al resto es que el 55.55% presentan déficit en el desarrollo pondoestatural y el 88.9% tienen cambios en el régimen regular de la medicación. Estos hallazgos nos obligan a llevar a cabo una atención orientada al paciente proporcionando información personalizada sobre el correcto uso de los medicamentos y realizar seguimiento farmacoterapéutico estrecho que permita conocer los cambios en la medicación y establecer estrategias que ayuden a alcanzar los objetivos terapéuticos y poder detectar y prevenir posibles PRM.

CONCLUSIÓN: A la vista de los resultados, proponemos una estrategia de atención farmacéutica compartida con los clínicos responsables, adaptada a las necesidades identificadas y que nos permita integrar nuestras intervenciones en la historia clínica del paciente.

193. DESARROLLO E IMPLANTACION DE UN BOTIQUÍN DE EMERGENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

AUTORES: Sacristán De Lama Mp, Alaguero Calero M, Gómez De Segura Iriarte L, Velasco Rocés L, Zapico García I, García Sacristán Aa.

Hospital Universitario Central De Asturias. Avda. Roma, Sn. Asturias. España

OBJETIVOS: Disponer en el Hospital de los medicamentos necesarios para atender con la menor demora posible a los pacientes críticos con sospecha de presentar un Error Congénito del Metabolismo (ECM), así como de protocolos consensuados que faciliten un abordaje terapéutico seguro.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Servicio de Farmacia junto con la Unidad Pediátrica de Nutrición y Metabolismo establecieron los medicamentos que es necesario tener disponibles para tratar a pacientes críticos con sospecha de un ECM. Se realizó una búsqueda para conocer las especialidades/preparados farmacéuticos disponibles en el mercado, así como las características especiales de uso y/o adquisición. Se seleccionaron las presentaciones necesarias y más convenientes para el Hospital y se estableció como existencias mínimas las necesarias para 3-4 días de tratamiento. Se solicitó la inclusión en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital (GFT) de los medicamentos/presentaciones no disponibles; una vez incorporados, se adquirieron al Laboratorio. Se definió el almacenamiento y la dispensación de los medicamentos y se realizó una revisión bibliográfica de las pautas de dosificación, así como de la forma de preparación y administración.

RESULTADOS: La creación del Botiquín llevó a la incorporación en la GFT de quince presentaciones comerciales correspondientes a doce principios activos. Así mismo, se consensó el grupo de medicamentos que estarán disponibles en la Farmacia, para urgencias agudas (Quelantes de amonio: Benzoato sódico, Fenilbutirato; Aminoácidos sustitutivos: Arginina; Detoxificantes: Carnitina; Coenzimas: Tiamina, Riboflavina, Piridoxina, Hidroxicobalamina y Biotina; Cofactores enzimáticos: Acido Carglúmico; Diazóxido y Betaina) y urgencias subagudas (Aminoácidos sustitutivos: Citrulina, Isoleucina, Valina, Ornitina, Serina; Coenzimas: Acido Folínico, Acido Ascórbico, Piridoxal-5-fosfato, Sapropterina; Otros: L-Dopa/Carbidopa, 5-OH-Triptófano, Dextrometorfano, Creatina). Mientras que un segundo grupo, para urgencias subagudas y de coste elevado o con alternativas, se adquirirán a demanda: Nitisinone, D-Manosa y Ubidecarenona.

El Botiquín se completa con unas tablas con las presentaciones disponibles de los medicamentos, características especiales (Uso Fuera de Ficha Técnica, Huérfano, Uso Hospitalario, Fórmula Magistral, Extranjero con informe) y la cantidad mínima que debe mantenerse en stock. Un grupo de quince medicamentos serán preparados como Fórmula Magistral en el Área de Farmacotecnia, por no estar disponibles como especialidad o precisar dosis individualizadas a demanda.

Se definió una ubicación fija y contigua para los medicamentos de uso exclusivo en ECM, que constituyen el "Botiquín", en el almacén automatizado de Farmacia "Cesta de Metabolopatías", (temperatura ambiente y refrigerado). También se definió la ubicación de las materias primas en el Área de Farmacotecnia.

Los medicamentos del "Botiquín" se dispensarán siguiendo el procedimiento general establecido en el hospital.

Se desarrollaron las sentencias de indicación para la prescripción electrónica de los medicamentos, basándose en las pautas de dosificación y normas de preparación/ administración encontradas en la bibliografía y recogidas en forma de tablas.

CONCLUSIONES: • Disponer del "Botiquín de Emergencias para Metabolopatías" permite tener un acceso rápido y seguro a los tratamientos,

- Reduciendo de forma considerable el tiempo para el abordaje terapéutico de estas patologías tan poco frecuentes y
- Reduciendo tanto los posibles errores en la prescripción, como en la dispensación y administración de los medicamentos.

790. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO INTEGRADOS EN EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICOS

AUTORES: Arévalo Bernabé AG, Lalueza Broto P, Florensa Royo E, Rossich Verdés R, Mora Gri L, Girona Brumós L.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig Vall d'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: Diseñar protocolos de tratamiento para aquellos pacientes pediátricos ingresados en la Unidad de Quemados de un hospital de tercer nivel, así como su integración en el programa informático de prescripción electrónica asistida y registro de la administración. El objetivo final de este proceso es la mejora de la eficacia y la seguridad de los tratamientos en este grupo población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se creó un equipo de trabajo multidisciplinario constituido por pediatras, farmacéuticos clínicos y un farmacéutico especializado en el aplicativo informático. En una primera fase del proceso se definieron los objetivos terapéuticos por grupo de edad, así como todos aquellos factores potencialmente relacionados con la elección del tratamiento farmacológico y de cuidados. En la segunda fase, se desarrollaron estos protocolos y se integraron en un módulo de pruebas informático en busca de identificar posibles problemas y establecer las medidas correctoras que fuesen necesarias. Por último, en una tercera fase, se presentaron los protocolos a los diferentes equipos médicos (de pediatría y de cirugía plástica) y de enfermería involucrados, con la finalidad de validar tanto los tratamientos como los procedimientos de prescripción y registro de administración de los mismos.

RESULTADOS: Se elaboraron 6 protocolos diferentes atendiendo a la clasificación de la población pediátrica en tres grupos de edad (menos de 1 año, de 1 a 3 años y más de 3 años) y según la disponibilidad o no de la vía oral. Los aspectos que se incluyeron fueron: terapia antiálgica, protección gástrica, tratamiento del prurito, cuidados de la zona quemada, nutrición y medidas de cuidado general. También se elaboró un protocolo de reposición hidroelectrolítica que recogiera tanto la cobertura de las necesidades de mantenimiento como la compensación de las pérdidas previstas debidas a la quemadura. Para poder aplicar los protocolos es necesario que esté informado el peso, la talla y, adicionalmente en el caso del protocolo de manejo hidroelectrolítico, la superficie corporal quemada del paciente, ya que las dosis de los diferentes tratamientos se calculan en función de estos parámetros. Tal y como ocurre también en la prescripción no protocolizada, el programa aplica, como medida de seguridad, la monitorización del tratamiento (posibles alergias, sobredosificaciones, interacciones farmacológicas, duplicidades, etcétera). Otro aspecto de seguridad implementado consiste en que el sistema informático no permite prescribir un protocolo destinado a un intervalo de edad en el que no esté incluida la edad del paciente.

CONCLUSIONES: La elaboración de protocolos ampliamente consensuados y basados en la evidencia científica mejora la calidad asistencial y permite una mayor eficiencia, eficacia y seguridad de las terapias, conceptos que se ven reforzados por la integración del farmacéutico en los grupos multidisciplinarios de trabajo. Estas consideraciones son especialmente importantes en una población tan heterogénea y con unas características tan especiales como la pediátrica, más si cabe si los pacientes se encuentran ingresados en unidades no exclusivamente pediátricas. Además, la protocolización informatizada permite asegurar un cuidado integral del paciente, minimizando posibles errores de medicación y garantizando a la vez la estandarización de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

685. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON DIETA CETOGÉNICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DÉFICIT DE GLUT-1

AUTORES: Company Bezares F, Sanz Muñoz M, Armengol Alert A, Lopez Barrios D, Vanrell Ballester A, Vilanova Boltó M.

Hospital Son Llàtzer. Ctra. Manacor, Km.4. Islas Baleares. España

OBJETIVO: Determinar la efectividad y seguridad de la Dieta Cetogénica (DC) para el tratamiento de la epilepsia y retraso del Desarrollo Neurológico y Psicomotor (DNP) en niños con déficit del transportador de Glucosa-1 (GLUT-1). Comparar los resultados obtenidos con los hallados en la bibliografía.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo observacional mediante revisión de la historia clínica (HC) realizado en niños diagnosticados de déficit de GLUT-1 que iniciaron DC desde diciembre 2013 hasta mayo 2015. Se realizó un seguimiento de 12 meses de estos pacientes. Evaluación de la efectividad: control de la epilepsia a los 3,6 y 12 meses, simplificación del tratamiento antiepiléptico (AE) y mejora subjetiva del DNP. Evaluación de la seguridad: efectos adversos (EA) durante el tratamiento. Variables recogidas: sexo, edad debut de la sintomatología, edad al inicio de DC, %reducción de nº crisis (>90%,>50%), nºAE, y EA presentados.

Se compararon los resultados con la bibliografía obtenida de la búsqueda en PubMed de los términos MeSH: "Ketogenic Diet" AND ("Epilepsy" OR "Carbohydrate Metabolism, inborn errors" OR "Glucose Transporter type-1").

RESULTADOS: Cinco pacientes con déficit de GLUT-1 iniciaron DC durante el periodo de estudio (cuatro completaron 12 meses de seguimiento y un paciente, 6 meses). En 4 casos se presentó como signo principal la epilepsia, asociada a retraso del DNP (presentación clásica). Un paciente no presentó crisis pero sí retraso en el DNP y movimientos

anormales no-epilépticos (presentación atípica). La mediana de debut de la sintomatología fue de 13 [2-63] meses y el tiempo desde el inicio de síntomas hasta inicio de DC de 13[7-24] meses.

Todos los pacientes redujeron >50% el número de crisis a los 3 meses de iniciar DC manteniéndose durante todo el seguimiento.

Consiguieron reducir >90% el número de crisis: a los 3 meses un paciente; a los 6 meses dos y a los 12 meses uno. El tratamiento AE se redujo en 2 pacientes, y se produjo una mejora subjetiva del DNP en todos ellos. Los EA más destacables fueron: hipoglucemias en todos los pacientes, 3 decaimiento y hambre, 2 vómitos y diarrea, y 2 hiperuricemia y alteración del perfil lipídico. Un paciente presentó problemas de adherencia y requirió modificaciones de la dieta.

En un estudio prospectivo (Keppler 2005) de 5 años de seguimiento, 10 de 15 pacientes consiguieron una reducción >90% del nº crisis. En otro estudio (Ramm-Pettersen 2013), retrospectivo y a largo plazo, 9 de 10 pacientes redujeron >90% sus crisis. Los EA descritos fueron similares a los encontrados en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES: La dieta cetogénica resultó una opción terapéutica efectiva y segura en pacientes con déficit de GLUT-1 en nuestro centro.

Los resultados de efectividad y seguridad, muestran una tendencia similar a corto plazo a los publicados. Es necesario continuar el seguimiento para evaluar efectividad y seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

359. ENFERMEDAD DE KAWASAKI: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

AUTORES: Mateos Salvador M, Martínez Roca C, Yáñez Gómez P, Martínez López L, Martín Herranz I.

Complejo Hospitalario Univ. A Coruña (Chuac). Xubias De Arriba 84. A Coruña. España

OBJETIVO: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda de etiología desconocida y es la principal causa de cardiopatía adquirida en niños en países desarrollados. El objetivo de este trabajo es analizar las características epidemiológicas, clínicas y el tratamiento y complicaciones de la EK en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Periodo: enero 2010-diciembre 2014. Criterios inclusión: ≤16 años que ingresaron por EK en un hospital de nivel terciario. Fuente de datos: Conjunto Mínimo Básico Datos e historia clínica (lanus®). Datos recogidos: características epidemiológicas, clínicas, tiempo de evolución hasta inicio del tratamiento, tratamientos para EK y tasa de complicaciones coronarias.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes; 5 varones y 2 mujeres. Edad, mediana [rango]: 23,0 meses [15-51]. Los síntomas más frecuentes asociados a la fiebre fueron: 5/7 inyección conjuntival, 5/7 afectación orofaríngea, 5/7 exantema, 5/7 cambios en extremidades y 4/7 adenopatías cervicales. Cumplían criterios clásicos: 3 pacientes (4/7 presentación incompleta). Tiempo desde el debut de EK hasta el inicio de tratamiento, mediana [rango]: 9,0 días [5-16]. A todos los pacientes se les prescribió ácido acetil salicílico a altas dosis (80-100 mg/kg/día) y se les administró inmunoglobulina parenteral (IGIV) 2g/kg (recibieron IGIV entre el 5º-10º día: 4 pacientes). Tras el tratamiento inicial se observó respuesta (ausencia fiebre y síntomas) en 6/7 pacientes. Sólo un paciente, en el que el diagnóstico se retrasó hasta los 16 días, no respondió. Este último caso requirió una segunda dosis de IGIV (día 20), bolos de corticoides a altas dosis (metilprednisolona 30 mg/kg/día durante 3 días) y anti-TNF fuera de ficha técnica (infliximab 5 mg/kg). En todos los pacientes se realizó control ecocardiográfico y sólo se objetivó afectación coronaria grave en el paciente no respondedor (grandes aneurismas de 12 y 15 mm y derrame pericárdico). Se solicitó, en este caso, la administración fuera de ficha técnica de abciximab con el fin de promover el remodelado vascular y contribuir a la regresión de los aneurismas (diámetro máximo a los 6 meses de la administración: 11 mm).

CONCLUSIONES: En nuestra población, la EK afecta principalmente a varones menores de 5 años (incidencia 1,4 casos/año). La EK presenta síntomas prodrómicos inespecíficos y debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de otros cuadros febriles. La presentación incompleta supone un mayor riesgo de retraso diagnóstico y terapéutico. La administración precoz de IGIV (entre el 5º y 10º día de enfermedad) mejora el pronóstico y disminuye el riesgo de cardiopatía adquirida (en nuestra serie el único caso de aneurismas coronarios recibió IGIV más allá del día 10 de EK). Diferentes trabajos recogen el empleo de abciximab con el fin de promover el remodelado vascular en los pacientes con enfermedad coronaria tras EK. En nuestro caso, es todavía pronto para valorar el papel de abciximab ya que los principales estudios recogen datos de seguimiento entre 1 y 5 años (sí observamos, a los 6 meses, una reducción de 4 mm en el diámetro de los aneurismas).

816. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE Eculizumab EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES: Company Albir Mj, Escobar Cova P, Roman Ortiz E, Favieres Puigcerver C, López Briz E, Poveda Andrés JI. Hospital Universitario Y Politecnico La Fe. Bulevar Sur, S/N. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad de eculizumab en pacientes pediátricos diagnosticados de Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUa) en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde Septiembre de 2010 a Junio de 2014. Se recogieron los siguientes datos:

-Fecha de nacimiento y diagnóstico.

-Dosis y duración del tratamiento.

-Actividad de ADAMTS13(%), niveles de factores del complemento C3 y C4, diagnóstico genético, presencia de Anticuerpos anti-Factor H, esquistocitos, requerimientos de hemodiálisis y plasmaféresis.

-Valores de creatinina (Cr), hemoglobina, haptoglobina, plaquetas, LDH; aclaramiento de creatinina (CICr) (obtenido de orina de 24 horas) y proteinuria; previos al inicio del tratamiento y al finalizar el estudio.

Como fuentes de datos se utilizaron la historia clínica electrónica (OrionClinic®) y el aplicativo Farmis-Oncofarm®. Las variables categóricas se expresan en frecuencias (%) y las cuantitativas con mediana y rango intercuartílico (IQR). La significancia estadística de la diferencia entre las medianas ($p < 0.05$) se evaluó mediante la prueba T de Wilcoxon (SPSS versión 22) para muestras relacionadas.

RESULTADOS: De los 17 pacientes tratados con eculizumab en el centro, once (64,7%) estaban diagnosticados de SHUa, incluyendo un caso en el cual se empleó profilácticamente tras el trasplante renal un niño con alto riesgo de recidiva por gen híbrido CFH-CFHR1. El 68,7 % eran varones.

La mediana de edad de inicio del SHUa fue 4 años (IQR:3-13). Seis pacientes recibieron plasmaféresis y nueve requirieron hemodiálisis previa a eculizumab. Los valores iniciales fueron: Cr 2,9mg/dl (IQR:0,97-5,19), hemoglobina 8,5g/dl (IQR:7,2-14), plaquetas 94 células x 103/ μ l (IQR:68-287), LDH 1145U/l (IQR:633-3034). Todos presentaban proteinuria y cinco niveles indetectables de haptoglobina. Los valores de C3, C4 y actividad ADAMTS13 eran normales en todos los casos. Se hallaron anticuerpos anti-factor H en 2 pacientes. Respecto al diagnóstico genético, 5 pacientes presentaban alteraciones en el Factor H, 3 anomalías en el gen MCP y uno mutación en el Factor I (resultado pendiente en dos casos).

Un 63,6% de los pacientes han recibido tratamiento durante más de 12 meses (1-57 meses, entre 3 y 127 dosis) con una pauta de inicio semanal, seguida de un mantenimiento quincenal de acuerdo a su peso y edad. El 100% de los pacientes ha conseguido respuesta hematológica sin necesidad de plasmaféresis ni transfusiones, normalizando los valores de hemoglobina (10,4-13,7 g/dl), haptoglobina (40-201mg/dl), plaquetas (149-614 células x 103/ μ l) y reducción significativa de LDH (de 1145 a 536U/l; $p=0.04$).

Excluyendo a un no respondedor que interrumpió el tratamiento por falta de eficacia tras 27 dosis, la función renal ha mejorado, disminuyendo la mediana de Cr (de 2,91 a 0.46; $p=0,012$), remisión de la proteinuria (8 pacientes) y sin requerimientos de hemodiálisis. No se han observado reacciones adversas graves.

CONCLUSIÓN: En nuestros pacientes, eculizumab ha mostrado ser efectivo en el SHUa, interrumpiendo la microangiopatía trombotica asociada y produciendo una mejoría significativa hematológica y de la función renal.

Son necesarios estudios para determinar la estrategia terapéutica a largo plazo, tiempo necesario hasta alcanzar la respuesta al tratamiento, a fin de detectar tempranamente los pacientes no respondedores a la terapia, así como marcadores sensibles para monitorizar la respuesta terapéutica.

909. EVALUACIÓN DE LA PREFERENCIA DE USO ENTRE DOS DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE SOMATROPINA

AUTORES: Andrés Rosado A, Ontañón Nasarre A, Carrasco Torrents A, Mayo López C, Fernández Román Ab, García Gil M.

Hospital Universitario De Fuenlabrada. Camino Del Molino N°2. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la preferencia de uso entre dos dispositivos de administración subcutánea de somatropina biosimilar, debido al cambio de dispositivo de Omnitrope Pen® a Surepal®. Como objetivo secundario, evaluar el dolor percibido por los pacientes en la administración del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, abierto, de 10 meses de duración, realizado entre Junio de 2014 y Marzo de 2015. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital. Se incluyeron a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia, que llevaban más de 6 meses en tratamiento con somatropina biosimilar utilizando el dispositivo de administración subcutánea Omnitrope Pen®. La preferencia de uso se evaluó a los 6 meses tras el cambio de dispositivo, a través de un cuestionario validado en donde el paciente señaló que dispositivo prefería de manera global. El dolor percibido se evaluó mediante la escala visual analógica (EVA) de dolor, donde 0 representa la no percepción de dolor y 10 representa el máximo de dolor percibido.

Para la realización del estudio se programaron dos visitas en la consulta de atención farmacéutica: una primera visita, en la que firmaron el consentimiento informado (en caso de que aceptasen entrar en el estudio), y se les entrenó para utilizar el nuevo dispositivo (Surepal®) a los padres y/o al paciente. Además, en esta visita, se les realizó la escala EVA referida al dolor percibido en la administración con el dispositivo Omnitrope Pen®. En una segunda visita, a los 6 meses tras el cambio de dispositivo, se les volvió a realizar la escala EVA referida al dispositivo (Surepal®) y finalmente a través de un cuestionario, se les preguntó acerca de la preferencia de uso entre ambos dispositivos.

RESULTADOS: Se incluyeron a 23 pacientes, de los cuales 3 fueron excluidos por no completar el cuestionario de preferencia de uso. La mediana de edad fue de 10,5 años (rango 5-18 años). Un 90% (18/20) de los pacientes prefirieron el dispositivo Surepal® y un 10% (2/20) Omnitrope Pen®.

En relación al dolor percibido por los pacientes a la hora de administrarse el tratamiento, un 75% (15/20) de los pacientes tuvieron una puntuación inferior a 2 con el dispositivo Omnitrope pen®, con una mediana de puntuación de la escala EVA de 2,1 (máximo 6 y mínimo 0). Para el dispositivo Surepal® la mediana de dolor percibido fue de 1,7 y el 80% (16/20) de los pacientes tuvieron una puntuación inferior a 2.

CONCLUSIONES: Casi la totalidad de los pacientes prefirieron la administración subcutánea con Surepal® frente a Omnitrope Pen®. El dolor percibido fue menor con el nuevo dispositivo que con el antiguo. El conocimiento de las preferencias de los pacientes acerca de los dispositivos de administración de medicación puede ser un factor esencial para conseguir un mayor cumplimiento del tratamiento y lograr mejores resultados en los objetivos terapéuticos. Además, sirven como apoyo para implementar acciones de mejora.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1187. EVALUACIÓN DEL USO DE INFLIXIMAB EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Oro Fernandez M, Garay Sarria C, Cristóbal Gutiérrez H, Martínez de Ilarduya E, Martínez Garde JJ, Valero Dominguez M.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Avd. Valdecilla S/N. Cantabria. España

OBJETIVOS: Infiximab es un anticuerpo monoclonal antiTNF-alfa el cuál está indicado en Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) en pacientes pediátricos (6-17años). Según ficha técnica la posología recomendada es 5 mg/kg IV semanas 0,2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la seguridad y efectividad del uso de infiximab en niños atendidos en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionaron pacientes ≤15 años seguidos en las consultas de Digestivo Infantil tratados con infiximab desde Agosto/2014 hasta la actualidad (Junio/2015) ya que hay pacientes que continúan con tratamiento. A partir de la Historia Clínica y del Programa de Prescripción Electrónica se recogieron las variables demográficas y clínicas, indicación, pauta, duración del tratamiento, tratamientos previos, concomitantes y posteriores, evolución y efectos adversos (infecciones, hospitalizaciones, alteraciones bioquímicas...). Se consideró efectividad si se producía mejoría clínica, permitiendo mantener o disminuir la pauta e inefectividad si se suspendía el tratamiento.

RESULTADOS: Hemos evaluado el uso de infiximab en 6 pacientes (66% varones), 1 de ellos tramitado como fuera de ficha técnica ya que la edad no estaba comprendida dentro del intervalo correspondiente. Los pacientes tenían una media de edad de 9,2 años (3-15), 4 presentaban CU (66%) y 2 EC (33%). Fueron 5 los pacientes que siguieron el protocolo establecido según ficha técnica de 5 mg/kg semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas y 1 comenzó con pauta ascendente hasta mantenerse con la pauta protocolizada. Los pacientes recibieron una media de 4,3 dosis (3-9) de infiximab endovenoso requiriendo ingreso en Hospital de Día Médico, todas las dosis se han preparado en el Servicio de Farmacia. Todos los pacientes están en tratamiento con azatioprina previo al inicio de la

terapia con biológicos (1 paciente sin Historia previa) y continúan con la pauta durante el tratamiento. Otras terapias de mantenimiento son corticoides orales y mesalazina. En la actualidad, 5 pacientes continúan con el tratamiento. En relación con la seguridad, 1 paciente desarrolla un brote psoriásico y se decide suspender el tratamiento, en este paciente se realizan determinaciones inmunológicas de anticuerpos anti-infliximab resultando negativas (

CONCLUSIONES: Infliximab es una alternativa terapéutica en pacientes pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, siempre empleado tras mala respuesta a otros tratamientos convencionales y utilizando la pauta recomendada en ficha técnica. La evolución de los pacientes fue favorable en casi todos los casos con una buena tolerancia general, destacando la aparición de procesos autoinmunes tipo psoriasis e infecciones. Infliximab parece ser una buena alternativa; no obstante, continúa siendo necesario realizar más estudios prospectivos con mayor seguimiento en esta población para ampliar los datos de seguridad.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

278. EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DE ABCIXIMAB EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN LACTANTES

AUTORES: Arrojo Suárez J, Bossacoma Busquets F, Comes Escoda A, López Ramos Mg, Villaronga Flaqué M, Farré Riba R.

Hospital Sant Joan De Déu. Pº Sant Joan De Deu, 2. Barcelona. España

OBJETIVO: Describir nuestra experiencia en el empleo de abciximab en aneurismas coronarios causados por enfermedad de Kawasaki.

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda autolimitada, que aparece principalmente en lactantes y niños. El pronóstico viene determinado principalmente por las complicaciones cardíacas en la fase subaguda, siendo la formación de aneurismas una de las más importantes.

Abciximab, inhibidor de la glicoproteína IIb/IIIa, se ha asociado a resolución de trombos y remodelado vascular en adultos con síndromes coronarios. Según algunos estudios, podría ser beneficioso en la regresión y mejora de aneurismas cardíacos de gran tamaño asociados a enfermedad de Kawasaki.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron los pacientes que recibieron abciximab, entre los años 2012 y 2014, como tratamiento de aneurismas coronarios secundarios a enfermedad de Kawasaki, siendo ésta una indicación off-label, contando con consentimiento informado y autorización del centro.

Se revisaron las historias clínicas y se verificaron las condiciones de administración del fármaco. Se recogieron los siguientes datos: edad al diagnóstico, número y tamaño de los aneurismas, reacciones adversas, evolución y respuesta clínica evaluada por la regresión de los aneurismas.

RESULTADOS: Se identificaron 4 pacientes de sexo masculino, con edades de 3, 5, 10 y 12 meses al diagnóstico, que recibieron abciximab para aneurismas coronarios asociados a enfermedad de Kawasaki.

De ellos, uno presentaba 3 aneurismas, dos presentaban 2 aneurismas y sólo uno presentaba un único aneurisma. El tamaño medio de los aneurismas en el momento en que recibieron abciximab fue de 4,3 mm (3,5 – 5 mm).

La administración del fármaco se realizó en la unidad de cuidados intensivos pediátricos para su monitorización, utilizando la siguiente pauta: bolo inicial de 0,25 mg/kg seguido de infusión de 12 horas a 0,125 mcg/kg/min, suspendiendo el tratamiento previo con ácido acetil salicílico durante la administración.

Los efectos adversos principales descritos de abciximab son: hemorragia, hipotensión, bradicardia y trombocitopenia. No se produjo ningún efecto de los mencionados en ninguno de los pacientes, de acuerdo a la revisión de la historia clínica de los mismos y las analíticas sanguíneas (coagulación y recuento plaquetario) realizadas antes, durante, y después de la infusión.

El tiempo medio de estancia hospitalaria desde que se administró abciximab fue de 5 días (2 - 10 días). Todos los pacientes fueron dados de alta con ácido acetil salicílico como tratamiento antiagregante, al que se añadió acenocumarol en tres de los casos y clopidogrel en uno.

Dos de los cuatro pacientes siguieron controles periódicos en nuestro centro. Uno de ellos, que presentaba 2 aneurismas de 5 mm, no presenta resolución de los mismos 34 meses tras la administración de abciximab. Sin embargo, el otro paciente, con un único aneurisma de 4 mm, presenta una resolución completa 22 meses después del tratamiento.

CONCLUSIONES: De acuerdo a nuestra experiencia:

-La administración de abciximab en cuatro pacientes pediátricos no se asoció a ningún evento hemorrágico u otro efecto adverso.

-La administración de abciximab puede resultar efectiva en algunos casos de aneurismas coronarios asociados a enfermedad de Kawasaki.

156. HIPOGLUCEMIA NEONATAL REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Fernández López EG, Ocaña Gómez MÁ, Fraile Clemente C, Callejón Callejón G, Díaz Ruiz P, Merino Alonso J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. CARRETERA GENERAL DEL ROSARIO S/N. Santa Cruz de Tenerife. España

La hipoglucemia neonatal es un proceso fisiológico y fácilmente corregible que responde al proceso de adaptación fetal desde el útero materno, por donde recibe un aporte continuo de glucosa, al ambiente externo. Si esto no remite en las primeras horas de vida podemos estar ante un cuadro de hiperinsulinismo.

OBJETIVOS: Describir el manejo y eficacia terapéutica del uso de diazóxido en un caso de hipoglucemia neonatal secundaria a hiperinsulinismo.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un varón prematuro nacido a la 30 semana de gestación, tras un embarazo no controlado y presentando entre otras complicaciones hipoglucemias mantenidas desde su nacimiento. Inicialmente se intentó corregir administrando un bolo de Glucosa 10% seguido de infusión de Glucosa 5% a un ritmo ascendente hasta 10 mg/Kg/min obteniendo varios episodios de hipoglucemia con normalización transitoria tras nuevos bolos de Glucosa 10%. Dada la tendencia hipoglucémica y el riesgo neurológico que conlleva, se decidió asociar Hidrocortisona y reducir el ritmo de infusión, obteniendo así niveles con tendencia al alza (150 mg/dL).

El cese de la corticoterapia obligaba nuevamente a aumentar el ritmo de infusión de glucosa hasta 17 mg/Kg/min para obtener glucemias escasas de 30-40 mg/dL.

Se decide cursar estudio metabólico observándose varios parámetros alterados: Insulina=40,88 mcUI/mL (valores normales: 2,6 mcUI/mL - 24,9 mcUI/mL); cociente glucosa/insulina=1,2.

Se confirma el diagnóstico de hipoglucemia secundaria a hiperinsulinismo y se decide iniciar tratamiento con diazóxido V.O (2,5 mg/Kg/6h durante 7 días) tras elaborar una fórmula magistral a partir de capsulas comercializadas como Medicamento Extranjero para adaptar dosis y forma farmacéutica a las características de nuestro paciente:

Diazóxido 10 mg/mL Suspensión

Proglycem 25 mg comprimidos.....40 comprimidos

Ora-Plus..... 50 mL

Ora-Sweet ó Ora-Plus SF.....csp 100 mL.

Caducidad: 7 días a Tª ambiente.

Para neutralizar la retención hidrosalina secundaria se instaura simultáneamente tratamiento con furosemida.

RESULTADOS: En las primeras 24 horas de tratamiento se puso de manifiesto la acción hiperglucemiante del diazóxido, que actúa en las células beta pancreáticas disminuyendo eficazmente la liberación de insulina. Se suspende la Hidrocortisona y se ajusta el ritmo de glucosa hasta estabilizar las glucemias en 115 mg/dL.

La insulinemia solicitada al tercer día del nuevo tratamiento fue de 5 mcUI/mL con un cociente Glucosa/Insulina de 6,2, lo cual explica la normalización de las glucemias.

El tratamiento con diazóxido comenzó a retirarse gradualmente, el paciente comenzó con dieta enteral rica en maltodextrinas y no hubo más episodios de hipoglucemia aunque actualmente continúa en seguimiento por el servicio de endocrinología.

CONCLUSIONES: El carácter transitorio de este episodio apoya, según la evidencia disponible, que la etiología del cuadro estuvo relacionada con alteraciones maternas del metabolismo de glucosa en el contexto de un embarazo no controlado.

El diazóxido VO, ha demostrado ser rápido y eficaz en el tratamiento agudo de la hiperinsulinemia persistente.

La adecuación de los medicamentos a las necesidades asistenciales, especialmente de la población pediátrica, constituye uno de los principales valores de los Servicios de Farmacia.

543. INTERVENCIONES A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL

AUTORES: Rivera Sánchez L, Clemente Bautista S, Fernández Polo A, Cañete Ramírez C, Cabañas Poy Mj.

Hospital Universitario Vall D'Hebron. Passeig De La Vall D'Hebron 119-129. 08035. Barcelona. España

OBJETIVOS: - Describir el perfil de intervenciones farmacéuticas sobre los principios activos de la prescripción médica en un hospital universitario maternoinfantil de 291 camas (214 del área infantil y 77 de la maternal) durante el período enero-diciembre 2014.

- Seleccionar los principios activos con más intervenciones para proponer acciones correctoras y cambiar el perfil de dichas intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las intervenciones farmacéuticas registradas durante el año 2014. Se ha realizado la extracción de datos de la aplicación informática Silicon© de prescripción asistida y registro de administración de medicamentos electrónicos, seleccionando la intervención asociada al principio activo.

RESULTADOS: Se registraron 2982 intervenciones de las que se excluyeron 178 por no estar asociadas a un principio activo, sino al tratamiento global. De las 2804 restantes, un 29,9% eran del área maternal y un 70,1% del área infantil.

Por grupo farmacoterapéutico según la clasificación ATC, las intervenciones más frecuentes (23,4%) fueron del sistema nervioso (N), siendo el paracetamol el principio activo con mayor número de intervenciones (16,2% del total). El grupo de los antiinfecciosos (J) registró un 21,3% de las intervenciones, de las cuales el 37% eran para amoxicilina-ácido clavulánico. El grupo terapéutico de sangre y órganos hematopoyéticos (B) acumuló un 17,3% de las intervenciones donde el principio activo mayormente implicado fue la enoxaparina con el 46% de las intervenciones de este grupo. El grupo de tracto alimentario y metabolismo (A) tuvo un 14,6% de las intervenciones.

Por tipo de intervención, el cambio de medicamento (27,1%) y la modificación de la dosis (24,5%) fueron los tipos de intervenciones más realizadas. El paracetamol de 500 mg por vía intravenosa estuvo implicado en el 30,1% del tipo de intervención cambio de medicamento. El principio activo que más modificaciones de dosis sufrió fue amoxicilina-ácido clavulánico con un 14,9 % de las modificaciones de dosis. La modificación del horario para ajustar la gráfica de enfermería tuvo un 14,2% de intervenciones y la cumplimentación de la prescripción médica un 13,6%.

CONCLUSIONES: - Las intervenciones más frecuentes corresponden a los grupos de los analgésicos y de los antiinfecciosos. En el caso de pediatría, disponer de diferentes presentaciones y recomendaciones de dosis para cada subpoblación pediátrica, dificulta la selección correcta del medicamento a la hora de prescribir y esto es motivo de intervención.

- El paracetamol, la asociación amoxicilina-ácido clavulánico y la enoxaparina son los principios activos que más intervenciones crean. A partir de este análisis se diseñarán acciones correctoras (formativas e informativas) para cambiar el perfil de las mismas.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1088. MANEJO TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR SEDOANALGESIA EN NEONATOS CON METADONA EN SOLUCIÓN ORAL

AUTORES: Gutiérrez Cívicos Mdr, Chica Marchal Am, García González A, García Lagunar Mh, Muñoz García I, Fernández Lobato B.

Hospital General Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita, S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con metadona en solución oral (MSO) en el manejo del síndrome de abstinencia (SA) por sedoanalgesia con opiáceos (fentanilo) para mejorar la adaptación a la ventilación mecánica en pacientes neonatales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes neonatales tratados con MSO elaborada como fórmula magistral entre febrero 2014 (inicio del primer tratamiento)-abril 2015 en un hospital de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas informatizadas (Selene®), recogiendo las siguientes variables: edad gestacional, sexo, peso, motivo/días de ingreso, días de tratamiento con fentanilo, signos/síntomas del SA, puntuaciones de escala de Finnegan, indicación/posología/días de tratamiento con metadona y toxicidad.

Según protocolo establecido en el Servicio de UCI neonatal, aprobado en Comisión de Farmacia, la pauta posológica de MSO fue: dosis inicial=0,05-0,1mg/kg/dosis c/6h; día 2=reducir un 20% y administrar c/8h; día 3=reducir un 20% y administrar c/8h; día 4=reducir un 20% y administrar c/12h; día 5=reducir un 20% y administrar c/24h, día 6=suspender.

MSO se administró como profilaxis del SA (tras haber recibido dosis total acumulada de fentanilo $\geq 0,5$ mg/kg o perfusión continua ≥ 7 días) y como tratamiento de rescate del SA.

RESULTADOS: Se trataron 6 neonatos (1 varón) con edad gestacional de 40 (n=2), 39, 38, 37 y 29 semanas. 2 neonatos tenían bajo peso (2360g;1181g), siendo normal en el resto respecto a edad gestacional. Motivos/días de ingreso:

distrés respiratorio/hipoxia perinatal [(n=2), 11 y 14 días de ingreso (DI)], parada cardiorrespiratoria tras 15 días de vida asociada a infección respiratoria (17 DI, posterior traslado hospitalario), asfixia intraparto (12 DI), infección respiratoria (20 DI), prematuridad por rotura de membrana (63 DI). Días de tratamiento con fentanilo: 11 (n=2), 8, 6, 4 (n=2). Fentanilo fue retirado con descenso progresivo del 25% c/12h hasta suspender.

Se inició MSO en 3 neonatos como tratamiento del SA por desarrollar clínica compatible tras suspender fentanilo, y en 3 como profilaxis. Al inicio y durante el tratamiento con MSO se objetivó y cuantificó SA con escala de Finnegan, no presentando en ningún caso tres determinaciones >8 que precisaran aumento de dosis, permitiendo seguir descenso de MSO según protocolo establecido.

En cuanto a seguridad, se realizó monitorización cardiorrespiratoria, controles analíticos y gastrointestinales para detectar posibles efectos adversos (EEAA). El tratamiento con MSO se completó en todos excepto 1 neonato por presentar EEAA al tercer día, mejorando tras suspenderlo (estado letárgico, desaturación al 70% remontando con oxígeno indirecto). Otro neonato presentó bradicardia (50-60lpm) y vómitos al día siguiente de iniciar MSO que mejoraron al reducir la dosis, siguiendo protocolo.

El Servicio de Farmacia elaboró MSO 1mg/mL (0,1%) mezclando metadona-clorhidrato en polvo con suero fisiológico 0,9% en envase cristal topacio (conservación: nevera/protegido de la luz; caducidad: 180 días) según referencias bibliográficas.

CONCLUSIONES: La utilización de MSO en el manejo del SA por sedoanalgesia a opiáceos en esta población neonatal ha sido una alternativa a morfina en solución oral segura y bien tolerada en un elevado porcentaje de neonatos.

Mediante el protocolo establecido, se ha conseguido un buen control de los signos/síntomas relacionados con el SA.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

143. OPTIMIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE GAMMAGLOBULINA INESPECÍFICA EN UN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO A PARTIR DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS

AUTORES: Fernandez Polo A, Nalda Andrea M, Losada Perez M, Armengol Camps E, Garcia Prat M, Soler Palacin P. Hospital Universitari Vall D'Hebron. Pº. Vall D'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVOS: Evaluación del programa multidisciplinar de seguimiento en la administración de gammaglobulina inespecífica por vía intravenosa (GGIV) en pacientes con inmunodeficiencia primaria (IDP) o inmunodeficiencia secundaria (IDS) en nuestro Hospital de Día Pediátrico; implantación de acciones de mejora y optimización en su administración. **MATERIAL MÉTODOS:** En enero de 2013 se inicia el programa de seguimiento de la administración de GGIV con la recogida prospectiva de las infusiones de GGIV en pacientes pediátricos (< 18 años) diagnosticados de una IDP según criterios de la ESID (www.esid.org) o una IDS (trasplante de órgano sólido, enteropatía pierde proteínas y síndrome nefrótico congénito) en el Hospital de Día Pediátrico de nuestro centro por parte del personal de enfermería según un modelo consensuado y estandarizado. El Servicio de Farmacia centraliza y analiza los datos recogidos, que se presentan de manera anual a todo el grupo multidisciplinar. Se recogen datos demográficos del paciente, diagnóstico, velocidad de infusión, premedicación, reacciones adversas de la GGIV (RAM) y actuación realizada ante las mismas. En la reunión anual se consensuan acciones de mejora.

RESULTADOS: Se incluyen un total de 44 pacientes (30 IDP y 14 IDS) y un total de 494 infusiones (413 IDP y 81 IDS) de las que se obtuvieron un total de 454 (91,9%) notificaciones por parte de enfermería 225 (92,9 %) en 2013 y 229 (90,8%) en 2014. En todas las infusiones notificadas, la velocidad máxima de infusión se mantuvo en los límites de recomendación de ficha técnica. En 15/44 pacientes recibieron premedicación antes de la infusión de las GGIV; tras el estudio se suspendió en 5 de ellos. Se notificaron un total de 11 episodios de RAM (2,4 %) de las administraciones notificadas en 7 pacientes (5 IDP y 2 IDS). Solo en 1 paciente la RAM se notificó en la primera administración de GGIV del paciente. Cuatro pacientes presentaron escalofríos, 3 vómitos, 3 fiebre y 6 otros (cianosis, sofocación, malestar general,...). Por especialidad se notificaron RAM en un 20 % (7/35) de las infusiones notificadas de Flebogamma DIF® 100g/l en 4 pacientes, 2,1% (1/46) de Octagamocta® 100g/l en 1 paciente, 0,8% (3/358) de Privigen® 100g/l en 2 pacientes, 0% (0/7) de Intratech® 50g/l y 0% (0/8) Kiovig® 100g/l. Todos ellos cedieron espontáneamente al interrumpir la medicación con o sin la administración de medicación antihistamínica o antitérmica y se pudo reiniciar la infusión sin problemas en todos los casos.

CONCLUSIONES: La coordinación multidisciplinar de los diferentes profesionales implicados en el tratamiento con GGIV de los pacientes pediátricos permite incorporar en la práctica diaria el correcto seguimiento de la trazabilidad y seguridad asociadas a la administración de GGIV. El programa permitió planificar de manera segura la retirada la premedicación en el 33% de los pacientes que la recibían y plantear un aumento de velocidad de infusión en los límites de ficha técnica. Es necesario un programa específico de evaluación de la calidad asistencial asociada al tratamiento con GGIV para mejorar la atención en los pacientes con inmunodeficiencia y establecer acciones de mejora.

1171. OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS DE OMALIZUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES: Sierra Torres Mi, Nuñez Rodriguez L, Alvarez Del Vayo Benito C, Toscano Guzman Md, Rodriguez Perez A, Villanueva Bueno C.

Hospital Univ. Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Sirout, S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Determinar el grado de concordancia entre las dosis de omalizumab calculada con la fórmula matemática utilizada en el ensayo clínico pivotal y la dosis aproximada por tabla de dosificación de la ficha técnica en nuestros pacientes pediátricos con asma alérgica persistente grave en tratamiento con dicho medicamento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se obtuvieron del programa de dispensación de pacientes externos ATHOS- APD ®, los pacientes pediátricos en tratamiento con omalizumab durante el período: Mayo 2012 a Febrero 2015.

Se recogieron las siguientes variables: edad, peso al inicio del tratamiento, diagnóstico, posología (dosis y pauta), niveles basales de IgE .

Para cada uno, se calculó la dosis de omalizumab utilizando la fórmula utilizada en el ensayo clínico pivotal : $0,016 \times \text{Peso (kg)} \times \text{IgE (UI/ml)}$ cada 4 sem ó $0,008 \times \text{Peso (kg)} \times \text{IgE (UI)}$ cada 2 sem.

Así mismo, se determinó la dosificación de omalizumab utilizando las tablas de dosificación de la ficha técnica.

RESULTADOS: Se revisaron 16 pacientes pediátricos con asma alérgica persistente grave en tratamiento con Omalizumab, con dosis mensuales entre 75 y 600 mg. El 80% eran hombres con una edad media de 12,2 años (6-17).

La comparación de las dosis reales de los pacientes con la dosis calculada según las tablas de ficha técnica, sólo el 46% de los pacientes tienen la dosis ajustada y exacta en ambos casos, y el 56% restante necesitaría un aumento de dosis para ajustarse a los estándares de ficha técnica.

La comparación de las dosis reales de los pacientes con las dosis calculada según la fórmula del ensayo pivotal, muestra más variedad aún , con una concordancia de dosis de sólo el 19% de los casos, requiriendo un aumento de dosis en el 37% y una reducción en el 44% de los casos.

Las dosis comparadas de ficha técnica y de la fórmula del ensayo pivotal, muestran también esta falta de concordancia con sólo una equivalencia en el 46% de los casos, y diferencias de dosis mayores del 50% en el 25% de los pacientes.

En 8 pacientes, estas diferencias permitirían reducir en al menos una unidad de 75 mg (mínima presentación disponible de Omalizumab) la dosis mensual, si las dosis se ajustasen a la fórmula del ensayo pivotal.

CONCLUSIONES: Las dosis de omalizumab calculadas por la fórmula matemática empleada en el ensayo clínico pivotal son por lo general sensiblemente inferiores a las que obtendríamos por la tabla de dosificación de la ficha técnica del medicamento.

Utilizando la fórmula podría optimizarse la eficiencia del tratamiento con Omalizumab cuando las diferencias sean superiores a 75 mg o recurriendo a la elaboración centralizada y administración coordinada.

806. UTILIZACIÓN DE LA CLONIDINA ORAL COMO PREMEDICACIÓN ANALGÉSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS

AUTORES: Rivera Sánchez L, Piera Perez P, Clapers Vidal Ml, Cabañas Poy Mj, Rossich Verdés R, Lalueza Broto P.

Hospital Universitario Vall D'Hebron. Passeig De La Vall D'Hebron 119-129. 0803. Barcelona. España

OBJETIVO: La cura de las quemaduras generalmente es diaria, dolorosa y después de la primera se puede producir ansiedad por anticipación, especialmente en los pacientes pediátricos. El objetivo consistió en optimizar el manejo del dolor en niños durante el proceso de cura de la superficie quemada mediante la elaboración de un jarabe de clonidina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró el jarabe de clonidina con una concentración de 10 mcg/ml que resulta muy útil para facilitar el cálculo de la dosis de la clonidina como premedicación analgésica (2 mcg/kg) y obtener el volumen de la dosis prescrita (dosis en mililitros = peso (kg)/5). Para mejorar la seguridad en la administración se preparan en jeringas orales de 5 ml con objeto de limitar la dosis máxima y se acondicionan en bolsas conteniendo la información referente a la dosificación. Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes pediátricos ingresados en una Unidad de Quemados de un hospital universitario de tercer nivel que recibieron clonidina oral durante el periodo de junio de 2014 y abril de 2015. Las variables analizadas fueron: datos biodemográficos, datos relacionados con la quemadura (% superficie corporal quemada, grado de profundidad), estancia en la unidad y datos relacionados con el trata-

miento analgésico. El seguimiento de la eficacia se realizó mediante la escala FLACC (1-10 puntos) que clasifica 0-3 dolor leve, 4-6 moderado y 7-10 severo.

RESULTADOS: Se incluyeron 20 pacientes (10 niños/10 niñas) siendo la edad media 4,63 años (1-15) y la estancia mediana de 12 días. Todos sufrieron quemaduras de segundo grado por lesión térmica y tenían una superficie corporal quemada promedio de 6,05% (1-21%). Del total de 312 días de ingreso, el fármaco más pautado fue el paracetamol oral con 281 días, seguido de la clonidina (273 días) e ibuprofeno (212 días) relegando el resto a una menor utilización (tramadol oral 15 días, ketamina 3 días y morfina y fentanilo 1 día cada uno). Respecto a las dosis pautadas, en un 51% de los días se consiguió un control del dolor con 2 mcg/kg seguido de las dosis entre 1,5 y 2 mcg/kg en un 29% de los días.

En cuanto a la eficacia, se realizaron registros en las curas mediante escala FLACC a 17 de los pacientes (136 registros en total), con una media de 2.7 puntos (dolor leve). Por paciente, el dolor medio registrado no fue en ningún caso severo, un 50% tuvieron dolor medio leve durante las curas y un 50% dolor medio moderado.

Todos los pacientes han presentado una buena aceptación del jarabe y no se ha documentado ningún efecto adverso (hipotensión, bradicardia, sedación excesiva).

CONCLUSIONES: Se ha determinado una pauta de clonidina oral en el paciente quemado de 2 mcg/kg/dosis hasta un máximo de 4 al día.

La inclusión de la clonidina oral en el tratamiento analgésico del paciente pediátrico quemado ha conseguido los objetivos de eficacia y seguridad, permitiendo la reducción de la utilización de opiáceos. Asimismo ha tenido muy buena aceptación entre el personal de enfermería.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

509. ¿ESTÁ GARANTIZADA LA BIOEQUIVALENCIA DE LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS A TRAVÉS DE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS? EFECTOS ADVERSOS PSIQUIÁTRICOS CON EL CAMBIO DE ESPECIALIDAD DE FLUDROCORTISONA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

AUTORES: Ramudo Cela L, Yáñez Gómez P, Martínez Roca C, Martín Herranz Mi.

Instituto De Investigación Biomédica De A Coruña (Inibic), Complejo Hospitalario Universitario De A Coruña (Chuc), Sergas. Universidade Da Coruña (Ud. Xubias De Arriba, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: Uno de los motivos habituales que obligan a realizar el cambio de una formulación en un hospital es el desabastecimiento del producto nacional y la adquisición de una alternativa a través del servicio de Medicamentos Extranjeros. Es frecuente que estos cambios se realicen de forma directa.

Nuestro objetivo es describir dos casos de reacciones adversas asociadas al cambio de especialidad farmacéutica de fludrocortisona (Astonin® por Florinef®) debido al desabastecimiento nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción y revisión de casos basado en la entrevista clínica y revisión de historias clínicas electrónicas del programa IANUS®.

RESULTADOS: Caso 1: Varón de 10 años (38 Kg, 132 cm) diagnosticado de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa. Hiperreactividad bronquial tratada con salbutamol a demanda. Sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes médicos de interés. Tratamiento habitual con hidrocortisona 12 mg desayuno y cena (20mg/m²/día) y fludrocortisona 0,1mg/24horas. Tras el cambio de Astonin® por Florinef® a la misma dosis, dos semanas después de iniciar Florinef®, el paciente refiere alucinaciones visuales tanto diurnas como nocturnas. Los padres consiguen una caja de Astonin® y reinstauran el tratamiento, desapareciendo, una semana después, el cuadro psiquiátrico. La familia acudió al Servicio de Endocrinología Pediátrica del hospital y se decidió, junto con el Servicio de Farmacia, comunicar la reacción adversa y reducir la dosis de mantenimiento de Florinef® al sospecharse un aumento de biodisponibilidad con la presentación extranjera de fludrocortisona. Se prescribió Florinef® 0,05 mg/24 h (mitad de dosis) y tras dos meses de seguimiento se mantuvo la eficacia y no se observaron nuevos acontecimientos adversos.

Caso 2: Varón de 8 años (40 kg, 142 cm) diagnosticado de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa. Sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes de interés. Tratamiento habitual con hidrocortisona 6 mg desayuno y comida y 9 mg cena (16,6mg/m²/día) y fludrocortisona 0,05 mg cada 12 horas. Tras el cambio de Astonin® por Florinef® a dosis iguales los padres del paciente refieren cambios de carácter muy marcados, con frecuentes rabietas que no tenía antes. Contactan con el Servicio de Endocrinología Pediátrica y se decide reducir la dosis de Florinef® a la mitad (0,025mg/12 h), normalizándose el comportamiento del niño. También se notificó esta reacción adversa al Sistema Español de Farmacovigilancia.

CONCLUSIONES: Aunque los efectos adversos psiquiátricos están descritos en la monografía del producto, la relación temporal con el cambio de especialidad, nos hace sospechar que existe una diferencia de biodisponibilidad entre ambas presentaciones. En los últimos años ha aumentado la incidencia de desabastecimientos a nivel nacional que obligan a importar especialidades de otros países. Estos cambios, en los hospitales, generalmente se realizan de forma directa y, frecuentemente, sin disponer de información de bioequivalencia entre ambas presentaciones. Las diferencias en la biodisponibilidad pueden afectar a la eficacia y/o seguridad sobre todo en medicamentos de estrecho margen terapéutico y en poblaciones más susceptibles (caso de la población pediátrica). Los Servicios de Farmacia tienen un papel importante en la validación y seguimiento de estos cambios para garantizar el uso seguro de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

307. ACTUACIONES DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN RELACIÓN A LA CERTIFICACIÓN CONFORME A LA NORMA UNE 179003:2013 DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: López Lunar E, Provencio Arranz Rm, Tébar Betegón Má, Fidalgo Hermida B, Rodríguez Leal Cm, Carrascosa Bernáldez Jm.

Instituto Psiquiátrico Servicios Salud Mental José Germain. C/Aragón S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Describir la implantación en el Servicio de Farmacia (SF) de un hospital psiquiátrico de la Norma UNE 179003:2013 de gestión de riesgos para la seguridad del paciente en los procesos relacionados con los errores de medicación (EM) y reacciones adversas a medicamentos (RAM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hospital psiquiátrico con una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) formada por 14 profesionales, entre ellos un farmacéutico. Se propone como objetivo para el 2015 preparar el sistema de gestión de riesgos para la certificación del centro conforme a Norma UNE 179003:2013. El proyecto está liderado por el equipo Directivo del hospital y desarrollado por el Departamento de Calidad y la UFGRS.

La Norma incluye una serie de requisitos, que deben ser documentados en relación a unos procesos en la gestión de riesgos que son: 1. Análisis del contexto en la organización; 2. Sistemas de comunicación y notificación; 3. Definición de los criterios para la evaluación del riesgo y su priorización; 4. Identificación, análisis y evaluación del riesgo; 5. Tratamiento del riesgo; 6. Registro de las actividades; 7. Seguimiento.

RESULTADOS: El SF para adaptarse a los requisitos de la Norma, documentó el proceso de identificación de riesgos: notificación de EM y RAM, así como el proceso de análisis, evaluación y tratamiento de riesgos: gestión de notificaciones de EM.

En cuanto al análisis del contexto, se realizaron reuniones semanales entre enero y marzo de 2015 en las que participó el farmacéutico y se detectaron 94 riesgos en atención ambulatoria y hospitalaria.

En relación al proceso de comunicación, el SF ha participado en la realización de 3 sesiones formativas en el centro en marzo 2015.

Para la identificación de riesgos el SF estableció junto al Departamento de informática en enero de 2015 un Sistema de notificación interna de EM, que permite la notificación on-line por parte de los profesionales sanitarios. De enero a mayo, el 57,1% de las notificaciones de EM que recibió el SF fueron a través de la nueva aplicación. En cuanto a la notificación de RAM, se estableció un nuevo circuito para que las sospechas de RAM del personal sanitario se comunicasen a Farmacia vía email.

Se establecieron los criterios: gravedad, detectabilidad y probabilidad para evaluar el riesgo de los EM. En la fase de análisis y evaluación se otorgó un Número de Prioridad de Riesgo (NPR) para priorizar el tratamiento de los mismos. El 100% de las notificaciones de EM hasta mayo de 2015 se ponderaron de esta forma.

Para el registro de actividades, incluyendo el seguimiento de los resultados, se ha implantado una nueva base de datos en el SF que comprende todos los aspectos de la Norma.

En mayo de 2015 se obtuvo la certificación del centro tras superar la auditoría externa.

CONCLUSIONES: El SF ha mejorado, descrito y documentado los procesos de notificación de EM y RAM, para adaptarse a la Norma UNE 179003:2013, uniendo calidad y gestión de riesgos para el paciente.

1010. ADECUACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE PREPARADOS ESTÉRILES OFTÁLMICOS NO TÓPICOS A LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: López Cortiña A, González Rodríguez A, Fuster Sanjurjo L, Rodríguez Legazpi I, Rodríguez Penín I. Hospital Arquitecto Marcide. Ctra San Pedro De Leixa, S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Adecuación de las instrucciones de elaboración de preparados estériles intraoculares y subconjuntivales (PEIS) a las recomendaciones de documentación de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos (GBPPM).

MATERIAL Y MÉTODO:

El estudio fue desarrollado en un Servicio de Farmacia de un hospital de segundo nivel certificado según normas ISO 9001:2008 entre enero y mayo de 2015. Se incluyeron 11 PEIS protocolizados.

En junio de 2014 fue publicada la GBPPM; en la misma se establece la información mínima que deben contener las instrucciones de preparación y hoja de registro de las preparaciones extemporáneas que se preparan con cierta frecuencia.

Para la asignación del rendimiento y tiempo de validez de los medicamentos elaborados se aplicaron las matrices de riesgo incluidas en el anexo 1 "Matriz de riesgo de preparaciones estériles", teniendo en cuenta los datos de estabilidad fisico-química obtenidos de fichas técnicas y bases de datos de medicamentos.

RESULTADOS: Incorporación de los ítems recomendados por la GBPPM no incluidos en las actuales instrucciones de preparación y hoja de registro de PEIS: vestimenta, acondicionamiento primario, control de calidad, nombre del farmacéutico responsable del documento, periodo de validez y condiciones de conservación del producto sobrante y firma del responsable que proporciona el material y productos necesarios para la elaboración.

Creación de un expediente de información de producto adaptado a la elaboración de cada PEIS, incorporando los ítems específicos recomendados por la GBPPM (valor añadido de la preparación, evaluación del riesgo, material de partida, material de acondicionamiento, instrucciones de preparación, indicaciones y base bibliográfica) e incluyendo los ítems recomendados en las instrucciones de preparación y hoja de registro.

Se aplicó la matriz de riesgo a las 11 PEIS protocolizadas en nuestro hospital: a) riesgo alto (n=10): 5-Fluorouracilo (intraoperatorio); 5-Fluorouracilo (desbridamiento); Tobramicina intravítrea; Vancomicina intracameral; Vancomicina intravítrea; Mitomicina intraoperatoria; Aflibercept intravítreo; Ceftazidima intravítrea; Cefuroxima intracameral y Ranibizumab intravítreo y b) riesgo medio (n=1): Bevacizumab intravítreo.

El periodo de validez se vio incrementado en 7 PEIS: Bevacizumab intravítreo (de uso inmediato a 9 días en nevera); Ceftazidima intravítrea (de uso inmediato a 24h en nevera); 5-Fluorouracilo intraoperatorio (de uso inmediato a 24 h Tª ambiente); 5-Fluorouracilo desbridamiento (de uso inmediato a 24 h Tª ambiente); Vancomicina intracameral (de uso inmediato a 3 días en nevera); Vancomicina intravítrea (de uso inmediato a 3 días en nevera); Mitomicina intraoperatoria (de uso inmediato a 24h a Tª ambiente) y disminuido en 3: Aflibercept intravítreo (de 5 días a 3 días en nevera); Ranibizumab intravítreo (de 5 días a 3 días en nevera) y Cefuroxima intracameral (de 7 días a 3 días en nevera). Sin cambios para Tobramicina intravítrea (uso inmediato).

CONCLUSIONES: La adecuación de la GBPPM a la elaboración de medicamentos aporta una garantía de calidad en los preparados necesaria para mejorar la seguridad del paciente.

La protocolización y revisión periódica de los documentos de elaboración y hojas de trabajo utilizados facilita la homogeneidad en la elaboración de PEIS y fiabilidad en los resultados obtenidos.

308. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIGLAUCOMATOSO: EJEMPLO DE COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR

AUTORES: Canadell Vilarrasa L, Martín Marqués M, Bejarano Romero F, López Broseta Pa, Canela Subirada M, Bardavio Ara J.

Hospital Universitari Joan Xxiii. Dr. Mallafré Guasch, Nº 4. Tarragona. España

OBJETIVOS: Descripción de un estudio multidisciplinar y colaborativo entre la asistencia primaria y la especializada, cuyo objetivo fue corregir la duplicidad terapéutica con timolol en el tratamiento de pacientes con glaucoma, evaluar el grado de aceptación de las intervenciones y de su impacto en términos de coste-efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través del sistema de notificación de incidentes del centro, se detectaron dos casos de duplicidad terapéutica con timolol en pacientes tratados de glaucoma y atendidos en consultas externas de oftalmología. Se ejecutó una búsqueda en la base de datos de atención primaria para establecer la dimensión real del problema. Fue creado un grupo de trabajo multidisciplinar (oftalmología, farmacia y farmacología) encargado de revisar la idoneidad del tratamiento farmacológico de cada paciente y diseñar las intervenciones más seguras y coste-efectivas. Las propuestas de tratamiento se comunicaron por correo electrónico a los médicos de primaria responsables de los pacientes.

Tras la fase de intervención (tres meses) se procedió a la evaluación del grado de aceptación y del impacto económico. La medida del impacto económico se planteó a partir del análisis de los costes directos evitados al sistema que se derivaron de la revisión y suspensión de los tratamientos.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 28 pacientes con duplicidad terapéutica, un 14,3% presentaban doble duplicidad. La edad media fue de $72,2 \pm 9,7$ años, un 61% hombres. La media de comorbilidades fue de $6,7 \pm 2,9$ y un 29% presentaban alguna morbilidad que contraindicaba algún tipo de tratamiento antiglaucomatoso. Los pacientes procedían de 9 centros de atención primaria diferentes. El 82,1% de los pacientes recibían tres principios activos y el resto 4. Un 71,4% utilizaba como mínimo dos especialidades farmacéuticas distintas. El grado de no adherencia se situó en un 28,6%. La presión intraocular media fue de $18,9 \pm 3,8$ mmHg. La duración media de la duplicidad era de $19,3 \pm 13$ meses.

Fueron aceptadas un 78% de las intervenciones. Todos los pacientes intervenidos tuvieron un cambio de especialidad farmacéutica para evitar la duplicidad. Además, un 69% requirieron una disminución de dosis y un 73% se les prescribió un principio activo diferente. La media de ahorro por paciente fue de 212 ± 111 €/anuales y el ahorro neto en el total de pacientes intervenidos supuso 4672 €/anuales.

CONCLUSIONES: Este programa de intervención ha permitido reducir los riesgos asociados al uso de medicamentos, mejorar el grado de adecuación de la prescripción y optimizar el uso de medicamentos más coste efectivos, sin olvidar la mejora en la comunicación entre niveles asistenciales.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

133. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA EN LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS

AUTORES: Cantudo Cuenca Mr, Tristancho Perez A, Guzman Ramos Mi, Sanchez Pedrosa A, Saborido Cansino Mc. Hospital Univ. De Valme (Área Gtión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548:9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar la adecuación del tratamiento con teriparatida en la prevención de fracturas osteoporóticas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en un área de gestión sanitaria integrada llevado a cabo en septiembre-2014. Se incluyeron los pacientes con prescripción activa de teriparatida entre el 1-julio y el 31-agosto-2014. Aquellos que no continuaban en tratamiento en el momento de la revisión fueron excluidos.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, fecha de inicio y duración del tratamiento, posología, fractura osteoporótica previa a la prescripción, tratamiento anterior con otros medicamentos para prevención de facturas (MPF), calcemia previa, creatinina y fosfatasa alcalina.

La selección de pacientes se realizó mediante la base de datos de facturación de recetas con MicroStrategy®. Para la recogida de datos se consultó la historia clínica electrónica (Diraya®). El análisis de datos se hizo con Excel 2007®.

Basándonos en la bibliografía (GPC sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad del SNS) se consideró inadecuación primaria al tratamiento con teriparatida si los pacientes no presentaban: osteoporosis diagnosticada por densitometría ósea (DMO), fractura vertebral, osteopenia con ≥ 2 factores de riesgo (FR) alto de fractura u osteopenia con ≥ 2 FR moderados. Se consideró inadecuación secundaria si, a pesar de la adecuación primaria, no habían estado en tratamiento anterior con otros MPF considerados de primera línea.

Además, se consideró inadecuado si la duración máxima del tratamiento era superior a 24 meses o presentaban contraindicaciones (ficha técnica): hipercalcemia preexistente, insuficiencia renal severa, elevaciones inexplicadas de fosfatasa alcalina, tumores o metástasis óseas, enfermedades metabólicas óseas, radiación externa o radioterapia recibida anteriormente.

RESULTADOS: Se identificaron 66 pacientes, con una edad media de $74,1 \pm 7,9$ años, siendo el 87,9% mujeres. La mediana de duración de tratamiento fue 10,0 meses (IQR:7,0-13,0). La posología fue de 20 microgramos diarios en todos los pacientes. En 53 pacientes constaba antecedente personal de fractura: en cinco, de cadera, y en el resto, vertebral. El 66,7% había tenido prescrito previamente otro MPF: alendrónico (68,2%), risedrónico (18,2%), rane-

lato (4.5%), ibandrónico (4.5%), raloxifeno (2.3%), zoledrónico (2.3%). El 25.8% de los pacientes no disponía de analítica previa al tratamiento ni durante éste. La calcemia previa media fue 9.5 ± 0.8 mg/dl; la creatinina, 0.8 ± 0.2 mg/dl y la fosfatasa alcalina, 87.6 ± 35.0 U/l.

La prescripción fue inadecuada en 45 pacientes (68.2%). Catorce presentaban inadecuación primaria (tres de ellos habían tenido fractura de cadera previa, pero no vertebral ni tenían criterios de tratamiento). En 17 pacientes la inadecuación fue secundaria. Además, nueve tenían una duración de tratamiento >24 meses. Se identificaron cinco pacientes en los que teriparatida estaba contraindicada por hipercalcemia (1/5), insuficiencia renal severa (1/5) y elevación de fosfatasa alcalina (3/5). En estas circunstancias se contactó con el prescriptor vía telefónica produciéndose la suspensión del tratamiento.

Se detectó que cuatro pacientes tenían prescripción concomitante con un bifosfonato oral: ibandrónico en tres casos y alendrónico en uno.

CONCLUSIONES: Se observa un bajo grado de adecuación al tratamiento con teriparatida. Es importante realizar intervenciones por parte del farmacéutico dirigidas a revisar tratamientos, con el fin de obtener prescripciones adecuadas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

275. ALIANZAS ESTRATÉGICAS: ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA DE OPINIÓN REALIZADA CONJUNTAMENTE EN TRES SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA.

AUTORES: Perelló Juncà A, Arranz Castella T, Alba Aranda G.

Consorti Sanitari de l'Anoia. Avda. Catalunya 11 CP 08700. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN: Las alianzas estratégicas permiten compartir conocimientos, experiencias y mejorar la eficiencia a la hora de realizar actividades conjuntas.

Tres servicios de farmacia de diferentes hospitales comarcales se han unido para realizar conjuntamente la mejora de la calidad mediante la certificación ISO 9001/2015. Para esto, es indispensable conocer la opinión de cada equipo de trabajo y detectar similitudes y diferencias de los tres servicios, para planear acciones de mejora conjuntas.

OBJETIVO: Conocer la opinión de los miembros de tres servicios de farmacia acerca del funcionamiento del servicio. Comparar las necesidades y oportunidades de mejora de los tres servicios para considerar la realización de planes de mejora conjunta.

METODOLOGÍA: Se realizó un análisis tipo DAFO en formato de encuesta anónima, para conocer la opinión de todos los miembros de los servicios respecto a la situación interna (Debilidades y Fortalezas) y externa (Amenazas y Oportunidades) de cada servicio.

Además se diseñó y consensó una encuesta con los tres jefes de servicio, que fue revisada y aprobada por un experto en calidad siguiendo la metodología ISO. Esta encuesta constaba de 6 preguntas que hacían referencia a la satisfacción personal, carga laboral, posibilidad de decisión etc., puntuadas con una escala likert de 0 a 10.

RESULTADOS: La participación fue del 100% en dos de los servicios y en el tercero fue de 88% (N total =36)

En los resultados DAFO los tres centros tenían unas respuestas semejantes, valorando muy positivamente el ser un Servicio Central y referente en el Hospital, y negativamente la presión que en determinados momentos tienen que soportar.

Como punto fuerte las Alianzas estratégicas entre centros las ven como una oportunidad para crecer en conocimientos y en actualización, siendo para ellos una amenaza la falta de estos.

En los tres servicios hace falta mejorar la comunicación, la distribución de las cargas de trabajo y eliminación de los trabajos rutinarios.

La encuesta de satisfacción personal también mostro resultados semejantes, siendo puntuadas por encima de 7 en los tres centros las preguntas sobre comunicación de Farmacéuticos / técnicos y satisfacción con el trabajo que realizaban. Las peores puntuaciones también fueron comunes a los tres servicios y hacían referencia a la comunicación y a la distribución de las cargas de trabajo.

CONCLUSIONES: Esta encuesta ha sido una oportunidad para comparar el grado de satisfacción del personal y saber las diferencias de opinión de cada servicio.

Se identificaron puntos comunes que se pueden trabajar de forma conjunta en los tres servicios, como realizar cambios en el sentido de mejorar el comunicación, reordenar funciones y cargas de trabajo, realizar formación y actualizaciones. Esto seguramente se realizará de forma más eficiente si se hace conjuntamente y repercutirá en la calidad de los servicios.

526. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS RECLAMACIONES DE DOSIS UNITARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: Zas García I, Ramudo Cela L, Leston Vazquez M, Mondelo García C, Calvin Lamas M, Martín Herranz Mi. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVOS: Realizar un análisis comparativo de las reclamaciones de medicamentos dispensados mediante el sistema de dosis unitaria (DU) pre y post-implantación de un sistema de prescripción electrónica (PE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo observacional prospectivo, en un complejo hospitalario de tercer nivel, y se compararon dos períodos: previo a la implantación de PE (junio-octubre 2012, media 826 pacientes en DU/día) y post-implantación PE (agosto 2014-mayo 2015, media 1005 pacientes/día en DU), seleccionando en cada periodo de estudio 30 días de recogida de datos, en el horario 15:00h a 03:00h (horario con mayor número de reclamaciones recibidas). Se diseñó un formulario de recogida de datos conteniendo las variables: número de líneas de medicamento reclamadas y tipo de reclamación. Se definieron 10 categorías para los tipos de reclamación. Fuente de datos: 1) Impresos normalizados de reclamación de medicamentos (datos del paciente, datos del medicamento reclamado y motivo de reclamación. 2) Programa informático de PE. Se realizó el análisis de datos con software R.

RESULTADOS: El número total de medicamentos reclamados en el período de estudio fue de 1553 antes de la implantación de la PE y 743 después de la PE. El número medio de medicamentos reclamados por día fue 51,77 en el periodo pre-implantación y 24,77 en el periodo post-implantación, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p

CONCLUSIONES: Se observa una disminución del número de medicamentos reclamados después de la implantación de la prescripción electrónica mostrando diferencias significativas. Por otra parte, destacan nuevos motivos de reclamación y desaparecen otros tales como reclamaciones por errores en la transcripción al programa de dosis unitarias y por errores de transcripción al libro de administración de enfermería, en ambos casos errores con mayor potencial para comprometer la seguridad del paciente.

894. ANÁLISIS DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Blanco Sánchez G, Buló Concellón R, Moyano Prieto I, Romero Hernández I, Manzano Martín Mv, Salguero Olid A.

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Avenida Ana De Vía Nº21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Los errores de medicación (EM) se definen como cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente, o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Cuando se analizan los EM que causan acontecimientos adversos, se observa que los errores de prescripción (EP) son los más frecuentes. El objetivo del estudio es detectar y analizar los EP en consultas externas de un hospital de referencia, con el fin de observar aquellos más prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, del período comprendido entre octubre 2014 y marzo 2015. Se analizaron las prescripciones mensuales de 343 pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de tercer nivel. Los datos se obtuvieron de la aplicación corporativa MicroStrategy 9, y se explotaron con una hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS: Con una muestra de 343 pacientes, la media de edad fue de 66,96 años, siendo un 61,9 % hombres (216) y un 37,02 % mujeres (127). Un 94,75 % de los pacientes tenían prescritos cinco fármacos o más. Se detectaron 21 EP, de los cuales un 47,61 % (10) correspondían a duplicidades de fármacos protectores gástricos (omeprazol con pantoprazol y ranitidina con pantoprazol). En un 19,04 % (4), se observaron varias estatinas conjuntamente pautadas (pravastatina con pitavastatina, simvastatina con rosuvastatina y simvastatina con pitavastatina). En otro 19,04 % (4), se detectó doble antiagregación plaquetaria sin presencia de protector gástrico. En un 9,52 % (2), se observó en la misma prescripción ramipril y enalapril, ambos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Por último, en un 4,76 % (1), se advirtió clopidogrel y ticagrelor conjuntamente pautados. En cuanto a la duración de los errores, el 47,61 % (10) se extendió durante dos meses, un 19,04 % (4) tres meses, un 14,2 % (3) cuatro meses, un 14,2 % (3) durante cinco meses, y por último, un 4,76 % (1) se extendió durante los 6 meses del estudio.

CONCLUSIONES: Los errores de prescripción más prevalentes han sido las duplicidades de fármacos con la misma acción farmacológica, sobre todo aquellos que hacen referencia a protección gástrica y estatinas. Otros EP destacables son la ausencia de protección gástrica en pacientes con doble antiagregación plaquetaria. Todos estos datos serán un buen punto de partida para poner en marcha desde la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia nuevas herramientas para disminuir la prevalencia de estos errores, así como para optimizar las ya existentes. Es imprescindible contar

con las herramientas necesarias para realizar un seguimiento de las prescripciones de pacientes ambulatorios, con el fin de determinar posibles incidencias mejorando la calidad y seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

918. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ERITROPOYETINAS EN PACIENTES PREDIÁLISIS EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

AUTORES: Rebollo Díaz N, Maté Arbaiza P, Moreno Gómez AM, Valle Herrero S, Cancelo Suárez P.

Santos Reyes. Avenida Ruperta Baraya 6. Burgos. España

OBJETIVOS: El uso incorrecto de factores estimulantes de la eritropoyesis (FEE) se asocia con un mal control de la anemia, un aumento de los riesgos derivados de la administración de estos fármacos y un aumento de los costes sanitarios. El objetivo de este estudio fue cuantificar el impacto económico asociado a la dispensación de FEE en un hospital comarcal y analizar sus condiciones de utilización 3 años después de la implementación de un protocolo cuyo objetivo fue racionalizar su uso.

MATERIAL Y METODOS

Se cuantificaron los costes directos asociados a la dispensación de FEE en 2014. Se revisaron los criterios de utilización establecidos en 2011, comparándolos con las recomendaciones de la última guía KDIGO (2012) con el fin de actualizar el protocolo. Se hizo un corte transversal para analizar las prescripciones que se ajustaban a dichos criterios. Se informó sobre los resultados a los facultativos implicados en la prescripción y se propusieron las medidas correctoras oportunas en los casos en los que se detectó una desviación.

RESULTADOS: El coste anual asociado a la dispensación de FEE en pacientes prediálisis fue de 22.239 €. Los criterios establecidos en las guías KDIGO para racionalizar el uso de FEE incluían: 1) Mantenimiento de la hemoglobina (Hb) entre 10-12 g/dL; 2) Determinación de la Hb 4 semanas después del inicio/cambio de dosis; 3) Determinación de la Hb cada 3 meses en la fase de mantenimiento. Estos criterios eran similares a los reflejados en el protocolo del centro en 2011. En el momento del estudio, 29 pacientes estaban siendo tratados, 20 procedentes de Medicina Interna y 9 de Hematología. Se detectaron las siguientes incidencias: Hb12 g/dL en 7 pacientes, insuficiente monitorización en 12 pacientes (3 en la fase de corrección y 8 en mantenimiento). En 5 pacientes confluía más de una incidencia simultáneamente. El porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de las guías KDIGO fue del 10% en pacientes de Medicina Interna y del 100% en pacientes de Hematología. A la vista de estos resultados, se organizó una reunión informativa con el fin de recordar los criterios de uso y transmitir las incidencias. Las medidas correctoras propuestas se notificaron individualmente a los facultativos responsables de cada paciente. Además, dada la imposibilidad de hacer un control previo a la dispensación desde el Servicio de Farmacia por falta de medios tecnológicos y de personal, se estableció la realización de otro corte transversal 6 meses después de la reunión con el objetivo de evaluar si las mejoras se mantienen a lo largo del tiempo o es necesario un nuevo refuerzo.

CONCLUSIONES: A pesar de disponer en el centro de un protocolo para racionalizar el uso de FEE, su impacto positivo inicial se había perdido tres años después de su implementación. En caso de no poder controlar de forma prospectiva la dispensación de estos medicamentos, es necesario realizar evaluaciones periódicas con el fin de detectar y corregir posibles desviaciones, así como establecer programas educativos de refuerzo dirigidos a los facultativos implicados en la prescripción.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1219. ANALISIS DE LAS CAUSAS DE DERRAMES DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS: IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD

AUTORES: Iglesias Bolaños Am, Salan Pradera A, Perez Vergara J, Capilla Montes C, Buendia Bravo S, Cruz Cruz T. Hospital Del Sureste. C/Ronda Del Sur N° 10. Madrid. España

OBJETIVOS: En el manejo de fármacos antineoplásicos es indispensable establecer las normas de actuación ante una exposición aguda o un derrame de citostáticos con el fin de minimizar los riesgos para los trabajadores, usuarios y medio ambiente.

El objetivo del trabajo es analizar las causas de las exposiciones accidentales y derrames producidos de fármacos citostáticos, la adecuación al protocolo de actuación y las medidas de seguridad establecidas para evitarlos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo desde octubre de 2009 a mayo de 2015 de los registros de exposición y derrames notificados al servicio de farmacia. Las variables a evaluar son: lugar y proceso en el que se produce el incidente, equipo de protección individual empleado por el trabajador en ese momento, la utilización del kit de derrame y la adecuación al protocolo en cada caso, el motivo de la exposición y/o derrame, así como las medidas de seguridad implantadas.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se han registrado un total de 21 derrames y exposiciones accidentales a citostáticos. El 90,5% de los casos (19/21) ocurrieron durante la administración del citostático ya diluido (85,7% en hospital de día y el 4,8% en planta). El 9,5% restante (2/21) ocurrieron durante la preparación en el servicio de farmacia con el fármaco concentrado.

Los derrames que ocurrieron en farmacia fueron por caída accidental de viales, mientras que los producidos durante la administración se debieron a problemas en los sistemas de conexión. De estos, el 58% (11/19) se debieron a la desconexión del sistema de infusión de la vía del paciente. Como medida de seguridad se incorpora un inyector cerrado luer-lock que conecta la bomba de infusión con la vía del paciente, permitiendo la transferencia seca, sin fugas del citostático, evitando así la desconexión accidental de la vía. El 32% de los casos (6/19) el problema detectado fue el no tener bien clampada la alargadera del fármaco antineoplásico. Como medida de seguridad se incluye en el check-list de elaboración en farmacia la comprobación de que la alargadera haya sido purgada previamente con suero limpio y que vaya correctamente clampada. El 10% de los casos restantes en los que el problema fue la conexión (2/19) se debieron a encontrarse en mal estado alguno de los componentes del sistema de infusión.

En el 86% de los casos (18/21) el personal sanitario expuesto en el momento del derrame estaba empleando medidas de protección: guantes en todos los casos, mascarilla en un 38%, y bata en un 24%. En el 100% de los casos se siguieron las pautas del protocolo establecido, se empleó el kit de derrame adecuadamente, y se comunicó la exposición accidental a salud laboral.

CONCLUSIONES: La mayor parte de las exposiciones accidentales a fármacos citostáticos se producen en el momento de la administración al paciente por problemas de conexión de los sistemas de infusión. Las principales medidas de seguridad establecidas son el empleo de dispositivos cerrados de transferencia de fármacos y el envío desde farmacia de todas las alargaderas purgadas con suero limpio y correctamente clampadas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1240. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS MEDIANTE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA DE NUEVA IMPLANTACION

AUTORES: Asenjo Segovia S, Aldave Cobos P, Sarobe Carricas M, Alfaro Basarte J.

Complejo Hospitalario De Navarra-D. C/Elcano S/N. Navarra. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas a través de un programa de prescripción electrónica asistida (PEA) implantado hace 6 meses en un hospital monográfico de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo de un mes de duración en un hospital general de 100 camas. El programa PEA se implantó a finales de Noviembre del 2014 y el análisis de las intervenciones farmacéuticas se ha realizado a los 6 meses de su funcionamiento. Se extrajeron del programa informático de validación farmacéutica todas las IF realizadas por el farmacéutico. La recogida de datos se ha realizado en una hoja Excel, en la que se han incluido los siguientes datos: tipo de intervención y servicio médico responsable. El tipo de intervención se clasificó como: sustitución genérica, duplicidad, sustitución terapéutica, inicio/fin de tratamiento, frecuencia de administración, error unidad de dosis, número de dosis, especialidad no incluida en la guía farmacoterapéutica.

RESULTADOS: El número de validaciones durante el periodo estudiado ha sido de 4725 y se realizaron 480 IF. Esto implica que por cada 100 órdenes validadas hubo 10,16 intervenciones. El servicio médico que más intervenciones registró fue Traumatología (13,7%), seguido de Anestesia (7,5%) y Medicina Interna (8,9%). Las intervenciones mayoritarias fueron las relacionadas con la sustitución genérica (29,6%), fin de tratamiento (23,1%) y error de dosis (11,7%). Todas las demás intervenciones tuvieron porcentajes inferiores al 10 %.

CONCLUSIONES: El programa de prescripción electrónica asistida ha permitido registrar y gestionar las intervenciones farmacéuticas de una manera rápida y eficaz. El impacto clínico final es la seguridad del paciente. Se plantea la necesidad de una formación continuada de los médicos prescriptores con el objetivo de reducir el número de intervenciones farmacéuticas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

646. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PREPARACIÓN AUTOMATIZADA DE DOSIS UNITARIA

AUTORES: Martín Rizo L, Rivero Cava Ms, Martín Cillero Mt, Gómez Espárrago M, Perez Puente P, Garrido Ameigueras Mr.

Hospital San Pedro De Alcántara. Avenida Pablo Naranjo S/N. Cáceres. España

OBJETIVO: Analizar los errores de medicación cometidos en la preparación de la dosis unitaria, realizado a través de un sistema automatizado de dispensación, para mejorar la calidad del proceso.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo realizado durante 4 meses (febrero-mayo de 2015). Cada día se revisaron un número determinado de carros, de los 21 posibles, elegidos de forma aleatoria en función de la hora de preparación y la disponibilidad de tiempo. Se contrastaba la medicación puesta en el cajetín de cada paciente con la prescrita que aparecía en el listado de verificación de dosis unitaria. Cada error detectado se recogía en un Excel anotando los siguientes datos: Fecha, carro, número de pacientes, tipo de error tomando como referencia la clasificación elaborada por el grupo Ruiz-Jarabo y motivo del error.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se revisó una media de 8,39 (3-14) carros por día y 8,16 pacientes por carro con un total de 4182 pacientes revisados. Se detectaron un total de 322 errores de medicación con una media de 0,62 (0-2) errores por carro.

Los principales tipos de error según la clasificación elaborada por el grupo Ruiz-Jarabo fueron: 23,6% paciente equivocado; 19,8% error de dispensación; 19% omisión de dispensación; 16,7% dosis extra; 9% dosis mayor; 5,9% dosis menor; 0,3% vía de administración errónea y 5,7% otros tipos de errores que no se incluían en ninguno de los anteriores.

Los dos motivos de error detectados fueron el factor humano en un 83,3% de los casos y fallo en el sistema automatizado en un 16,2%, desglosándose de la siguiente manera:

1.- Dentro del factor humano un 23,6% debido a introducir medicación en el paciente del cajetín contiguo, un 19,8% a fallos en el manejo del sistema como validaciones a destiempo o no reconocer de manera correcta las indicaciones luminosas, un 16,8% medicación que está en el cajetín y no se corresponde con la prescrita, un 13,7% confusión en el número de unidades a introducir, un 7,8% al realizar de manera errónea la reposición del sistema y un 2,1% en la identificación de los pacientes.

2.- Fallo en el sistema automatizado: un 7,2% originado al contener dos medicaciones distintas en un mismo cajetín, un 6,5% al realizar las incidencias generadas por el sistema, referente a la medicación que no se encuentra dentro del mismo y un 2,5% debido a fallos del software informático.

CONCLUSIONES: La preparación automatizada de la dosis unitaria tiene una baja incidencia de errores, siendo la principal causa el factor humano. Esto puede ser debido a la elevada rotación del personal por este área así como a la falta de técnicos especializados. Por ello, para mejorar la calidad de dicho proceso sería conveniente reforzar la formación y elaborar en un futuro un procedimiento normalizado de trabajo que estandarice el proceso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1033. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN NOTIFICADOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: Rubio Cebrián B, Santaolalla García I, Picazo Sanchiz G, Vázquez Castillo Mj, Moriel Sánchez Mc, Segura Bedmar M.

Hospital Universitario De Móstoles. C/Río Júcar S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar los errores de medicación producidos, detectados y notificados por el servicio de Farmacia de un hospital general de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de los errores notificados desde abril de 2008 hasta abril de 2015. Las variables de estudio fueron: lugar donde se produjo el error, etapa del proceso en la que se originó, causa, tipo, consecuencias para el paciente y grupo farmacoterapéutico según la clasificación Anatómico-Terapéutica-Química (ATC) de los fármacos implicados. Los datos se extrajeron a través de la aplicación informática de notificación de errores de medicación del Portal de Salud de la Comunidad de Madrid y de los registros archivados en el Servicio de Farmacia.

RESULTADOS: El número total de errores notificados fue 586, de los cuales el 37,88% se produjeron en la Unidad de Hospitalización, el 31,06% en el Servicio de Farmacia, el 15,02% en Consultas Externas y el 12,63% en Hospital de Día. La etapa en la que se originó el error fue principalmente en la prescripción (66,72%), seguido con un 25,94% en la transcripción, un 2,39% en la dispensación y un 1,54% en la elaboración. Estos errores fueron debidos fundamentalmente a falta de conocimiento o formación (29,86%), falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos (27,82%), problemas en la interpretación de la prescripción (13,48%), incorrecta identificación del paciente (11,60%). El tipo de error más frecuente fue la omisión de dosis o dosis incorrecta (38,91%), selección inapropiada del medicamento (27,13%), paciente equivocado (16,89%) y frecuencia de administración errónea (5,80%). La mayor parte de errores no llegaron a alcanzar al paciente (68,43%), sólo en 2 casos el paciente presentó un daño temporal que requirió intervención médica (0,34%). El 33,62% de los fármacos implicados en la notifica-

ción de errores pertenecieron al grupo L (agentes antineoplásicos e inmunomoduladores), 13,86% correspondieron al grupo J (antiinfecciosos para uso sistémico), 12,82% al grupo N (sistema nervioso) y 9,71% al grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos).

CONCLUSIONES: Aunque el mayor número de errores se produjeron dentro de las unidades de hospitalización, destaca el elevado porcentaje que tuvo lugar dentro del servicio de Farmacia, una de las razones puede ser debida en gran parte a la etapa de transcripción de las órdenes médicas como consecuencia de la presencia de prescripción manual hasta el año 2013. Sería necesario analizar cómo ha cambiado el perfil de errores tras la puesta en marcha de la prescripción electrónica para implantar nuevas medidas de mejora y garantizar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

14. ANÁLISIS DE MARCADORES DE HEPATITIS B Y TRATAMIENTO PROFILÁCTICO EN PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB

AUTORES: Del Rio Durango M, Gomez Salcedo P, Casado Abab G, Sierra Muñoz A, Cardenas Sarralde C. Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana 261. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: La reactivación del virus de la Hepatitis B (VHB) está bien documentada en pacientes que reciben quimioterapia inmunosupresora con Rituximab. La reactivación de VHB puede cursar desde una forma asintomática hasta una hepatitis fulminante.

Diversas Sociedades científicas y Agencias Reguladoras, como la recién publicada por la Agencia Española del Medicamento en 2014, han establecido recomendaciones para realizar el cribado del VHB (HBsAg y anticuerpos anti-HBc) antes de iniciar tratamiento con Rituximab e instaurar la profilaxis necesaria en caso de marcadores positivos.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la reactivación de la hepatitis B secundaria en los pacientes que recibieron tratamiento con Rituximab durante el año 2014 en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo donde se recogieron los datos de pacientes que habían recibido tratamiento con Rituximab durante el período de enero de 2014 a diciembre de 2014 en nuestro Hospital. Se revisaron los informes de los pacientes para conocer si había datos de serología de VHB y cuántos de ellos tenían un test positivo (HbsAg, antiHBc, antiHBs). También se obtuvieron datos sobre los pacientes que recibieron tratamiento de profilaxis para VHB.

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio, se trataron 152 pacientes con Rituximab. De estos, 136 (89,5%) tenían solicitud de serología para VHB, y 16 (10,5%) no la tenían.

De los 136 pacientes, 27 pacientes (19,9%) presentaban HbsAg o anticuerpos anti-HBc positivos lo que les hace candidatos a recibir tratamiento profiláctico para evitar la reactivación de VHB. Sin embargo, solo 15 de estos pacientes (55,6%), recibieron tratamiento profiláctico: 10 fueron tratados con Tenofovir, 3 con Entecavir (20%), y 2 con Lamivudina (13,3%).

CONCLUSIONES: Estas cifras indican hay que seguir trabajando para el cumplimiento de las recomendaciones establecidas de cribado de hepatitis B y tratamiento profiláctico en pacientes que son sometidos a tratamiento con Rituximab. Dado el riesgo de reactivación de hepatitis B en pacientes tratados con inmunosupresores y en concreto con Rituximab, se hace necesaria la mejora de la comunicación entre los Servicio de Hematología, Farmacia y Digestivo, para hacer el cribado serológico de VHB en todos los pacientes que van a recibir Rituximab y tratar profilácticamente a aquellos con marcadores positivos de VHB.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

634. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL USO DE RELAJANTES NEUROMUSCULARES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

AUTORES: Ibáñez García S, Lobato Matilla Me, Herranz Alonso A, Tovar Pozo M, Martín Barbero MI, Sanjurjo Sáez M. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle Doctor Esquerdo 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Los relajantes neuromusculares (RNM) son un grupo de medicamentos considerados de «alto riesgo» ya que un error en su utilización puede causar daños graves en los pacientes.

En Octubre 2014 el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) publicó recomendaciones para la prevención de errores de medicación con este grupo de medicamentos.

El objetivo de este estudio es analizar el estado de situación del uso de los RNM en el hospital e identificar los puntos de mejora para su uso seguro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo en un hospital de tercer nivel.

Se llevó a cabo una «ronda de seguridad» por los botiquines de todas las unidades del hospital analizándose qué RNM estaban disponibles en cada unidad, su ubicación y las condiciones de almacenamiento.

Se identificaron los puntos de mejora y medidas a adoptar para cumplir las recomendaciones emitidas por el ISMP.

RESULTADOS: Se revisaron 60 botiquines de planta de los que el 93% disponía de RNM como parte del carro de parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, de éstos sólo el 22% de los RNM coincidía con los que estaban pactados como contenido del carro de parada. El almacenamiento se consideró correcto en el 42% de los botiquines revisados, es decir, se encontraban separados del resto de la medicación y correctamente identificados.

Las oportunidades de mejora identificadas para garantizar el uso seguro de los RNM en el hospital fueron:

SELECCIONAR MEDICAMENTOS SEGUROS:

- Estandarización de los carros de parada de todo el hospital, seleccionando como RNM aquellos que presentan una apariencia lo más distinta posible a otros medicamentos (2 ampollas de Mioflex® 50 mg/ml y 2 amp de Esmeron® 10mg/ml).

- Retirada del Atracurio de la guía farmacoterapéutica por presentar aspecto similar a los diluyentes que habitualmente se utilizan para la reconstitución de fármacos inyectables.

LIMITAR LA DISPONIBILIDAD: Sólo estarán disponibles en el pacto de botiquín de unidades en las que haya pacientes con ventilación mecánica (quirófanos y unidades de críticos). El resto de unidades de hospitalización SÓLO dispondrán de RNM como parte del carro de parada.

SEPARAR EL ALMACENAMIENTO: Deberán estar almacenados en un cajetín con tapa y precintado dentro de la nevera, separados del resto de la medicación almacenada en la misma.

UTILIZAR ETIQUETAS DE ALERTA: El cajetín que contenga los RNM deberá estar precintado con una etiqueta que indique “¡¡ALERTA!! AGENTE PARALIZANTE- SÓLO USAR EN ATENCIÓN A PARADA CARDIORESPIRATORIA”

INCORPORAR ALERTAS INFORMÁTICAS EN LA DISPENSACIÓN: Incorporación de alertas asociadas a la retirada de estos medicamentos en los sistemas automatizados de dispensación.

SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES SOBRE SUS RIESGOS: Notificación a través de diferentes vías de comunicación (notas informativas, grupos de trabajo multidisciplinar...) de las medidas de seguridad a tomar.

CONCLUSIONES: Tras el análisis de situación realizado se han identificado oportunidades de mejora que nos han permitido diseñar un circuito adecuado para el uso seguro los RNM de acuerdo a las recomendaciones emitidas por el ISMP. Este circuito es perfectamente extrapolable a otros hospitales.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

660. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Romero Candel G, Ortiz Navarro Mr, Moteagudo Martinez N, Diaz Rangel M, Marco De Rio J, Fernandez Diaz E.

Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Hermanos Falco S/N. Albacete. España

OBJETIVOS: Dimetilfumarato es un fármaco oral de reciente comercialización, indicado para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente en adultos, y que presenta un mecanismo de acción distinto al de otros tratamientos actualmente disponibles para esta enfermedad. El objetivo del estudio es analizar la utilización de este fármaco en nuestro hospital desde su reciente inclusión y estudiar su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 7 meses de duración que incluyó todos los pacientes que iniciaron tratamiento con dimetilfumarato, desde noviembre de 2014 hasta mayo 2015. Se obtuvieron los datos a través de la historia clínica en el programa Mambrino@XXI y del módulo de Gestión de Pacientes Externos de Farmatools®. Para el análisis de utilización se recogieron las variables edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico, líneas de tratamiento anteriores, último fármaco utilizado y causa del cambio a dimetilfumarato. Para el análisis de la seguridad se recogieron efectos adversos, escalado de dosis tolerado, retirada o no del fármaco, motivo de retirada y tratamiento instaurado tras ésta.

RESULTADOS: Han sido tratados 17 pacientes con dimetilfumarato, 3 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 37 años (rango 24-47) y un tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad de 9,3 años (rango 0,4-19,4). Se utilizó como tratamiento de 1ª línea en 5 pacientes, como 2ª línea en 6 pacientes y en los 6 pacientes restantes como 3ª línea o sucesivas. Los fármacos utilizados en la línea previa a dimetilfumarato fueron interferón β 1a en 5 pacientes (3 en la forma semanal y 2 en la trisemanal), acetato de glatirámico en 4 pacientes e interferón β 1b, fingolimod y natalizumab (en un paciente cada uno respectivamente). La causa principal de cambio a dimetilfuma-

rato fue reacción adversa al medicamento anterior (6 pacientes), actividad de la enfermedad (4 pacientes) o ambas (2 pacientes). En el 65% de pacientes (11/17 pacientes) aparecieron reacciones adversas con dimetilfumarato, que fueron rubefacción (5 pacientes), molestias gastrointestinales (8 pacientes), vértigo (1 paciente) y alteración del ánimo (1 paciente). La mayor parte de ellos cedieron antes del primer mes de tratamiento, excepto en 2 pacientes que por intolerancia digestivo hubo que suspenderlo y se cambió a interferón α 1b. En 13 pacientes se pudo realizar el escalado de dosis estándar descrito en ficha técnica, mientras que los efectos adversos fueron motivo de un escalado más lento en 3 pacientes, en ocasiones disminuyendo la dosis diaria y en otras aumentando el tiempo hasta el aumento a dosis completa.

CONCLUSIONES: El dimetilfumarato se utiliza en distintas líneas de tratamiento y tras diferentes fármacos. Las reacciones adversas al medicamento se ajustan a las descritas en ficha técnica y estudios publicados, excepto el vértigo y las alteraciones del ánimo, si bien faltaría su evaluación a largo plazo. Son la causa de escalados de dosis lentos y que, en algunos casos, no permiten alcanzar la dosis completa. Sería conveniente la protocolización de su uso y unificación de criterios en cuanto a escalado de dosis ante la aparición de efectos adversos

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1072. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS, EFECTOS Y CRITICIDAD PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE MEZCLAS ESTÉRILES

AUTORES: Echeverría Gorriti A, Burgui Alcaide C, Garciandía Larraza M, Echávarri Vergara A, Idoate García A, Lacasa Arregui C.

Clínica Universidad de Navarra. Avenida Pío XII 36. Navarra. España

OBJETIVO: Establecer acciones de mejora para optimizar el proceso actual de elaboración de mezclas estériles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 3 farmacéuticos y 3 enfermeras del área de elaboración de mezclas estériles.

Se diseñó el diagrama de flujo correspondiente al proceso de elaboración de mezclas estériles (exceptuando preparación de nutriciones parenterales y citostáticos) y se aplicó la metodología de análisis modal de fallos, efectos y criticidad (AMFEC). Para cada etapa del proceso se definieron los modos de fallo, causas, efectos e índice de prioridad de riesgo (IPR) y se propusieron posibles acciones correctoras. Para el cálculo del IPR se multiplicaron los valores de probabilidad de ocurrencia (1-10), probabilidad de detección (1-10) y severidad (1-10) de cada modo de fallo.

RESULTADOS: Se detectaron 14 modos de fallo con un IPR total de 1695 puntos. Cinco de ellos superaron los 100 puntos: información contenida en la hoja de elaboración (etiqueta) de la fluidoterapia con electrolitos de alto riesgo (EAR); base de datos de fórmulas estériles no intravenosas no integrada en el sistema de información del hospital; falta de unificación de criterios de elaboración de las mezclas en unidades de hospitalización; comprobación por una sola persona (enfermera) de las mezclas asociadas a la dispensación de dosis unitaria; y la falta de registro de la preparación y dispensación de la fluidoterapia con EAR.

Para cada modo de fallo, se propusieron acciones de mejora que se agrupan en tres ámbitos: cambios en el sistema de información, formación del personal y sistemática de trabajo.

Se consideraron como prioritarias las siguientes actuaciones: diseño de una hoja de elaboración específica para fluidoterapia con EAR, con indicación de mililitros y miliequivalentes a aditivar; integración de la base de datos de elaboración de estériles no intravenosos en el sistema de información del hospital; definición de criterios de elaboración de mezclas en el servicio de Farmacia; incorporación de un doble chequeo en la preparación de la dispensación por dosis unitarias de las mezclas intravenosas; y propuesta de una nueva sistemática para el registro de la elaboración y la dispensación de las mezclas con EAR.

CONCLUSIONES: La realización del AMFEC ha permitido la detección de los modos de fallo sobre los que resulta prioritario establecer medidas de mejora.

Las acciones correctoras planteadas afectan tanto al sistema de información del hospital, como a la sistemática de trabajo y a la formación del personal.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1231. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTÍNUA EN LA GESTIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Esteban Cartelle H, Frois Refojo Mc, Perez Martinez L, Gomez Ruiz R, Lopez-Pardo Pardo E, Lamas Diaz Mj. Complejo Hospitalario De Santiago De Compostela. Avda. Da Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Describir el proceso de implementación de la metodología 5S en un botiquín de medicación del Servicio de Urgencias (SU) de un hospital de tercer nivel y medir los resultados obtenidos en términos de mejora de la seguridad y eficiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: En primer lugar se llevó a cabo un análisis de la situación de partida de la zona de almacenamiento de medicación perteneciente al área de Observación del SU. Variables de seguridad: número de especialidades farmacéuticas diferentes que estaban presentes en el botiquín, cantidad de cada una de ellas, su condición de medicamentos de alto riesgo (MAR) o no. Variables de eficiencia: número de especialidades que estaban o no incluidas en el pacto de medicación que el Servicio de Farmacia (SF) tiene con el SU, número de unidades caducadas de cada medicamento y número de unidades estropeadas por conservación inadecuada. Se detectaron los principales puntos de ineficiencia. A continuación se aplicó la herramienta 5S perteneciente a la metodología LEAN para organizar el botiquín. Se registraron las mismas variables transcurridos 8 meses.

RESULTADOS: Situación de partida: se registraron 477 especialidades farmacéuticas diferentes (174 incluidas en el pacto y 303 no). Entre los medicamentos pactados había 19 MAR (10.9%), y entre los no pactados, 13MAR (4.29%). De los medicamentos pactados había 2889 unidades, (61 caducadas en el momento del recuento (2.1%)). De los medicamentos no pactados había 1876 unidades, (319 caducadas (17%)). 103 unidades de medicamentos se retiraron por estar en malas condiciones de conservación (envases multidosis abiertos sin fecha (74.5%), acondicionamiento deteriorado (23.3%)). Se determinaron principales puntos de ineficiencia: tendencia a la acumulación de medicamentos, ausencia de una Cultura de Seguridad del medicamento, e inadecuada gestión de caducidades. La aplicación de la herramienta 5S comprendió los siguientes pasos: 1S: eliminar lo innecesario mediante el análisis de históricos de consumo; 2S: determinar el lugar de almacenamiento según la frecuencia de uso (botiquín de Observación, controles de enfermería, sala de Críticos, SF); 3S: Limpieza del almacén de medicación, eliminación rótulos innecesarios, colocación de la medicación en cubetas separadas; 4S: Estandarización del etiquetado, identificación de MAR, almacenamiento diferenciado por vías de administración; 5S: establecimiento de un sistema de reposición de doble cajón, devoluciones estandarizadas al SF, seguimiento periódico de indicadores, sesiones informativas al personal del SU.

Situación a los 8 meses: 279 especialidades (241 pactadas (16MAR, 6.6%), 38 fuera del pacto (3MAR, 7.89%)). De los medicamentos pactados había 3214 unidades, de las cuales 4 estaban caducadas en el momento del recuento (0.12%). De los medicamentos no pactados se recontaron 122 unidades, 6 caducadas (4.9%). 36 unidades de medicamentos se retiraron por estar en malas condiciones de conservación (envases multidosis abiertos sin fecha (75%), acondicionamiento deteriorado (25%)).

CONCLUSIONES: La aplicación de la herramienta 5S ha permitido mejorar la eficiencia de la logística del medicamento en el SU, reduciendo las pérdidas por caducidad y mala conservación.

Asimismo ha mejorado la seguridad, por la reducción de la cantidad de MAR y mejora de su identificación, ya que la mayor parte forman parte del pacto estándar.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

484. ATOSIBAN Y RIESGO DE HIPONATREMIA

AUTORES: Martínez Roca C, Yáñez Gómez P, Ramudo Cella L, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. As Xubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Analizar la relación entre el tratamiento con el tocolítico atosiban y la aparición de hiponatremia (sodio

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo. Período estudio: febrero-mayo 2015. Criterios de inclusión: 100% pacientes a tratamiento con atosiban. Datos recogidos: niveles de sodio antes, durante y una vez finalizada la perfusión de atosiban. Análisis estadístico: ANOVA (corrección por Bonferroni).

RESULTADOS: El 29/01/15 detectamos un caso de hiponatremia en una embarazada tratada con atosiban. Considerando los antecedentes registrados en el hospital y la alerta AF-2013-040-01 de la AEMPS, como medida preventiva, se procedió a notificar la reacción adversa a la plataforma Notificaram al mismo tiempo que se inmovilizaron todas las unidades de los lotes administrados. A partir de ese momento, se acordó con el Servicio de Obstetricia y Ginecología llevar un registro por paciente de todos los lotes de atosiban administrados y hacer controles reglados de sodio durante el tratamiento (previo, a las 12h, 24h y 48h del inicio del tratamiento y 48h tras finalizar la perfusión). Se administró atosiban a la dosis recogida en ficha técnica a 23 embarazadas en 34 ciclos (número de ciclos/paciente: 1- 4). Antes de iniciar la perfusión de atosiban todas las embarazadas tenían un valor de sodio normal (mediana 139 mEq/L; rango 135-141). En 12/23 pacientes se observó hiponatremia durante el tratamiento. La reducción de sodio fue estadísticamente significativa en el análisis global de los datos ($p < 0,001$). Los valores medios de sodio fueron: 136 mEq/L (rango 126-141) a las 12h ($p < 0,05$), 136 mEq/L (rango 129-140) a las 24h ($p < 0,05$) y 137 mEq/L (rango

131-142) a las 48h (sin significación estadística). Se observó recuperación en el nivel de sodio en todas las pacientes una vez finalizada la perfusión: 138 mEq/L (rango 135-140). Sólo una paciente (sodio 126 mEq/L) presentó clínica (edemas). El único tratamiento concomitante fue la administración de betametasona parenteral indicada para maduración de los parénquimas fetales. Se confirmó que las matronas conocen y administran el atosiban ajustándose a la ficha de administración del mismo y que las muestras de sangre para analítica se extraen por otra vía diferente en el brazo contralateral.

CONCLUSIONES: La hiponatremia no es una reacción adversa que esté recogida en la ficha técnica del atosiban, sin embargo en nuestro estudio hemos comprobado un efecto de reducción de sodio reversible durante la administración del mismo en el 52% de las pacientes. Observamos que, en las embarazadas que sufrieron hiponatremia, la reducción de sodio fue más acusada al inicio del tratamiento (primeras 12h). Esta reacción adversa se observó con especialidades de dos laboratorios diferentes y con lotes distintos. En base a estos resultados consideramos importante, durante el tratamiento con atosiban, monitorizar el sodio y vigilar la sintomatología que puede acompañar a la hiponatremia (aumento de peso, edema, cefalea, náuseas) con el fin de evitar una clínica más grave (convulsiones, edema cerebral). Como farmacéuticos tenemos un papel clave en la farmacovigilancia, siendo los estudios postautorización una herramienta imprescindible para el uso seguro de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

237. CALIDAD DEL ETIQUETADO E ISOAPARIENCIA EN LAS MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA

AUTORES: Montero Pastor B, Cuesta López I, Molina Ruano Á, Pueyo López C, Bermejo Vicedo T.

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo, km 9100. CP 28034. Madrid. España

OBJETIVOS: -Analizar la calidad del etiquetado de las muestras de los ensayos clínicos (EC) en base al cumplimiento de la normativa vigente.

-Cuantificar los problemas de isoapariencia en las muestras para investigación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional de 15 meses de duración (enero de 2014-marzo de 2015). Se analizaron todas las muestras de medicación pertenecientes a los EC abiertos del Servicio de Oncología en el Servicio de Farmacia.

Las variables estudiadas fueron: número de EC, número de muestras diferentes aportadas por el promotor, tipo de muestra (muestra para investigación clínica o medicación comercial reetiquetada), presencia o ausencia en el etiquetado de los ítems recogidos en el Anexo 13 de la Directiva 2003/94/CE, presencia o ausencia de problemas de isoapariencia (muestras con aspecto similar, no distinguibles a simple vista).

RESULTADOS: Se analizaron un total de 174 muestras correspondientes a 81 EC. El 75,3% fueron muestras para investigación. El etiquetado cumplió con la normativa en un 82,2(±24)%; sin embargo, sólo un 2,3% del total de las muestras cumplió con todos los requisitos del etiquetado.

Las muestras para investigación clínica presentaron menos deficiencias en el etiquetado que los medicamentos comerciales reetiquetados: cumplimiento del 89,5 (±4,6)% versus 60 (±40,4)%.

Las principales deficiencias encontradas en el etiquetado del total de muestras analizadas fueron la omisión de: nombre del investigador principal (96%), identificación y localización del promotor (30,5%), advertencia "manténgase fuera del alcance de los niños" (21,8%) y periodo de validez (11,5%).

En cuanto a los problemas de isoapariencia, se encontraron un total de 27, de los cuales el 85,2% fueron detectados entre muestras pertenecientes a un mismo EC. El 14,8% (n=4) restante correspondió a muestras similares pertenecientes a diferentes estudios.

CONCLUSIONES: Las deficiencias en el etiquetado y los problemas de isoapariencia detectados, ponen de manifiesto la necesidad de extremar las precauciones durante el almacenamiento, validación y dispensación de muestras para investigación clínica con el fin de evitar potenciales errores de medicación.

Aún cumpliendo con la normativa, en ocasiones, los datos reflejados en el etiquetado no resultan suficientes para poder identificar las muestras inequívocamente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1116. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL INGRESO Y ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS Y POLIMEDICADOS

AUTORES: Ramo Aparicio R, Rojo Alvarez-Buylla C, Perez Dominguez N, Rodriguez De La Flor M, Puente Martinez P.

Hospital De San Agustín. Camino De Heros, Nº 4. Asturias. España

OBJETIVOS: Analizar los resultados de un proyecto piloto de conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria en pacientes ancianos y polimedicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo llevado a cabo en un hospital comarcal de 400 camas desde noviembre de 2013 hasta agosto de 2014. La población diana fueron pacientes mayores de 80 años con 6 o más medicamentos para el tratamiento de patologías crónicas. Se excluyen pacientes que ingresan en UVI, Psiquiatría y aquellos para los no se pudo obtener una correcta información sobre su tratamiento. El proceso de conciliación se inició con la obtención diaria de un listado habilitado para el estudio en la aplicación de historia clínica Selene® de los pacientes mayores de 80 años que habían ingresado en las 24 horas previas. A través de la historia resumida de Atención Primaria se seleccionó a los tratados con 6 o más medicamentos y de forma aleatoria se completó el proceso de conciliación hasta alcanzar un tamaño muestral de 108 pacientes que eran seguidos hasta la conciliación al alta. Para la evaluación de las discrepancias se utilizó el Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación de la SEFH.

RESULTADOS: El 50,4% de los pacientes fueron mujeres, la mediana de edad fue de 84 años (rango intercuartil: 82,87). La estancia media en el hospital fue de 7,18 días. Los principales Servicios de ingreso fueron: Medicina Interna (60,1%), Neumología (8,5%), y Cardiología (8,5%). La media de enfermedades crónicas por paciente fue de $4,96 \pm 1,28$, siendo las más frecuentes: hipertensión arterial, fibrilación auricular y diabetes mellitus. En la conciliación al ingreso se realizó una entrevista al paciente/cuidador en el 76,68% de los casos. El número medio de fármacos por paciente en el ingreso y alta fue $10,33 \pm 3,51$ y de $9,81 \pm 4$ respectivamente. Se obtuvo un total de 2.552 registros de medicación sumando los de ingreso y alta. El 35,23% (899) de los registros no presentaron discrepancias, el 44,48% (1.135) presentaron discrepancias que estaban justificadas y el 20,22% (516) restantes presentaron discrepancias no justificadas de los que el 19,75% (504) fueron aceptadas por el médico como errores de conciliación, el resto de las discrepancias quedaron sin resolver (2,13%). Estos datos arrojan una cifra de errores de conciliación de 1 de cada 5,06 medicamentos prescritos al ingreso y alta. Según la clasificación de errores de conciliación el más frecuente fue el error por omisión del tratamiento habitual (48,41%), seguido de prescripción incompleta (32,34%), comisión (12,05%) y diferencias en las dosis o pauta (6,15%)

CONCLUSIONES: 1 de cada 5,06 medicamentos prescritos al ingreso o alta en la población de estudio presentó un error de conciliación admitido por el médico responsable del paciente

El error de conciliación más frecuente es el de omisión del tratamiento habitual. Este resultado concuerda con el de la bibliografía consultada

Partiendo de los resultados obtenidos en el proyecto piloto consideramos necesario incorporar un protocolo de conciliación para esta población de pacientes dentro de la cartera de servicios de nuestro hospital.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

354. CONOCIMIENTO DEL PROPIO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL

AUTORES: Acosta Artiles M, Conde Martel A, Majuelos Aicart L, Martín Plata A, Laguna Marmol L, Hernández Meneses M.

Hospital Universitario De Gran Canaria Dr. Negrín. Barranco De La Ballena S/N. Las Palmas. España

OBJETIVO: evaluar el grado de conocimiento de los pacientes acerca del tratamiento farmacológico que reciben durante la hospitalización en una planta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional y prospectivo realizado mediante el diseño de un cuestionario y entrevista a los pacientes que ingresaban en una planta de hospitalización de Medicina Interna y que cumplían los criterios de inclusión en el estudio. El estudio se presentó al Comité Ético de Investigación Clínica, contando con la aprobación de éste y de la Dirección Médica. El tamaño de la muestra fue de 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que fueron recogidos desde el inicio del estudio en junio de 2013 y que continuó durante un mes y medio hasta completar dicho número. Se excluyeron menores de 16 años, afectos de retraso mental o demencia, y aquellos que no aceptaron su participación. El cuestionario utilizado fue una adaptación para el medio hospitalario del cuestionario validado de García Delgado y cols. El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante el programa SPSS para Windows. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi² o el test exacto de Fisher. La relación entre variables cuantitativas y cualitativas se analizó utilizando el test T-Student o la prueba U de Mann-Whitney en función de que dichas variables siguieran o no una distribución normal y la relación entre variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. Se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se estudiaron a 50 pacientes, 29 varones (58%) y 21 mujeres (42%) con una edad media 70 años (DE: 15; rango 25 a 90 años). Los 50 pacientes (100%) no pudieron recordar uno o más medicamentos de los que estaban recibiendo en el hospital en el momento de la entrevista. 27 pacientes (54%) no fueron capaces de citar ni un solo medicamento de los que estaban recibiendo (media de 9,25 fármacos/paciente). El conocimiento medio de los fármacos, su uso, indicación y seguridad fue de 2 puntos, establecido como conocimiento bajo, oscilando entre 0 y de 6,7 puntos (siendo la puntuación de conocimiento mínima teórica un 0 y la máxima un 8). La puntuación sobre el conocimiento se relacionó de forma significativa con la edad, a mayor edad obtuvieron menor puntuación ($R=-0,41$; $P=0,003$). El conocimiento fue significativamente inferior en los pacientes con supervisión en su domicilio (0,8 respecto a 2,9; $p< 0,001$), en los pacientes analfabetos (1,1 respecto a 2,6; $p= 0,002$), y en los jubilados en comparación con los pacientes en activo o en paro (1,5 vs 2,4; $p= 0,016$).

CONCLUSIONES: los pacientes que ingresan en una unidad de medicina interna apenas tienen conocimiento del tratamiento que reciben. La mayoría pone en manos del personal sanitario todo su cuidado y se desentiende de aspectos fundamentales como es el tratamiento farmacológico. Es necesario estudiar los grupos de pacientes sobre los que se ha de dirigir las iniciativas educativas para mejorar su participación y compromiso con su propia salud.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

696. CONSENSO MULTIDISCIPLINAR PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON ALEMTUZUMAB

AUTORES: Álvarez Payero M, Rodríguez Elena Á, Muñoz García D, Martín Vila A, González Costas S, Piñeiro Corrales G. Complejo Hospitalario Universitario De Vigo (Área De Xestión Integrada De Vigo). Meixoeiro, S/N. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Describir el desarrollo y aplicación práctica de un plan de actuación multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Múltiple(EM) tratados con alemtuzumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Creación de un equipo multidisciplinar integrado por 10 especialistas, Neurología(3), Enfermería, Farmacia, M.Interna(MI), Endocrino, Alergología(A), Hematología, Nefrología. A partir del plan de gestión de riesgos(PGR) del laboratorio farmacéutico y datos de seguridad de los ensayos pivotaes CARE-MSI/CARE-MSII, el equipo realizó propuestas de mejora y se evaluaron conjuntamente hasta llegar a un consenso. La aplicación práctica del plan se inició con el primer paciente tratado en abril 2015. Los criterios de utilización de alemtuzumab se adecuaron al protocolo de tratamiento aprobado por el Servicio Gallego de Salud.

RESULTADOS: Consenso dividido en 3fases:

1.SCREENING pre-tratamiento:vacunación varicela 6meses antes; cribado Virus del Papiloma Humano(VPH); detección infección activa/latente: VIH,VHB/VHC, Citomegalovirus, Epstein-Barr y tuberculosis; analítica: hemograma, función renal, TSH, T4 libre, anticuerpos antitiroideos y triptasa.

2.Protocolo premedicación/infusión, 5 días(0-4),Premedicación:1g metilprednisolona intravenosa en 4horas (a las 24horas días -1,0,1) y 500mg días 2-3),1 vial dexclorfeniramina 5mg 1hora antes, paracetamol intravenoso 1hora antes y otro al fin de la infusión, metoclopramida oral si precisa, omeprazol oral 1hora antes. Infusión de 12mg alemtuzumab durante 5-6horasx5días.Desde farmacia se elaboró protocolo para prescripción electrónica. El 1º curso se pone en hospitalización, los siguientes en hospital de día.

3.PGR post-tratamiento: (a)Reacciones infusionales, minimizadas con la velocidad de infusión y la premedicación. (b)Autoinmunidad a corto-plazo, el primer mes: Se recomienda cribado anual VPH, profilaxis con aciclovir 200mg oral/12horas el primer mes, analíticas de control, educar al paciente para reconocer signos de infección. (c)Autoinmunidad a largo-plazo: analíticas control durante 48meses tras último ciclo, educar al paciente para reconocer síntomas hipertiroidismo, púrpura trombocitopénica.

El consenso contempla evaluar resultados en salud: valoración cognitiva(PASAT, symbol digit modality test, faces symbol test), calidad de vida(EQ-5D, MusiQoL) y satisfacción(TSQM) en visita basal y posteriores según práctica clínica.

Caso: varón de 47años con EM remitente-recurrente de 15años de evolución, alta actividad clínica y radiológica, discapacidad(EDSS)=6. Tratamientos previos:interferon β -1a subcutáneo, mitoxantrona, natalizumab y fingolimod. Ingreso para administración del 1ºcurso de alemtuzumab según consenso descrito.Linfocitos: 1,48x103/ μ l pre-tratamiento, 0,4x103/ μ l 24h-tras 1ªinfusión, 0,3x103/ μ l tras 5ªinfusión.

Efectos adversos: Reacciones infusionales: día 0, tiritona con 39°C 30min tras infusión, cedió añadiendo al protocolo una dosis extra de paracetamol iv tras fin de infusión; día 3, reacción urticariforme en tronco valorada por A que mejoró con dexclorfeniramina). Autoinmunidad a corto-plazo: activación del PGR por cuadro febril tras 40días del

ciclo. Episodio a cargo de MI con 9 días de estancia. Se objetivó infección urinaria (*Enterococcus faecalis* resistente a quinolonas) que fué tratada convenientemente.

CONCLUSIONES: la experiencia de este primer caso muestra la necesidad, en práctica clínica, de un adecuado PGR de forma mantenida en el tiempo, para prevenir y tratar precozmente los efectos derivados de la autoinmunidad temprana. La creación de un equipo multidisciplinar para el manejo del fármaco permite tener una visión integral del paciente, ofrecer una atención más coordinada y poner en marcha el PGR con mayor eficiencia. El uso continuado del fármaco permitirá evaluar la efectividad y seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

939. CONTROL MICROBIOLÓGICO DEL ÁREA ESTÉRIL DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Betancor García T, Fraile Clemente C, Viña Romero Mm, Suárez González M, Morales Barrios Ja, Merino Alonso J.

Hospital Universitario Nuestra Sra De Candelaria. Ctra. Del Rosario, 145. Santa Cruz De Tenerife. España

INTRODUCCIÓN: La norma UNE 171340 sobre "Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales" establece unos principios fundamentales para validar el correcto funcionamiento de las salas de ambiente controlado de los centros sanitarios. A partir de esta norma, el servicio de farmacia, microbiología y medicina preventiva elaboraron un documento consenso sobre las normas de higiene y controles de calidad a realizar en las mismas.

OBJETIVO: Analizar los resultados microbiológicos de los test de control de calidad del área estéril del servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se revisaron todos los resultados de muestras de cultivos tomadas como control de calidad en un periodo de dos años (desde el 1 de junio de 2013 al 31 de mayo de 2015). El tipo de muestras estudiadas fueron: muestras ambientales del aire trimestralmente, muestras ambientales de sedimentación semanalmente, muestras de guantes semanalmente y muestras de producto final (nutrición parenteral de adulto diariamente, pediátrica semanalmente y de determinados colirios: suero autólogo, fenilefrina y cisteamina). Se definió un nivel de alerta, el cual si es superado da lugar a un seguimiento reforzado del proceso, y un nivel de acción, que si se supera daría lugar a una intervención inmediata.

RESULTADOS: Se tomaron 594 muestras de sedimentación de las campanas de flujo laminar, tanto de nutrición parenteral como de citostáticos. En ningún caso se superó el umbral de nivel de acción (≥ 3 UFC/placa/4 horas para bacterias y ≥ 1 UFC/placa/4 horas para hongos). En 24 de estas muestras (4%) se llegó al nivel de alerta (0-3 UFC/placa/4 horas para bacterias). Los microorganismos encontrados fueron *Staphylococcus coagulasa* negativo (58%), *Micrococcus* (21%) y *Bacillus* (21%).

Se recogieron 238 muestras de guantes. No se superó en ninguna de ellas el umbral de acción (> 5 UFC/placa para bacterias y ≥ 1 UFC/placa para hongos). En 29 muestras (12%) se superó el umbral de alerta (0-5 UFC/placa), encontrándose en el 52% *Bacillus*, 38% *Staphylococcus coagulasa* negativo y 10% *Micrococcus*.

Se tomaron 555 muestras de producto final, incluyendo nutriciones parenterales de adultos, nutriciones de niños y colirios. Para este tipo de muestras no existe nivel de alerta, ya que la presencia de 1 UFC/placa tanto de bacteria como de hongo se consideraría nivel de acción. En ninguna de las muestras se detectó crecimiento microbiológico. El control ambiental del aire fue siempre negativo.

CONCLUSIONES: El control microbiológico estos dos años ha demostrado un correcto funcionamiento del área estéril del servicio de farmacia, ya que en ningún caso se han superado los niveles de acción establecidos.

En los casos en los que se alcanzó el nivel de alerta se tomaron medidas correctoras y de formación del personal, tales como recambio más frecuente de guantes y limpieza exhaustiva del área.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

841. DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ¿FICCIÓN O REALIDAD?

AUTORES: Bonaga Serrano B, Aldaz Francés R, Ruiz-Escribano Taravilla E, Garrigues Sebastián MR, López Sánchez I, Rojano Ibáñez V.

Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Calle de Hermanos Falco 37. Albacete. España

OBJETIVOS: El delirium en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa una forma aguda de disfunción orgánica caracterizada por alteración en la cognición y nivel de conciencia que tiende a fluctuar a lo largo del día. La incidencia variable junto con las consecuencias nefastas que conlleva obligan a una pronta detección. Una de las herramientas validadas para tal efecto es la "Confusion Assessment Method for the ICU" (CAM-ICU). El objetivo

del presente trabajo es determinar la incidencia de delirium así como la prevalencia de los factores de riesgo (FR) asociados a su aparición.

%MATERIAL Y MÉTODOS: %Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados en la UCI desde Octubre de 2014 a Enero de 2015. Las variables recogidas fueron: género, fecha de nacimiento, tipo de paciente, fecha de ingreso y alta, puntuación APACHE II, necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMINV) y exitus. Los FR evaluados fueron: historia de hipertensión, historia de alcoholismo, demencia, severidad de la enfermedad al ingreso y presencia de coma. Con el fin de detectar un estado de delirium en el paciente, se anotó el resultado obtenido tras aplicar la CAM-ICU tres veces al día. Además, se registró la actitud (farmacológica o no farmacológica (NF)) adoptada. Para ello, se consultó diariamente la historia clínica electrónica (Mambrino XXI®).

RESULTADOS: %Se incluyeron un total de 144 pacientes, de los cuales el 58,3% eran hombres siendo la media de edad 65 años. Un 74,7% eran pacientes médicos, 18,7% quirúrgicos y un 5,6% coronarios. La mediana de estancia hospitalaria en la Unidad fue de 5 días. La mediana obtenida en la puntuación APACHE II fue de 14 puntos. El 53,6% de los pacientes estuvieron sometidos a VMINV y un total de 12,5 % fueron exitus. En nuestra muestra, la prevalencia de FR asociados a delirium fue: un 80,0% padecía historia de hipertensión, un 15,2% historia de alcoholismo, un 4,0% demencia previa, un 9,2% severidad de la enfermedad en el momento del ingreso, y un 83,2% presentó coma.

En cuanto a la incidencia de delirium a lo largo del ingreso en UCI, un 27,2% de pacientes presentaron tal condición. La medida adoptada para tratar la patología requirió en el 90,0% de los casos inicio de tratamiento farmacológico, siendo los fármacos más utilizados: haloperidol (65,2%), propofol (17,4%), dexmedetomidina (4,4%), midazolam y clonidina (4,4%). En el 10,0% restante de situaciones, el delirium revirtió con medidas NF, destacando la reorientación y el control del dolor.

%CONCLUSIONES: %La prevención de aparición de delirium es un elemento clave dentro del cuidado integral del paciente crítico. Tras nuestra experiencia, el hecho de conocer la incidencia de delirium así como determinar los FR en cada paciente, nos permitió diseñar una estrategia individualizada de tratamiento combinado de la patología. Aunque la implementación de las medidas NF ha sido alta, la mayoría de las situaciones de delirium requirieron prescripción farmacológica para la resolución del delirium. Para estudiar la asociación existente entre esta patología y los factores de riesgo asociados, es necesario aumentar el tamaño muestral y proseguir el estudio.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

820. DIFERENCIAS EN LAS ESTIMACIONES DE LA FUNCIÓN RENAL PARA LA DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Baronet Jordana G, Nevot Blanc M, Marcos Pascua P, Sanmartin Suñe M, Garcia Penalva M, Altimiras Ruiz J. Idc Hospital General De Catalunya. C/Pedro I Pons. Barcelona. España

OBJETIVO: 1.-Comparar los distintos métodos para calcular la función renal a partir de los valores de creatinina sérica, peso, edad, talla.

2.- Elegir el método más adecuado para ajustar la dosis de los fármacos según la función renal

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro centro en el proceso de validación de la prescripción electrónica se sugiere al prescriptor la dosificación según la función renal del paciente. Existen distintos métodos para calcular el estado de la FR mediante parámetros de laboratorio como la determinación de la urea, creatinina y aclaramiento de creatinina a partir de la fórmula Cockcroft-Gault, o mediante la tasa de filtrado glomerular, que refleja de manera más precisa el estado de la FR, teniendo en cuenta factores como la edad, sexo, etnia y peso, obtenido a partir de los estudios MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) y CDK-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

Estudio observacional prospectivo de 2 meses duración, en pacientes ingresados en un hospital terciario de 300 camas, con valores de creatinina sérica superiores 1. Se calculó el aclaramiento de creatinina y filtrado glomerular.

La estimación del aclaramiento de creatinina se realizó utilizando la aplicación del sistema informático de prescripción electrónica que permite actualizar la función renal con los parámetros edad, talla, peso y creatinina. Se aplica la fórmula de Cockcroft-Gault.

El filtrado glomerular estimado se obtiene: mediante el uso de la Calculadora de la función renal de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) "on line", según metodología de los estudios MDRD y CDK-EPI, y con los parámetros creatinina sérica, edad, sexo y raza

RESULTADOS: Se incluyeron 149 pacientes: 110 hombres(73,82%), 39 mujeres(26,17%)

Los resultados aplicando la fórmula Cockcroft-Gault fueron: aclaramiento creatinina: >50ml/min: 54 pacientes; 30-50ml/min: 48 pacientes;

Según CDK-EPI: FGe ≥ 90 ml/min: 1paciente; FGe 60-89ml/min: 51pacientes; FGe 30-59ml/min: 68pacientes; FGe 15-29ml/min: 25pacientes; FGe

Según MDRD: FGe ≥ 90 ml/min: 1paciente; FGe 60-89ml/min: 45pacientes; FGe 30-59ml/min: 75pacientes; FGe 15-29ml/min: 24pacientes; FGe

Los valores de la FGe obtenidos por el método CDK-EPI y MDRD, fueron muy similares

El (94,9%) fueron más elevados que con el cálculo de aclaramiento de creatinina. Sólo en 5,1% de los casos fueron valores inferiores que correspondieron a sexo femenino.

Valores de la FGe < 30 ml/min fueron inferiores según el método CDK-EPI (28 casos) y MDRD (29 casos), respecto a los obtenidos por Cockcroft-Gault (47 casos). Valor de referencia en los ajustes de dosificación de fármacos.

CONCLUSIONES: 1.-Los 3 métodos comparados proporcionan resultados discrepantes para el ajuste de las dosis de medicamentos

2.-La creatinina sérica no debería utilizarse como único parámetro para el estudio de la función renal. El FGe es mejor herramienta para evaluar la función renal. Su valor permite clasificar los estadios de la función renal (1-5) , y ajustar la dosis de los fármacos con mayor precisión.

3- Se propone a la Comisión de Farmacia y Terapéutica, y al Servicio de Nefrología, utilizar el método CDK-EPI para determinar la FG.y la elaboración de un protocolo

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

48. EL MAPA DE RIEGOS COMO HERRAMIENTA EN SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

AUTORES: Urrutia Garcia S, Sainz De Vicuña Bravo L, Ulibarrena Sainz Ma, Aguirre Zubillaga Im, Oleaga Goya Fj, Paz Pailhez A.

Clínica Ercilla (Mutualia). Ercilla 10. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Utilizar el mapa de riesgos de la organización para encontrar los riesgos relacionados con el medicamento y establecer barreras para minimizarlos.

MATERIAL Y METODOS: En nuestra organización trabajamos formalmente en seguridad de pacientes desde 2008 y, desde el año 2013, estamos certificados por la norma UNE 179003 «Gestión de riesgos para la seguridad de pacientes». En 2012, como parte de las medidas implantadas para adecuarnos a esta norma, se definió el mapa de riesgos de seguridad de pacientes identificando 233 riesgos, 23 de ellos directamente relacionados con la medicación. Se elaboró un plan de tratamiento de riesgos por servicio para dar respuesta a los considerados no aceptables (los riesgos altos y extremos) y se pusieron en marcha diferentes estrategias para intentar evitarlos o por lo menos minimizarlos (guías, instrucciones, protocolos). Se realizaron dos revisiones posteriores del mapa de riesgos reevaluando los riesgos y se incluyeron riesgos relacionados con equipos y materiales tras una no conformidad detectada en la auditoria de AENOR , pasando por ello los riesgos a ser 252, 28 de ellos relacionados con la medicación.

RESULTADOS: Tras la primera revisión en enero de 2014 los riesgos altos y extremos eran 78 y se redujeron a 64 en la revisión 2 en febrero de 2015. Los riesgos no aceptables disminuyeron considerablemente, de 42 a 18. En el ámbito de las estrategias relacionadas con la medicación los riesgos detectados pasaron de 23 a 28 (lo cual es positivo, ya que nos interesa que los riesgos afloren para poder tratarlos) pero los riesgos extremos se redujeron de 6 a 2, lo cual refleja el éxito de las estrategias implantadas. En este período de tiempo se han elaborado o revisado 4 instrucciones, 20 documentos, 3 estrategias y 5 guías directamente relacionados con el uso del medicamento, además de una herramienta de prescripción de recetas en el programa de la historia clínica.

CONCLUSIONES: La elaboración de un mapa de riesgos de seguridad de pacientes es una herramienta útil para identificar los riesgos relacionados con la medicación. Nos ha permitido mejorar su gestión implantando nuevas barreras para evitar que los riesgos lleguen a materializarse y asegurando que las barreras con las que ya contamos son las adecuadas para minimizar dichos riesgos.

Ha sido la base para la elaboración de los Planes de Tratamiento de Riesgos y de diferentes instrucciones, documentos y guías, que han sido eficaces, dado que han contribuido a reducir los riesgos no aceptables consiguiendo mejorar la seguridad de la organización y por tanto de nuestros pacientes.

Estos resultados no habrían sido posibles sin la implicación de todo el personal que ha trabajado tanto en la elaboración del mapa de riesgos como en las diferentes comisiones en las que se elaboran las instrucciones, documentos y demás estrategias.

976. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES

AUTORES: Ferris Villanuev E, García Simón Ms, Chica Marchal Am, Fernández Ávila Jj, García Lagunar H, Gutierrez Cívicos Mdr.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Mezquita S/N Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVO: Elaboración de una guía de fármacos fotosensibles incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) de un hospital de tercer nivel asistencial, identificando aquellos medicamentos que requieren protegerse de la luz durante su almacenamiento y/o conservación, destinada al personal sanitario, fundamentalmente personal de enfermería, con el objetivo de conocer las condiciones de conservación de éstos medicamentos y disminuir los errores antes de su administración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la elaboración de la guía, se diseñó una base de datos con todos aquellos medicamentos intravenosos ordenados alfabéticamente por marca comercial (MC) incluidos en la GFT de nuestro hospital y se recogieron los siguientes datos: principio activo (PA), laboratorio fabricante, recomendaciones según ficha técnica sobre su almacenamiento y recomendaciones específicas una vez reconstituido el fármaco.

Para cada principio activo se realizó una búsqueda bibliográfica de información basada en otras guías publicadas por otros hospitales, fichas técnicas de medicamentos/prospectos, base de datos de medicamentos [BOT plusR, Micro-medex] y consultas a departamentos técnicos de laboratorios farmacéuticos.

En caso de disparidad de información se seleccionó la guía de mayor peso científico, más reciente y aquella en la que los autores hayan realizado pruebas empíricas. En caso de no haberse encontrado información o aparecer de manera ambigua en la ficha técnica se solicitó directamente al laboratorio comercializador. Como anexo a la información recopilada se elaboró una introducción con recomendaciones generales en el almacenamiento de fármacos.

RESULTADOS: Se recopiló información de dos guías de fármacos fotosensibles, dos bases de datos electrónicas, 234 fichas técnicas y 8 consultas a laboratorios, elaborándose una guía con 351 medicamentos de administración parenteral de las 1954 especialidades incluidas en GFT.

En función a la conservación del medicamento se registraron los siguientes **RESULTADOS:** 1) 177 medicamentos (110 PA) deben conservarse y almacenarse protegidos de la luz. En el 42.3% de los medicamentos incluidos en este grupo se establecen además una de las siguientes recomendaciones específicas en cuanto a la estabilidad una vez disuelto: proteger de la luz (estabilidad a la luz 4 horas, se degrada > 20%), proteger de la luz (estabilidad 24 horas), proteger de la luz y administrar inmediatamente una vez reconstituido.

2) 174 medicamentos (124 PA) no tienen que conservarse ni almacenarse protegidos de la luz.

La información se estructuró en forma de fichas de fácil lectura, indexadas por principio activo y nombre comercial para rápida consulta, a disposición del personal sanitario tanto en formato papel como en la intranet del hospital.

CONCLUSIONES: Esta guía fomenta el correcto almacenamiento y conservación de medicamentos fotosensibles, siendo una herramienta útil, sencilla y de fácil manejo para el personal de enfermería.

Este listado ha sido facilitado a las distintas unidades de hospitalización para así poder ser utilizado por enfermeros y médicos, con lo que se espera favorecer así la calidad en la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente.

320. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.

AUTORES: Toro Blanch C, Pérez Plasencia A, Montero Leno AB, Viñas Sagué L, Fuentes Martínez A, Sacrest Güell R. Hospital Universtari Doctor Josep Trueta. Avinguda de França s/n. Girona. España

OBJETIVOS: Elaborar e implantar un protocolo de seguridad para medicamentos de alto riesgo (MAR). Evaluar el grado de implementación del protocolo a los cinco meses post-implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron recomendaciones y protocolos elaborados por las sociedades científicas y entidades públicas, nacionales e internacionales, relacionadas con el uso seguro de los medicamentos. El protocolo fue elaborado por el Grupo de Errores de Medicación del hospital con posterior aprobación por parte del Núcleo de Seguridad del Paciente y de la Comisión de Calidad del centro.

Se definieron las acciones necesarias para asegurar una correcta implantación del protocolo realizando un seguimiento periódico de las mismas. Tras cinco meses, se evaluó el grado de implantación mediante el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos desarrollado por el Instituto para el

Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) utilizando los 15 ítems referentes a los MAR. Los resultados de estos ítems se compararon con los obtenidos en las autoevaluaciones realizadas en 2011 y en 2014.

RESULTADOS: Elaboración e implantación

1. Se identificaron 101 principios activos y 183 especialidades farmacéuticas en la guía farmacoterapéutica del hospital según la actualización del 2014 de la lista de MAR elaborada por el ISMP.
2. Se definieron recomendaciones generales y específicas para la prescripción, validación, dispensación, almacenaje y administración de los MAR.
3. Se estandarizaron las concentraciones de 19 MAR de administración en bomba de perfusión venosa continua.
4. Se identificaron 43 protocolos del hospital que incluían MAR.
5. Se definieron 39 acciones diferentes a llevar a cabo para la correcta implantación del protocolo.
6. Una vez aprobado el protocolo, se hizo difusión a través de la intranet del hospital y se enviaron los listados de los MAR y de la tabla de las concentraciones estandarizadas a las supervisoras de enfermería.
7. Se revisaron los botiquines de las unidades de hospitalización identificando los MAR mediante un símbolo rojo [AR] y restringiendo el número de especialidades disponibles.

Evaluación del grado de implantación

A los cinco meses post-implantación, se evaluó el estado de las 39 acciones propuestas. El 43'6% (17) de las acciones estaban implantadas y el 25'6% (10) estaban en curso. El 30'7% (12) restante estaban pendientes debido principalmente a la falta de recursos económicos e informáticos.

Asimismo, la puntuación obtenida a los cinco meses en los ítems relacionados con los MAR del cuestionario ISMP fue 44'8% (43/96) siendo superior a los resultados previos del 2014 (37'2%) y del 2011 (31'2%). Se observó una mejora superior entre los resultados del 2014 y 2015, coincidiendo con los tiempos pre y post implantación del protocolo, que entre 2011 y 2014 a pesar de haber transcurrido un período de tres años.

CONCLUSIONES: La elaboración de este protocolo ha permitido identificar los MAR y consensuar unas recomendaciones generales y específicas para el uso de estos fármacos. Los resultados obtenidos muestran que la estrategia de implantación ha sido efectiva, siendo necesario continuar trabajando en algunos aspectos concretos para la implantación total.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

73. ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE SALBUTAMOL NEBULIZADO EN MEDICINA INTERNA

AUTORES: Arribas Diaz B, Soria Soto M, Sánchez Mulero Mc, Rizo Cerdá Ám, Sánchez Martínez I, Béjar Riquelme N. Hospital General Universitario Morales Meseguer. C/ Marques De Los Velez Sn. Murcia. España

OBJETIVOS: Conocer los errores en la prescripción de salbutamol para nebulización, asociados o no a un reciente cambio de presentación en el hospital, y determinar si la intervención farmacéutica en un servicio de Medicina Interna (MI) supone una disminución de éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS: La presentación inicial fue de frascos multidosis de 5mg/ml en 10ml, de los que se cargaba en una jeringa la dosis de 2,5-5mg (0,5-1ml) y se cambió por a ampollas con la dosis mínima eficaz de 2,5mg/2,5ml para usar 1-2 ampollas cada administración sin necesidad de cargar la dosis con jeringuilla.

Durante el cambio de presentación se repartieron hojas informativas a todos los Servicios para dar a conocer las diferencias entre ambas presentaciones.

Varios meses después del cambio de presentación y antes de la integración del farmacéutico en el Servicio de MI y se realizó una primera cohorte en la que se obtuvo un listado de todas las prescripciones de salbutamol ampollas para nebulizar en el hospital un día de invierno escogido al azar.

Los datos (paciente, servicio clínico, pauta, dosis y si era correcta o no) de todas las prescripciones de salbutamol se obtuvieron del aplicativo Savac® y se registraron en una tabla tipo Excell®.

Se consideró correcta: 1-2 ampollas, 2,5-5mg o 2,5-5ml e incorrectas: media ampolla, 1,25mg o cualquier otra dosis. Durante un mes de rotación del farmacéutico residente en dicho servicio se llevaron a cabo acciones para la disminuir del error por medio de contacto directo con los prescriptores y enfermeros, así como por escrito mediante hojas informativas, distribución de carteles en la planta y envío de notas informativas desde farmacia, donde se recordaba la mínima dosis eficaz y se recomendaba la prescripción en mg.

Tras esta intervención se realizó una segunda cohorte en la que se revisaron y se registraron los mismos parámetros.

RESULTADOS: En la primera cohorte se encontraron 36 pacientes con salbutamol, siendo 22 prescripciones de MI de las que 19 (86,4%) presentaban como error la infradosificación por el empleo de 1,25mg.

La cohorte post-intervención fue de 42 pacientes siendo 18 MI y de éstos 6 prescripciones fueron erróneas: media ampolla (22,2%) y 1,25mg (11,1%).

CONCLUSIONES: Se detecta una infradosificación generalizada de salbutamol, medicamento ampliamente utilizado. La intervención farmacéutica disminuye el número de prescripciones con errores posológicos de salbutamol nebulizado en medicina interna.

Otros servicios que usan salbutamol nebulizado podrían disminuir la tasa de errores de prescripción de salbutamol con la integración de un farmacéutico en su equipo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

426. ESTANDARIZACIÓN DE LAS INFUSIONES ENDOVENOSAS CONTINUAS DE FÁRMACOS DE ALTO RIESGO

AUTORES: Alba Aranda G, Serdà Sanchez S.

Consorti Sanitari Del Garraf. Ronda Sant Camil S/N. Barcelona. España

OBJETIVO: Estandarizar la prescripción, preparación y administración de las infusiones endovenosas continuas de medicamentos de alto riesgo para evitar errores de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se formó un grupo de trabajo con representantes de UCI, urgencias, área médica, enfermería y farmacia.

Inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados sobre este tema por otros centros. Se marcaron los siguientes

OBJETIVOS: 1. Consensuar la concentración y volumen de las infusiones endovenosas continuas de medicamentos de alto riesgo utilizadas en todos los servicios del hospital. Se realizó una tabla donde se especificó como preparar la dilución y las velocidades iniciales más habituales siempre siguiendo las recomendaciones de la ISMP: limitar las concentraciones y evitar las confusiones de fármacos con nombres similares utilizando el sistema de letras mayúsculas resaltadas.

2. Consensuar la prescripción en el programa de prescripción electrónica mediante protocolos

3. Consensuar la identificación de las preparaciones. Se diseñaron etiquetas estandarizadas para este tipo de diluciones con el nombre del fármaco, su concentración y velocidad de administración.

4. Consensuar la administración de estos fármacos en el programa informático

Una vez alcanzados estos objetivos se hizo la difusión de la información a todos los médicos y enfermeras del hospital mediante:

- Póster
- Sesiones
- Tríptico de bolsillo
- Tutorial en la intranet del hospital

Dos meses después de la difusión se evaluó la implantación de estas medidas mediante observación directa de todas las infusiones continuas durante dos días consecutivos.

RESULTADOS: Después de la estandarización de la prescripción, preparación y administración de las infusiones continuas de medicamentos de alto riesgo el 100 % de las infusiones prescritas lo estaban mediante protocolo siguiendo las recomendaciones consensuadas.

El 100 % de las preparaciones estaban etiquetadas correctamente, en UCI no se pudo valorar ya que se decidió no registrar la velocidad de la infusión en la etiqueta por haber múltiples cambios.

CONCLUSIONES: La metodología de trabajo utilizada y la adecuada difusión de la información han permitido una correcta implantación de la estandarización de las infusiones continuas de medicamentos de alto riesgo. Estas medidas son necesarias para evitar errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

273. ESTUDIO PILOTO PARA LA DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DE OBSERVACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Plasencia Garcia I, Montero Delgado A, Ocaña Gomez Ma, Suarez Gonzalez M, Otazo Perez S, Merino Alonso J.

Hospital Ntra. Sra. Candelaria. Ctra. Del Rosario, S/N. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: Obtener una tasa de errores de medicación(EM) mediante la técnica de observación siguiendo la metodología del Proyecto EMOPEM (Estudio Multicéntrico para la detección de Errores de Medicación) y, en base a los resultados obtenidos, establecer medidas correctoras que aumenten la seguridad, estableciendo los puntos críticos en el proceso de utilización de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó el método por observación de Barker y McConnell modificado por no ser disimulado y además de la administración, tener en cuenta la validación en farmacia y la orden médica original, de forma que se analizará el circuito completo de utilización de medicamentos.

Los pasos a seguir fueron:

- Inclusión del centro en proyecto EMOPEM del GEPEM de la SEFH.
- Presentación en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos(UFGR) y del CEIC para su aprobación.
- Establecer un cronograma de trabajo distribuido por turnos de enfermería y días de la semana incluyendo laborables y festivos. Se eligieron cuatro plantas de hospitalización representativas de un hospital general (Medicina Interna, Ginecología, Traumatología y Cirugía General y Digestiva)
- Coordinación con Subdirección de Enfermería del Área de Hospitalización para informar del cronograma a seguir e informar a los Supervisores y personal de enfermería.
- Recogida de datos (una administración equivale a una observación) por personal del Servicio de Farmacia durante el período de estudio del 04-15 de diciembre 2014.
- Revisión por la coordinadora del estudio.
- Introducción en la Base de datos nacional.
- Análisis de los datos y presentación en la UFGR

RESULTADOS: Participaron en la recogida de datos diez farmacéuticos (tres adjuntos y siete residentes)

Se recogieron 306 observaciones, 201(65,7%) con error (teniendo en cuenta horario e información al paciente). Sin tener en cuenta horario(61,8%), sin tener en cuenta información al paciente(24,51%) y sin tener en cuenta ambos(21%). Los grupos de edad donde tuvo lugar errores con mayor frecuencia fue de 51-80 años(43%). Por tipo de error: información al paciente(51%) y omisión(11,4%). El resto de errores fue < 5%. Sin tener en cuenta el número de errores por falta de información, la distribución fue la siguiente: omisión(38%), error de hora(16%), velocidad administración incorrecta (12%), dosis incorrecta por exceso, omisión de registro y preparación errónea en planta (8%), vía administración errónea, error de prescripción y medicamento no prescrito (3%), incumplimiento del paciente(2%), dosis incorrecta por defecto y preparación incorrecta en Farmacia(1%). En cuanto a las consecuencias para el paciente: circunstancias que pueden dar lugar a error(66%), llega el error sin lesión(28%), precisa observación(4%), no llega al paciente(2%). Se analizaron los errores de omisión de manera que no hubo diferencias por turno, pero los grupos terapéuticos implicados fueron analgésicos y del sistema respiratorio (nebulizaciones).

CONCLUSIONES: Excelente colaboración de todo el personal de enfermería.

Es necesario implicar al personal de enfermería en la información al paciente.

Cabe destacar el elevado porcentaje de errores de omisión, teniendo en cuenta que se dispone de historia clínica electrónica. Al respecto se están valorando diferentes acciones correctoras (uso de tablets, doble revisión...)

Los EM más frecuentes relacionados con una incorrecta administración se presentarán en sesiones clínicas formativas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

35. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS PAUTAS DE ACENOCUMAROL/WARFARINA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES: Miarons Font M, García Sánchez V, Moreno Gil Q, Camps Ferrer M, Agustí Maragall C, Campins Bernadas L. Hospital de Mataró. C/Cirera s/n. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN: Acenocumarol/Warfarina junto con heparina de bajo peso molecular (HBPM)/Heparina sódica como medicamentos de alto riesgo (establecido por el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos) requieren una prescripción clara y concreta para evitar errores en la administración. En nuestro hospital, el servicio de hematología realiza la pauta, pero es el médico responsable quien finalmente prescribe el tratamiento indicado por hematología en el programa de prescripción médica. El objetivo de este estudio ha sido analizar desde farmacia las discrepancias entre las pautas realizadas por hematología y las prescritas por el médico antes y después de la intervención del farmacéutico especialista.

MÉTODO: Se ha desarrollado un estudio antes-después, prospectivo de 5 meses de duración. Un primer análisis de enero a marzo del 2015 y otro, tras la intervención farmacéutica, de marzo a mayo del 2015. Durante este periodo se evaluaron todas las pautas realizadas por el servicio de hematología, así como la prescrita por el médico responsable, tanto de acenocumarol como de warfarina con o sin la prescripción concomitante de HBPM o heparina sódica, de todos los pacientes ingresados. Siempre que existió alguna discrepancia entre las dos pautas, se contactó con el médico responsable o hematólogo.

La intervención farmacéutica consistió en la introducción de un acceso directo a la pauta hematológica de cada paciente desde el programa de prescripción médica, así como la identificación a partir de una alarma informática desde la historia médica informatizada. Asimismo se realizó una formación de los profesionales médicos y una difusión de los resultados del primer periodo.

RESULTADOS: Datos demográficos del primer análisis: 55% eran hombres y la edad media fue de 75 años. En el segundo análisis: 53% fueron hombres y la edad media fue de 77 años. Se revisaron un total de 435 pautas: 242 en el primer análisis y 193 en el segundo, siendo respectivamente 61 (25,2%) y 38 (19,7%) las pautas susceptibles de error. Antes de la intervención farmacéutica, un 51% (31) de las pautas no fueron coincidentes con la prescripción médica electrónica, y después de la intervención un 26% (10), reduciéndose los errores cometidos en un 50% con una $p=0,016$. En ambos casos, los cambios justificados (por reducción de dosis o suspensión de la HBPM por empeoramiento de la función renal) y no contabilizados como error, fueron de un 27%. En ninguno de los casos el error llegó al paciente gracias a la intervención farmacéutica.

CONCLUSIONES: La validación e intervenciones farmacéuticas en las pautas de Acenocumarol/warfarina con HBPM/ Heparina sódica, así como facilitar el acceso a éstas por parte de los profesionales, son fundamentales para ofrecer seguridad a los pacientes tratados con estos medicamentos de algo riesgo. A partir de estos resultados se implementó la validación diaria por parte del farmacéutico especialista de todas las pautas de acenocumarol/warfarina realizadas a los pacientes ingresados en nuestro centro.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

792. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA REACTIVACIÓN DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

AUTORES: Orviz Suarez Mt, Alcalá Sanz A, Cabello Muriel A, Perez Prior N, Shalibi Benavent Mj.

Hospital Torreveja. Ctra. Torreveja-San Miguel. Cv-95, S/N. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de la profilaxis y vacunación recomendada por la European Association for the study of the liver (EASL) del 2012 en pacientes con serología positiva del virus de hepatitis B (VHB) previa al tratamiento con anti-TNF.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo en que se revisaron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con anti-TNF (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab e infliximab) en los servicios de reumatología y digestivo durante 2014. Los datos de inicio de tratamiento, tipo de solicitudes de serología para VHB (Ag de superficie, Ac de superficie y core) y si se ha realizado vacunación frente a VHB se obtuvieron del programa de gestión clínica FLORENCE® y del registro nominal de vacunas en el programa ABUCASIS®.

RESULTADOS: 42 pacientes iniciaron tratamiento con un anti-TNF en reumatología y 11 pacientes en digestivo.

Todos los pacientes de Reumatología fueron sometidos a un cribado serológico. De los 42 pacientes, 32 HBsAg resultaron serológicamente negativo (requieren vacunación), 7 presentaron un Anti-HBs > 10 UI/l (protegidos) y 3 presentaron el Anti-HBc positivo (HB pasada). De los 32 pacientes que requerirían vacunación, 8 no fueron vacunados. Los 3 pacientes que presentaron Anti HBc positivo se les determinó también la carga viral (CV) y en todos fue indetectable (no necesitan tratamiento) pero sí seguimiento de la CV que no se ha realizado. 36 pacientes fueron remitidos al Servicio de Medicina Preventiva para su seguimiento vacunal.

Los 11 pacientes de Medicina Digestiva, 9 fueron sometidos a un cribado serológico de HB completo (Ac y Ag HB), 1 solo se le hizo la determinación de HBsAg que resultó negativa y 1 paciente no tiene estudio. 4 pacientes presentaban Anti HBs > 10 UI/l, el resto, 9, tenía que ser vacunado o valorado para la vacunación. Ninguno de esos pacientes fue vacunado. Destaca también que ningún paciente fue remitido al Servicio de Medicina Preventiva.

CONCLUSIONES: El 30% de los pacientes que iniciaron tratamiento con anti-TNF no fueron vacunados a pesar de tener un resultado serológico negativo, lo que pone de manifiesto la conveniencia de mejorar el circuito de atención de estos pacientes entre los servicios prescriptores, medicina preventiva y farmacia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

112. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN SERVICIOS PEDIÁTRICOS

AUTORES: Ibarrola Izquierdo I, Domínguez Menéndez Ja, Llona Armada A, Balzola Regout B, Mendarte Barrenechea Lm, Yurrebaso Ibarreche Mj.

Hospital Universitario Basurto. Avda. De Montevideo, 18. Vizcaya. España

A pesar de tener la prescripción electrónica implantada desde 2010, exceptuando la Unidad de Neonatología, se siguen detectando errores de prescripción asociados a un uso incorrecto de la aplicación. Un Servicio al que se debe prestar especial atención por motivos obvios es el de Pediatría (dosis y presentaciones de medicamentos, programa de prescripción no específico...). Cabe destacar, además, que nuestro centro es un Hospital Universitario con una alta rotación de residentes.

OBJETIVO: Cuantificar y analizar los potenciales errores asociados a la prescripción inadecuada de los medicamentos en servicios pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 90 días de duración en un hospital terciario con prescripción electrónica (eOsabide). Se seleccionaron los pacientes en el momento del ingreso de manera aleatoria, cuantificando y evaluando el total de líneas de prescripción.

RESULTADOS: Se registró la medicación de 71 pacientes (206 prescripciones). En 39 de ellos (55%) no se indicó el peso en el apartado correspondiente del sistema de prescripción, aunque sí en los evolutivos.

Se detectaron un total de 39 errores de prescripción (17% prescripciones). Según clasificación ISMP: 10 medicamento erróneo (8 presentaciones no pediátricas y 2 no indicación en pediatría), 6 dosis incorrecta (5 por exceso y 1 por defecto), 19 hora de administración incorrecta, 1 vía de administración incorrecta (adrenalina intravenosa en lugar de nebulizada), 3 otros (prescripción en observaciones en lugar del apartado correspondiente).

Clasificados por Servicio: 3/51 (5,9% prescripciones) en unidades generales de hospitalización pediátricas, 9/17 (41,2%) en Reanimación Pediátrica, 1/48 (2,1%) en Urgencias Pediátricas, 0/5 en Cirugía General, 12/36 (27,8%) en Traumatología, 1/6 (16,7%) en Urología, y 13/43 (30,2%) en Otorrinolaringología.

16 de los 19 errores relacionados con la hora de administración fueron causados por la prescripción incorrecta de sueros, asignando la hora de inicio por defecto del programa para pautas de c/24h (las 20:00h). El 89% del total de sueros fueron pautados incorrectamente por dicho motivo. Dichos errores fueron prácticamente la totalidad de los contabilizados en Reanimación y Otorrinolaringología. El alto porcentaje de error observado en Traumatología fue debido a la selección de la presentación de paracetamol intravenosa no pediátrica.

La vía de administración incorrecta seleccionada para adrenalina inhalada se detectó en 1 de las 12 pautadas (8,33%). Además durante el estudio se observó un uso generalizado de dosis de metamizol por encima de lo recomendado, que finalmente no se tuvo en cuenta como error por aporte de bibliografía desde el Servicio de Pediatría.

CONCLUSIONES: Los sistemas de prescripción electrónica aumentan la seguridad en la prescripción, dispensación y administración de la medicación. Sin embargo, un uso incorrecto del sistema por desconocimiento del mismo puede generar nuevos errores. Es necesaria por tanto una formación continuada sobre el programa de prescripción.

Debido a las incidencias detectadas se difundieron al Servicio de Pediatría unas recomendaciones para asegurar una correcta prescripción de la sueroterapia y se sugirió la creación de una mezcla predefinida para la adrenalina nebulizada, dada la potencial gravedad del error detectado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

867. EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Martín Rizo L, Mateo Cotera A, Gómez Espárrago M, Barrera Martin-Merás A, Fernández Lisón Lc, Gómez Gonzalez Mdc.

Hospital San Pedro De Alcántara. Avenida Pablo Naranjo S/N. Cáceres. España

OBJETIVO: Conocer cómo se manejan los aspectos clave de la Conciliación de la Medicación en el hospital para determinar los puntos de mejora y desarrollar un proyecto de actuación.

MATERIAL Y MÉTODO: Basados en los puntos relacionados con la conciliación de la medicación del cuestionario sobre la seguridad en el sistema de utilización de medicamentos en los hospitales y teniendo como referencia la encuesta del ISMP, los servicios de Calidad y Farmacia elaboramos una encuesta con 24 preguntas de respuesta múltiple que cubría los ámbitos de la conciliación: Ingreso, hospitalización (prescripción, dispensación, administración y traslado) y alta. Dejamos un espacio para comentarios en cada pregunta.

La encuesta se realizó mediante entrevista personal a los responsables de los servicios tanto médico como de enfermería o, en su lugar, a médicos o enfermeras con experiencia en la planta de hospitalización.

El análisis de los resultados se hizo agrupando las preguntas en bloques similares: Quién es el encargado de la conciliación, del registro de datos, de la prescripción, dispensación y administración de la medicación, cómo es la comunicación con farmacia y cómo se informa al paciente durante la estancia hospitalaria y al alta.

RESULTADOS: Se analizaron quince servicios médicos y once unidades de enfermería realizando 26 encuestas. En la pregunta de quién es el encargado del tratamiento al ingreso, el 50% dijo que enfermería, 38% médicos y 12% ambos. Sobre el registro de comorbilidades, un 55% se registra en el documento de urgencias y un 27% en los cuidados de enfermería, mayoritariamente. Las alergias e intolerancias se registran en urgencias (40%), en las notas de tratamiento (27,50%) o en los cuidados de enfermería (20%). El 85% tiene dispensación en dosis unitaria y ese mismo porcentaje afirma que prescribe a través del programa informático. Un 58% dice que la medicación es administrada por enfermería; pero el 61% de los encuestados afirma que la medicación crónica se deja en la habitación del paciente. El 62% no informa al paciente sobre la medicación administrada durante el ingreso y, en el informe de alta, el 61% recoge la medicación crónica como "continuar con tratamiento habitual". En cuanto a la comunicación con farmacia, el 100% afirma estar informado sobre el equivalente terapéutico y el 70% está informado sobre la medicación no incluida en guía. Sin embargo, el 80% no informa a farmacia sobre la medicación cogida del botiquín ni de los fármacos que se administran en sustitución de los equivalentes terapéuticos.

CONCLUSIONES: Según los resultados, se aprecian puntos débiles en la conciliación de la medicación, sobre todo a nivel de la comunicación entre los profesionales y el paciente. Sería necesario consensuar un protocolo de actuación para que todas las unidades trabajen y registren la información de la misma manera y realizar formación entre los profesionales para concienciar de la importancia de un programa de conciliación de la medicación que ayude a mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1154. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS TRATADOS CON LINEZOLID ORAL. PLANTEAMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ALERTA Y SEGUIMIENTO

AUTORES: Aguilar Del Valle E, Sánchez Yañez E, Dani Ben Abdel-Lah L, Mora Santiago R, Fernández Ovies Jm. Hospital Universitario Virgen De La Victoria. Campus Teatinos S/N. Málaga. España

OBJETIVOS: Es conocida la aparición de mielotoxicidad asociada al tratamiento con linezolid. El riesgo de desarrollar anemia, leucopenia, pancitopenia o trombopenia parece relacionarse con la duración del tratamiento, especialmente cuando se prolonga más de 14 días. En el compromiso por la seguridad en el uso de medicamentos, se plantearon como objetivos determinar la incidencia en nuestro centro de alteraciones en el hemograma relacionadas con la administración de linezolid de forma ambulatoria; y valorar la necesidad de instauración de un protocolo de alerta y seguimiento en pacientes con esta antibioterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes en tratamiento con linezolid oral (>14días) durante un ingreso y/o prescrito ambulatoriamente durante el periodo Enero/2014-Abril/2015 (16meses). Los datos se exportaron de los programas de Gestión de Unidosis y Pacientes Externos(Dominion®) y del programa de gestión de analíticas (Servolab®); registrándose como variables de estudio: edad(años), presencia de insuficiencia renal (IR) basal (FG)

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes. Todos ellos recibieron 1200mg/día de linezolid oral. El tiempo medio de tratamiento fue 29días (14-83días). Al 43,3%(n=13) de los pacientes no se le hizo ningún control analítico. En aquellos en los que sí se realizó control analítico, aparecieron alteraciones en el hemograma en el 47,05%(n=8) de los mismos, objetivándose una disminución de plaquetas, leucocitos y hemoglobina en el 29.41%(n=5), 23.51%(n=4), 17.64%(n=3) de los pacientes respectivamente.

Entre los pacientes que tuvieron alteraciones en el hemograma, tres desarrollaron algún grado de toxicidad hematológica: dos pacientes desarrollaron plaquetopenia (grados 2y3) y uno desarrolló leucopenia grado1 y anemia grado2. La media hasta la aparición de toxicidad fue de 12días.

La edad media de los pacientes que no presentaron ninguna y alguna alteración en el hemograma fue de 63años [(44-85años)y(31-85años) respectivamente]. La edad media para los pacientes que presentaron toxicidad hematológica fue 75años (68-81 años).

Dos pacientes presentaban una FG basal

CONCLUSIONES: Se confirma la aparición de trastornos en el hemograma relacionados con la administración de linezolid, siendo el más frecuente la disminución del recuento plaquetario. La aparición de toxicidad ocurrió en pacientes con edad avanzada. No se pudo evaluar la toxicidad hematológica en pacientes con IR basal.

Se decide instaurar un protocolo de seguimiento en pacientes tratados con linezolid oral de forma ambulatoria que establezca: revisar el hemograma en la primera y sucesivas dispensaciones, registrar en la aplicación informática los valores de hemoglobina, plaquetas y recuento leucocitario absoluto, notificando al médico prescriptor cualquier alteración del hemograma para una correcta monitorización y detección de efectos adversos hematológicos. Del mismo modo la ausencia de analítica generará una alerta al prescriptor para que proceda a la monitorización del paciente. Se prestará especial atención a pacientes de edad avanzada y con tratamientos prolongados. La herramienta que se empleará para llevar a cabo estas intervenciones será el módulo de Gestión Pacientes Externos (Dominion®) y la comunicación directa con el clínico prescriptor.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

917. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE FILTRADO EN MEDICAMENTOS INYECTABLES

AUTORES: Ruiz Jiménez Mdm, De La Cruz Murie P, Garrido Corro B, Tomas Luiz A, Almanchel Rivadeneyra M, De La Rubia Nieto Ma.

Hospital Univ. Virgen De La Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: La preparación de medicamentos inyectables en las unidades clínicas de nuestros hospitales presentan diferentes grados de complejidad de preparación y necesidad de conocimientos individuales referente a estabilidad, solvente, concentración, velocidad de administración y requerimientos de filtrado. Nuestro objetivo ha sido la revisión de la necesidad clínica de la filtración de los medicamentos inyectables incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital y con ello mejorar la calidad y seguridad en la cadena de utilización de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda en bases de datos (Medline, librería Cochrane y Embase), metabuscadores (Tripdatabase), y sumarios de evidencia (Uptodate) de las recomendaciones internacionales publicadas hasta el año 2013 sobre la necesidad de filtración de medicamentos inyectables, así como una serie de Guías de diferentes Instituciones elaboradas entre 2010 y 2013, la más actualizada. Además, hemos incluido en esta revisión todos los medicamentos inyectables comercializados en los últimos 5 años. Por último, se realizó una revisión de la información que contienen las fichas técnicas de todos los medicamentos seleccionados contrastándola con la información disponible en Trissel 14th Edition. Únicamente en el caso de tres medicamentos, la información procede de una revisión en Medline.

RESULTADOS: Se han revisado un total de 303 fármacos, de los cuales en el 14,52% de los casos (44 fármacos) es recomendable la filtración durante su preparación y/o administración. Los datos fueron recogidos para su explotación en una tabla Excel con los siguientes campos: principio activo/nombre comercial, clasificación ATC, recomendaciones de filtración en la preparación y/o administración y tipo de filtro, motivo de la necesidad de filtración, observaciones específicas y fuente/s de información.

Según la clasificación ATC, de los 44 fármacos seleccionados, el 16% pertenece al grupo de factores de la coagulación (B02BD), el 11,4% son enzimas (A16AB) y el 7% son citostáticos (L01CD y L01XC). El resto representan porcentajes entre el 4,5% o menores e incluyen, entre otros, los siguientes grupos: inhibidores de la agregación plaquetaria (B01AC), inmunomoduladores (L04AA) y antibióticos (J02AA).

En base a la revisión de todos ellos encontramos que, de los 44 fármacos con recomendaciones de filtración, en un 32% de los mismos (14) no se recoge ninguna información al respecto en su ficha técnica. Finalmente agrupamos en cuatro categorías las razones por las que es recomendable la filtración en el siguiente orden de frecuencia: 34%(15) de los fármacos por causas desconocidas, el 29,5%(13) por presentar inestabilidad fisicoquímica, el 29,5%(13) por presencia de contaminantes y un 9%(4) atribuible a la propia naturaleza del principio activo.

CONCLUSIONES: La filtración permite reducir las complicaciones derivadas de la presencia de contaminantes intrínsecos (presentes antes de su uso) y extrínsecos (generados como consecuencia de la manipulación) de los medicamentos inyectables. La retención mediante filtrado de elementos como vidrio, goma, metal, material cristalino y fibras contribuiría a la prolongación en la duración de los sistemas y el subsecuente ahorro de costes. Es necesario el establecimiento y difusión de procedimientos que incluyan las necesidades de filtrado de estos medicamentos.

1012. EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

AUTORES: León León A, Pampin Sánchez R, Goenaga Ansola A, Pena Villanueva P, Ayastuy Ruiz A, Carbajales Álvarez M.

Hospital de Cabueñes. Calle Los Prados 395. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la estrategia de mejora implantada en el año 2012, para evitar y detectar errores de medicación (EM) vinculados al circuito de preparación de medicamentos citostáticos e introducir, si es preciso, una nueva estrategia correctiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre el 01/01/2012 y el 31/12/2014 se registraron, utilizando el programa OncofarmÒ, las mezclas citostáticas que se elaboraron en el Servicio de Farmacia. Mediante el módulo de calidad de dicho programa se registraron los EM que sucedieron durante la preparación, recogiendo los siguientes datos: paciente, tipo y causa de EM, número de problemas relacionados con el medicamento (PRM), categoría y tipo de PRM, PRM real o potencial, actuaciones farmacéuticas (AF) realizadas y gravedad final del EM/PRM. Para la clasificación de los EM se empleó la metodología IASERÒ. Con el fin de evitar y detectar EM relacionados con las preparaciones, se inició la gestión automatizada de los restos de viales: un método semi-cuantitativo de validación de producto terminado. La hoja de elaboración para cada paciente con las mezclas a elaborar, describe de forma cuantitativa los componentes necesarios para cada preparación, de tal forma, que el programa informático registra las cantidades restantes de cada vial, y propone su reutilización en la siguiente mezcla a elaborar que comparta principio activo. Se estableció un doble chequeo: durante el proceso de elaboración por paciente y al final de la jornada mediante un informe en el que se detalla la relación de fármacos utilizados y los mg/mL de cada unidad restante. De esta manera disponemos de un sistema de detección de EM aplicable a cada preparación y que en caso de aparición de discrepancia con el sistema informático nos permite corregir la preparación o evitar su administración.

RESULTADOS: Se elaboraron 64.971 preparaciones en las que se detectaron 12 EM cometidos en fase de preparación, con una Tasa de Error de 0.02%. Un 67% de los EM se tipificaron como dosis errónea y un 33% como medicamento erróneo/omitido. Todos ellos causados por fallo de memoria/descuidos.

Los EM identificados generaron 12 PRM, de los cuales 6 (50%) tenían categoría de seguridad, 4 (33%) de efectividad, 1 (8%) de indicación y 1 (8%) de adherencia; siendo la distribución en tipos la siguiente: 6 (50%) sobredosificación, 3 (25%) infradosificación, 1 (8%) medicamento inadecuado, 1 (8%) necesidad de tratamiento adicional y 1 (8%) incumplimiento. El 83 % (10) fueron PRM potenciales- no alcanzaron al paciente- y el 17% (2) PRM reales. Se realizaron 14 AF; 12 preventivas, de las cuales un 75% fueron clarificar/corregir preparación-dispensación y un 25% prevenir efectos adversos, y 2 educativas. La gravedad final de los PRM reales fue clasificada como: EM/PRM que provocaron daño reversible que requirió tratamiento adicional.

CONCLUSIONES: La Tasa de Error del estudio ha sido inferior a la publicada. El método semi-cuantitativo permite detectar los EM aunque no consigue evitar que alcancen al paciente. Se debe implantar una estrategia correctiva sobre la existente que garantice la máxima calidad de las preparaciones elaboradas.

961. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR EN EL TURNO DE NOCHE.

AUTORES: Ginés Palomares A, Sánchez Navarro I, Baldominos Utrilla G, Teruel Muñoz C, Bona López C, Luque Infantes R.

Hospital Universitario Príncipe De Asturias. Carretera Alcalá-Meco, Sin Numero. Madrid. España

OBJETIVO: La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) recibe un evento adverso grave por administrar morfina 1% 8ml/h vía epidural en lugar de levobupivacaína 0.25%, con resultado de ingreso en UCI de un paciente previamente hospitalizado. El análisis causa-raíz identifica que al terminarse la solución de levobupivacaína 0.25% por la noche, se solicita préstamo a otra Unidad, entregándosele equivocadamente morfina 1% intravenosa que fue administrada. Como acción de mejora se establece que mientras la Farmacia permanece cerrada en el turno de noche, toda la medicación necesaria será retirada por el Supervisor de Noche. El objetivo es mejorar la seguridad en la disponibilidad de medicación durante el turno de noche mediante:

- 1.- Identificación y mejora los puntos críticos.
- 2.- Actualización de la Normativa de dispensación, en turno de noche con criterios de seguridad.
- 3.- Evaluación del impacto de la nueva Normativa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de un año de duración (mayo 2014-mayo 2015) en tres fases:

Fase I: estudio prospectivo durante siete días, para analizar la idoneidad de la dispensación de noche en Farmacia. En la UFGR por Brainstorming se identifican los puntos críticos.

Fase II: actualizar la normativa de retirada de medicación de Farmacia durante el turno de noche, garantizándose la seguridad en la dispensación según la información obtenida en la fase anterior.

Fase III: estudio prospectivo de once meses de duración una vez difundida la normativa identificando posibles Problemas Relacionados con la Medicación (PRMs).

Recursos materiales: Libro de registro de medicamentos, aplicación Farmatools® de prescripción electrónica, tanto de hospitalización como de urgencias, impreso de comprobación en planta de la medicación dispensada y Omnice-lles®.

RESULTADOS: Fase I: 33 medicamentos retirados (6,6 medicamentos/día), 2/33 días no existe registro de retirada (28,57%), 26/33 (79%) no solicitados por paciente, 12/33 (36.3%) mal registrados.

Fase II: Normativa actualizada con criterios de seguridad, tales como que el personal de planta cumplimentará y entregará al Supervisor de Noche el vale urgente de medicación por paciente, localización de la medicación, registro correcto, validación farmacéutica de la retirada de la medicación resolviendo los PRMs detectados así como otras incidencias.

Fase III: 1411 medicamentos retirados (5 medicamentos/día), 54/335 días no se registra (16,12%), 70/1411(4,96%) no solicitado por paciente, 299/1411 (21,19%) mal registrado.

Los PRM detectados son 974/1411 (69,03%) clasificándose en: pautado no reclamado 474/974 (48,66%), falta vale urgente 239/974 (24,54%), no pautado 169/974 (17,35%), vale mal cumplimentado 49/974 (5,03%), retraso en administración 16/974 (1,64%), no concordancia petición-prescripción 16/974 (1,64%), pautado y reclamado 11/974 (1,13%).

Intervenciones realizadas: reforzar el cumplimiento de normativas, solución de PRMs de prescripción, validación y administración.

CONCLUSIONES: La actualización de la normativa ha implicado una mejora en cuanto al aumento de la solicitud de medicación por paciente lo que ha permitido detectar y resolver PRMs mejorando la seguridad en la farmacoterapia. Ha mejorado el registro administrativo y es preciso cumplir la normativa para obtener una mejora continua, siendo un punto crítico incluir la validación farmacéutica en este proceso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

534. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES CON DEMENCIA Y TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

AUTORES: Castro Campos JI, García Robredo B, Hevia Álvarez E.

Servicio Andaluz De Salud. Avd Constitucion Nº 18. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar la evolución del número de pacientes con medicamentos para la demencia que tienen prescrito un antipsicótico en una comunidad autónoma.

MATERIAL Y METODO.

Estudio descriptivo transversal de utilización de medicamentos.

Periodo de estudio: 2010 - 2014.

A través de la base de datos de facturación de recetas de una comunidad autónoma se identifica el número de pacientes con algún medicamento para la demencia (aquellos a los que se les ha dispensado un fármaco del grupo terapéutico N06D excluido ginkgo biloba) y que a la vez se les haya dispensado fármacos antipsicóticos (N05A excluido sulpirida) al menos durante dos meses consecutivos.

RESULTADOS: Durante el año 2010, se identifican 20.270 pacientes con algún medicamento para la demencia de los cuales el 17.41% son consumidores de antipsicóticos. En el 2014 se identificaron 27.529 pacientes con algún medicamento para la demencia de los que el 20.81% ha consumido antipsicóticos

CONCLUSIONES.

El número de pacientes con medicamentos para la demencia que consumen antipsicóticos de forma concomitante ha aumentado en torno a un 20% entre 2010 y 2014.

Este aumento se produce a pesar de las recomendaciones y criterios de seguridad establecidos en la actualidad. Se considera que puede ser necesarias actividades orientadas a mejorar los tratamientos de estos pacientes.

248. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE CILOSTAZOL EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

AUTORES: Fernández Ferreiro A, Quinteiro Ferreiro S, Vivero Lopez M, Martínez Bahamonde F, Esteban Cartelle H, Lamas Díaz Mj.

COMPLEXO HOSPITALARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. calle da choupana s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: El cilostazol es utilizado habitualmente en el tratamiento de la claudicación intermitente. Múltiples alertas farmacéuticas, han advertido sobre la posibilidad de la aparición de efectos adversos de tipo hemorrágicos y cardiovasculares asociados a su uso. El objetivo principal del presente trabajo es analizar los factores de riesgo asociados al posible desarrollo de reacciones adversas en pacientes a tratamiento con cilostazol.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de tres años de duración en el que se analizan los pacientes mayores de 18 años con claudicación intermitente a tratamiento crónico con cilostazol, que hayan tenido un ingreso vía urgencias. Se han registrado las siguientes variables: sexo, edad, hábitos tóxicos, juicio clínico que motiva el ingreso hospitalario y enfermedades concomitantes. Por otra parte se ha analizado el perfil farmacoterapéutico de los pacientes: número de fármacos antiagregantes en concomitancia con cilostazol, posibles interacciones con su medicación domiciliaria, así como el grado de relevancia de las mismas según el aplicativo Micromedex® [0 (nula), 1 (moderada) y 2 (grave)].

RESULTADOS: Los criterios de inclusión fijados, han permitido el estudio de 71 pacientes, en su mayoría hombres (80%) con una edad media de 71± 10 años. Un importante porcentaje de pacientes a tratamiento con cilostazol presentan enfermedades concomitantes, destacando las de tipo cardiovascular, las cuales las padecen hasta el 58% de los mismos. El 17% de los eran fumadores y un 34% exfumadores. Por otro lado, se debe resaltar un importante número de diabéticos y dislipémicos, suponiendo estos, el 44% y 64% respectivamente. En lo que respecta a la función renal, el 17% sufren insuficiencia renal leve, el 3 % moderada y el 2% grave. El 41% de los pacientes estaban antiagregados en monoterapia con cilostazol, mientras que el 46% estaban doblemente antiagregados con ácido acetilsalicílico y un 13% triplemente, asociándosele ácido acetilsalicílico y clopidogrel. Al analizar las interacciones farmacológicas, se ha visto que se producían en el 45% de los pacientes, siendo de tipo 2 el 99% de ellas. La asistencia a urgencias ha sido desencadenada por fenómenos hemorrágicos en el 9% de los casos y hasta un 6% ha sido por fenómenos de origen cardiovascular.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes a tratamiento con cilostazol son pacientes pluripatológicos con enfermedades cardiovasculares, diabetes y dislipemias. El tratamiento con cilostazol, no se adecúa a las recomendaciones/alertas emitidas por la AEMPs, las cuales indican que este fármaco no se debe prescribir junto con otros antiagregantes plaquetarios por el riesgo de fenómenos hemorrágicos y de tipo cardiovascular, fenómenos que se han detectado como causa de ingreso hospitalario hasta en un 15% de los pacientes estudiados. Se debería prestar más atención a las recomendaciones emitidas por la AEMPs, dar mayor importancia a las presentes y poder disminuir de este modo los riesgos asociados a su utilización.

671. GESTION DEL RIESGO DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES YODADOS NO IONICOS EN UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

AUTORES: Serrano Mislata N, Esteban Mensua M, Sierra Moreno C, Albert Revert N, Cardoso Bartolome V, Martí Bonmati L.

Hospital Quiron Valencia. Av. Blasco Ibañez. Valencia. España

Objetivo.

Conocer las características y modo de actuación de la Unidad de Diagnóstico por la Imagen (UDI) del Hospital, en relación a la gestión del riesgo de administración de contrastes yodados no iónicos (CYNI), así como medir su impacto sobre la seguridad del paciente analizando las reacciones adversas (RA) notificadas de forma voluntaria por su personal sanitario.

Material y Métodos.

Las características y modo de actuación de la UDI se obtuvieron de los datos de la Encuesta diseñada por la Sociedad Española de Radiología: nº estudios con medios de contraste intravascular y tipo de contraste utilizado, nº RA referidas al empleo de CYNI, medidas preventivas y tipo de información al paciente.

El impacto sobre la seguridad del paciente se realizó a partir del análisis de las RA a CYNl registradas entre julio 2014-febrero 2015: datos del paciente (sexo, edad, intervención), medicamento sospechoso y nº lote, tipo de RA (descripción, tratamiento, gravedad según CTCAE v4.0, desenlace) y personal notificador.

El farmacéutico encargado de coordinar el análisis de causas estableció, junto con el personal sanitario implicado en el incidente, la relación de causalidad con el Algoritmo de Naranjo y la notificación telemática cumplimentando la tarjeta amarilla.

RESULTADOS: Los resultados de la Encuesta revelaron que la UDI empleó como CYNl iopromida y como medida de seguridad realizó en el 100% de los pacientes: breve historia clínica para identificar antecedentes de alergia y factores de riesgo potenciales asociados al uso de contrastes, información oral y escrita (consentimiento informado) sobre los riesgos de su utilización e interconsulta al alergólogo ante alergias previas.

Durante el periodo de estudio, de 5650 pruebas diagnósticas realizadas, se empleó iopromida en 2918 intervenciones, con una incidencia de RA del 0.5%. La mediana de edad de los 15 pacientes afectados fue de 52 años (intervalo 19-80), hombres 53%-mujeres 47% y como motivo de la intervención 14 Tomografías computarizadas y 1 Urografía intravenosa.

Las RA fueron notificadas de forma voluntaria por el personal de enfermería y registrados 4 lotes de iopromidad de los 11 manipulados en la UDI. Respecto al nivel de gravedad, las RA se clasificaron como Grado I (leve) en 8 pacientes y como Grado II (moderado) en 7, precisando tratamiento farmacológico (dexclorfeniramina e hidrocortisona) en el 80% de los casos.

Con el Algoritmo de Naranjo, las 15 RA obtuvieron un nivel de imputabilidad entre 5-8 (probable) y se notificaron vía telemática al Centro de Farmacovigilancia. El desenlace fue la remisión completa de la sintomatología: en 8 pacientes tras 2-3h de observación en la UDI y 7 tras 4-5h en el servicio de urgencias.

CONCLUSIONES: Las buenas prácticas preventivas establecidas en la UDI permitieron identificar grupos de riesgo y minimizar la gravedad de las reacciones acontecidas.

El riesgo inherente al uso de contrastes obliga a establecer mecanismos adecuados de gestión de riesgos, mediante protocolos de diagnóstico y tratamiento que requieren de una evaluación, revisión y formación continua y donde el papel del farmacéutico es clave para su consecución

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

608. HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES ANCIANO HOSPITALIZADO

AUTORES: Rentero Redondo L, Iniesta Navalón C, Meoro Avilés A, Soriano Palao J, Egea Valera Ma, San Eustaquio Tudanca F.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Av Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de hipoglucemia en paciente de edad avanzada hospitalizado y establecer los factores asociados a su aparición. Estudiar la asociación de la hipoglucemia con la estancia hospitalaria y la mortalidad durante la hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en el hospital durante 2014 y se le había realizado al menos dos controles glucémicos al día durante su ingreso hospitalario.

A partir del CMBD se obtuvieron datos demográficos (sexo y edad), clínicos (diagnóstico al ingreso y patologías crónicas), administrativos (servicio de ingreso, estancia hospitalaria y mortalidad durante el ingreso). Se calculó el grado de comorbilidad (Índice de Charlson) que lo clasifica en tres niveles: ausencia, moderada y alta. Los datos de glucemias se obtuvieron de los dispositivos electrónicos MenaDiab®.

Para determinar los factores de riesgo asociados a la aparición de hipoglucemia se realizó un análisis de regresión logística univariante. Para estudiar la asociación entre variables cualitativa-cuantitativa (hipoglucemia y la estancia hospitalaria) se utilizó la prueba de T-Student, y para estudiar la asociación entre variables cualitativas (hipoglucemia y mortalidad) se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Para todos los análisis se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05 y se realizaron con el SPSS v15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 1.924 pacientes, el 51,0% eran hombres, siendo la edad media de 78,8±7,9 años. El 86,8% de los pacientes ingresaron por urgencias y el 74,1% lo hicieron en servicios médicos. Los principales diagnósticos al ingreso estuvieron relacionados con enfermedades del aparato respiratorio (23,0%), aparato circulatorio (19,4%) y sistema nervioso (11,2%). El índice de Charlson fue de 2,1 ± 1,7, presentado el 33,9% una comorbilidad alta.

El 8,7% de los pacientes presentaron al menos un episodio de hipoglucemia durante el ingreso hospitalario, de los cuales el 26,3% presentaron más de dos episodios de hipoglucemia durante su ingreso.

Los factores asociados a la aparición de algún episodio de hipoglucemia fueron la hemiplejía (OR:1,7[IC95%:1,0-2,9]), y la ERC (OR:1,2[IC95%:1,0-1,4]. También tuvieron más riesgo de hipoglucemia los pacientes ingresados en servicios médicos que en quirúrgicos. (OR:1,5[IC95%:1,1-1,4].

La estancia media fue de 11,1 días (rango:3-107), sin encontrar diferencias entre los pacientes con y sin hipoglucemia (12,1±10,9 días frente 11,0±10,4 días; p=0,181). En cuanto a la mortalidad global fue del 7,3%, y tampoco se encontraron diferencias entre el grupo de pacientes con/sin hipoglucemia (4,2% frente a 7,6%; p=0,108).

CONCLUSIONES: Los episodios de hipoglucemia en paciente de edad avanzada fueron bajos comparados con otros estudios¹ y se asoció con enfermedades crónicas como la enfermedad renal y la hemiplejía.

Al contrario de lo que cabe esperar, los episodios de hipoglucemias no tuvieron relación con la mortalidad ni la estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Munshi MN, Segal AR, Suhl E, Staum E, Desrochers L, Sternthal A, et al. Frequent hypoglycemia among elderly patients with poor glycemic control. Arch Intern Med. 2011;171:362-4

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

552. IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN

AUTORES: Pedreira Vazquez Mi, Salvador Garrido P, Hurtado Bouza JI, Martín Herranz I.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: La utilización de los sistemas automatizados de dispensación (SAD) ha permitido mejorar la seguridad del proceso de dispensación de medicamentos. Pero la seguridad de esta tecnología depende de como los usuarios planifiquen su implantación y de los procedimientos que después se lleven a cabo para su utilización. Por ello, el ISMP-España junto con el grupo Tecno de la SEFH recomienda como herramienta de mejora continua en la utilización de los SAD, la evaluación de las posibles oportunidades de error y la implementación de estrategias dirigidas a su prevención o minimización.

El objetivo es describir las prácticas de mejora de seguridad implantadas por el Servicio de Farmacia tomando como base el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos" del ISMP-España.

MATERIAL Y MÉTODO: Nuestro hospital dispone de 29 SAD, de los cuales el 51% están ligados a la prescripción electrónica validada por el farmacéutico.

En el año 2013 se cumplimentó el cuestionario de autoevaluación de seguridad de los SAD lo que permitió conocer y analizar aquellas medidas con nulo/bajo grado de implantación y que requerían estrategias para su mejora. Este cuestionario evalúa 14 procedimientos esenciales, con 93 puntos de evaluación y 5 respuestas posibles en función del grado de implantación (puntuación máxima 465).

RESULTADOS: En el año 2013 la puntuación obtenida en el cuestionario fue de 312/465 (67%). Tras su revisión y análisis se decide realizar la implantación de las prácticas de seguridad de los procedimientos esenciales (PE) que hacen referencia a:

- PE#2 Garantizar la seguridad de los SAD: 1/Actualización de las contraseñas de los usuarios mediante revisiones anuales de la base de datos, inactivando aquellas que no han accedido durante el año anterior; 2/Diferenciación entre usuarios temporales (establecer periodos de acceso finitos) y permanentes.

- PE#4 Definir la información que debe aparecer en la pantalla de los SAD: 1/Resaltar con letras mayúsculas ("TALL man letters"); 2/Definición correcta del 100% de las especialidades del formulario del SAD (nombre comercial, principio activo, dosis y forma farmacéutica) y actualización continua de las especialidades disponibles en el mismo.

- PE#6 Diseñar adecuadamente la configuración de los SAD: Inclusión de los medicamentos de alto riesgo, siempre que sea posible, en compartimentos cerrados que se identifican con pegatinas que alertan de su contenido de "alto riesgo".

- PE#7 Procedimientos seguros para la reposición de medicamentos: Actualización de la tabla de códigos de escaneo para evitar errores de lectura de códigos de barra en el proceso de reposición.

La cumplimentación actual del cuestionario proporcionó una valoración de 334/465 (71%), lo que supuso una mejora del 4% con respecto al año 2013.

CONCLUSIONES: La utilización del cuestionario de autoevaluación del ISMP ha sido una herramienta muy útil para orientar y planificar las prácticas de seguridad a implantar, así como para identificar aquellas áreas que constituyen oportunidades de mejora para el desarrollo de nuevas prácticas.

Su cumplimentación, con una periodicidad anual/bianual, debe ser considerada como un instrumento de mejora continua en la prevención de errores de medicación

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

622. IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE POTASIO PARENTERAL PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

AUTORES: Martínez Sogues M, Cabre Olle Fx, Gutierrez Vilaplana Jm, Lopez Salcedo Rm, Morales Rull JI, Schoenenberger Arnaiz Ja.

Hospital Universitari Arnau De Vilanova De Lleida. Alcalde Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVO: Las soluciones concentradas de potasio se consideran de alto riesgo por su capacidad de causar daños graves o mortales en caso de error. Con el objetivo de prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración, se procedió a la implantación de un protocolo asistencial de manejo del potasio por vía parenteral y evaluación de su cumplimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Hospital médico-quirúrgico de segundo nivel donde se designó un grupo de trabajo, por las Comisiones de Calidad y Farmacia, para: (1) La elaboración, durante 3 meses, de un protocolo de utilización del potasio parenteral que limitaba el acceso a las ampollas concentradas de potasio a medicina intensiva y unidad coronaria, servicio de urgencias (SU), bloque quirúrgico y pediatría, previo consenso con los referentes de seguridad de dichas áreas. (2) Difusión entre el personal sanitario, durante dos semanas, mediante edición de pósters informativos, presentación visual del protocolo, notas informativas a través del correo interno del hospital y sesiones presenciales de asistencia obligatoria. (3) Implantación, en un día, mediante sustitución de las ampollas concentradas de cloruro potásico (KCl) por cuatro soluciones diluidas de acuerdo con los protocolos de fluidoterapia del hospital (fisiológico 500 ml con 10 ó 20 mEq KCl; Glucosado 10% 500 ml con 10 mEq KCl y Glucosalino 500 ml con 10 mEq KCl) y sustitución de las ampollas de fosfato monopotásico por glicerofosfato sódico en las unidades no autorizadas. En las unidades autorizadas, con excepción del SU, se acordó no disponer de las soluciones diluidas de potasio para evitar errores de administración. (4) Evaluación del cumplimiento mediante tres indicadores: porcentaje de soluciones de potasio diluido prescritas fuera de protocolo, número de comunicaciones de error a través de un programa de comunicación de eventos adversos y tasa de incidencias observada en el almacenamiento o señalización. Para cada indicador se definió un estándar por consenso.

RESULTADOS: Tras 6 meses de seguimiento, se contabilizaron 1.214 pacientes con potasio parenteral, 17 de los cuales (1,15%) correspondían a soluciones diluidas fuera de protocolo. 14 de éstas se prepararon en farmacia, correspondiendo 7 a soluciones de fosfato monopotásico (4 casos por hipofosfatemia e hipopotasemia y 3 por rotura de estoc de glicerofosfato sódico) y 7 a soluciones de KCl por hipopotasemia y restricción de volumen. El número de soluciones de potasio fuera de protocolo representó el 0,37% del total de bolsas administradas (estándar 1%).

Hubo 3 comunicaciones de error categorizadas como leves, relacionadas con la administración (estándar 5%).

El 50% de las unidades asistenciales presentó deficiencias menores en el almacenamiento o señalización (estándar 10%).

CONCLUSIONES: La metodología interdisciplinaria utilizada en la implantación del protocolo ha favorecido su aceptación. Las cuatro soluciones diluidas de potasio se adecúan a las necesidades clínicas por el reducido número de preparados fuera de protocolo prescrito. No se han detectado incidentes graves o moderados relativos a la administración de potasio parenteral. Los déficits de señalización y almacenamiento observados deben mejorarse ya que superan el estándar.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

568. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALARMAS PARA ALERGIAS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: Fierro Banzo Aj, Pérez Miras Am, Vidal Gaya B, Vidal Samsó C, Ferrer Oliva V.

Instituto Guttmann. Camí De Can Ruti, S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: Describir y evaluar un sistema de alarmas para alergias integrado en la prescripción médica electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó e implantó un programa de codificación de alergias con aviso mediante alarmas integrado en la prescripción electrónica, de acuerdo con los criterios de la Joint Commission establecidos en el estándar MMU.5.1 sobre Manejo y Uso de la Medicación.

Los alérgenos creados iban asociados a los principios activos codificados mediante el sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC).

Cuando el médico prescribe un principio activo cuyo código ATC se cruza con el alérgeno que tiene registrado el paciente en el apartado de alergias, le aparece en la pantalla una alarma indicando que el paciente tiene identificada una alergia para ese principio activo y/o grupo farmacológico.

El programa permite una actualización continua con la incorporación de nuevos alérgenos o la modificación de los ya existentes. Se pueden codificar alérgenos para fármacos, alimentos y otros agentes, aunque por el momento, la alarma sólo avisa para los fármacos.

RESULTADOS: Se han analizado los datos obtenidos desde la fecha de implantación del programa en Octubre de 2013 hasta Mayo de 2015.

Se han codificado un total de 556 alergias en 341 pacientes diferentes, de las cuales 405 han sido para fármacos (73%), 79 para alimentos (14%) y 72 para otros agentes (13%). Desde Farmacia se ha efectuado la codificación en 145 ocasiones (26%) bien porque el médico no supo encontrar el alérgeno o bien porque no existía. El total de alérgenos creados durante el periodo de estudio ha sido de 99. A estos alérgenos se les ha asociado 124 códigos ATC, de los cuales los grupos mayoritarios han sido el de los antiinfecciosos (26%) seguido del sistema nervioso (19%) y del sistema músculo-esquelético (16%).

El programa ha avisado al médico mediante una alarma en 9 ocasiones que estaba prescribiendo un fármaco al cual el paciente estaba registrado que era alérgico. Si el médico ha continuado con la prescripción tras la alarma lo ha tenido que justificar, situación que se ha producido una vez (11%). Ese mismo aviso le ha aparecido al farmacéutico en el momento de asignar y validar el medicamento antes de dispensarlo.

El 89% de las alarmas ha sido para beta-lactámicos y el 11% para antiinflamatorios no esteroideos.

Revisada la declaración voluntaria de los errores de medicación desde 2008 hasta la implantación del programa, un total de 10 errores estuvieron relacionados con alergias a medicamentos. Tras el uso de las alarmas no se han declarado más errores relacionados con alergias medicamentosas.

CONCLUSIONES: La implantación de un programa de codificación de alergias con aviso mediante alarma adaptado a cada hospital ayuda a prevenir los problemas relacionados con medicamentos en pacientes alérgicos, garantizando una mayor seguridad con el uso de la medicación en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1075. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS A IOMEPROL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Jimenez Morales A, Valencia Soto C, Ferrit MartinM, Calleja Hernandez Ma.

Virgen de las Nieves. Avenida de las Fuerzas Armadas 2. Granada. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia de reacciones adversas (ram) por contraste yodado iomeprol utilizado en un hospital de tercer nivel y comparar el resultado obtenido con otros estudios realizados en el ámbito de los contrastes yodados.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional retrospectivo. El número de reacciones adversas al contraste yodado y el tipo de reacción se obtuvieron a través de la hoja de notificación de eventos adversos diseñada desde la comisión de seguridad y cumplimentada en los servicios donde se observó la reacción. En dicha hoja el facultativo o enfermera refleja el motivo de la ram, hace una breve descripción y clasifica la ram en leve moderada o grave. El número de pacientes que recibieron contraste yodado para una prueba diagnóstica se obtuvieron dividiendo el consumo total de gramos de yodo al año entre la dosis de yodo media estimada por prueba, 30 gramos. Se realizó una búsqueda on line para encontrar otros estudios referentes a reacciones adversas por contrastes yodados.

RESULTADOS: Los pacientes en los que se administró contraste yodado fueron en el año 2013 18.633, En el año 2014 16.447 Y en el año 2015 hasta marzo 4.805 Pacientes. En el año 2013 se notificaron 19 ram, de las cuales 2 se catalogaron como moderadas, 1 como severas y 16 leves. En el año 2014 se notificaron 29 ram, de las cuales 6 fueron severas, 1 moderada y 22 leves. En el año 2015 se notificaron 13 ram, de las cuales 1 se catalogó como severa, 1 moderada y 11 leves. La incidencia de ram por año fue 0,1%,0,17% y 0,27% en los años 2013, 2014 y 2015 respectivamente. La búsqueda on line reflejó que el estudio más similar para poder compararse fue el realizado por la unidad de farmacovigilancia del país vasco. La incidencia de ram por iomeprol en este estudio fue de 0,2%.

CONCLUSIONES: Hay pocos estudios y conocimiento sobre la incidencia de reacciones adversas a contraste yodado dado que incluso en la fichas de estos medicamentos no figura ningún % de aparición de reacción adversa en los pacientes. Nuestro estudio refleja que pese al alto número de pacientes que reciben contraste yodado la incidencia de ram es bajo, las ram comunicadas la mayoría son leves y además el dato obtenido es muy parecido al del estudio realizado en el País Vasco. Podemos concluir que el iomeprol está siendo un fármaco seguro y con una baja incidencia de ram en aquellos pacientes que lo reciben para una prueba diagnóstica.

843. INCIDENCIAS EN EL CIRCUITO DE CITOSTÁTICOS: ANÁLISIS Y MEDIDAS DE MEJORA

AUTORES: Jaume Gaya M, Pons Busom M, Montoliu Alcon P, De Temple Pla M, Pi Sala N, Alvarez Mendez A. Hospital Univ. Sagrado Corazon. Viladomat, 288. Barcelona. España

OBJETIVO: Los fármacos antineoplásicos, en general, tienen características diferentes a otros grupos terapéuticos que justifica una precaución especial en cuanto a prescripción, preparación y dispensación de estos medicamentos. Debido a su estrecho margen terapéutico, cualquier error de medicación en el circuito de citostáticos tiene riesgo tanto de ineffectividad como toxicidad.

El objetivo principal del estudio es analizar las incidencias detectadas en el circuito de citostáticos con el fin de establecer, si es preciso, medidas de mejora. Además, como objetivo secundario se pretende valorar la aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MÉTODO: Estudio longitudinal y prospectivo de las incidencias detectadas en el circuito de citostáticos durante 9 meses en un hospital de segundo nivel.

Se incluyeron todas las preparaciones de citotóxicos y anticuerpos monoclonales con indicación en oncohematología elaboradas por el Servicio de Farmacia. Se excluyeron los medicamentos orales y oftálmicos.

La detección se realizó durante los puntos de intervención farmacéutica: validación de órdenes médicas, repaso de la medicación antes de su preparación y control de pesada (CP) del producto elaborado (se aceptó una desviación de $\pm 5\%$).

Como incidencias se consideraron: errores de medicación y problemas de circuito.

Los errores de medicación se analizaron según la clasificación del grupo Ruiz-Jarabo-2000.

Como problemas de circuito se consideró: ausencia de solicitud de dispensación hospitalaria y el no estar registrado en base de datos (bd). El Departamento de Salud de Cataluña ha elaborado una bd donde se deben registrar todos pacientes tratados con estos determinados fármacos.

De éstas, se registraron los parámetros sugeridos por dicho grupo, si la incidencia requería intervención farmacéutica y, en caso afirmativo, su resultado.

RESULTADOS: Se analizaron 100 pacientes (58% mujeres) con una media de edad de 66,8 (DE=10.1) años. El diagnóstico más prevalente fue la neoplasia de colon (18.2%).

Se incluyeron 1223 preparaciones en las que se detectaron 75 incidencias. Éstas correspondieron a 50 errores de medicación (4%) y 25 problemas de circuito. Se realizó intervención farmacéutica en las 75 incidencias y se aceptó en el 76% de ellas.

De los 50 errores de medicación, sólo 14 de ellos llegaron al paciente y no causaron daño, 24 se produjeron sin llegar al paciente y 12 fueron errores potenciales. Por tanto, esto supone un 1% de errores de medicación que llegan al paciente, aunque sin causar daño.

En cuanto a la clasificación de los 50 errores, 33 fueron de prescripción, 10 de preparación, 4 de transcripción y 3 de validación farmacéutica. Como tipo de errores más frecuentes fueron ausencia de firma o fecha en la orden médica, dosis incorrecta y fármaco no apropiado).

CONCLUSIONES: El porcentaje de errores de medicación registrados es elevado, por lo que es necesaria la aplicación de medidas de mejora para reducirlos.

Sólo una cuarta parte de los errores de medicación llegó al paciente, sin producir daño en ningún caso.

Se aceptaron la mayoría de las intervenciones realizadas por el Servicio de Farmacia.

Las posibles medidas de mejora podrían ser: informatización del circuito de prescripción-validación y actualización de los protocolos terapéuticos.

621. INCORPORACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Luna Reina Rm, Martinez Cercós L, Edo Solsona Md, Favieres Puigcerver C, Font Noguera I, Poveda Andrés JI. Hospital La Fe. Ctra. De Antonio Ferrandis. Valencia. España

OBJETIVOS: Los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) son objetivo prioritario de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente y el ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) recomienda que los profesionales sanitarios establezcan prácticas para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización. En este sentido, el

objetivo es definir recomendaciones para los MAR ligadas a los Sistemas de Información (SI) del Servicio de Farmacia y evaluar el grado de implementación de las mismas en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Situación actual: En 2010 el Comité de Calidad y Seguridad del Medicamento del Hospital aprobó un protocolo para MAR que se ha ido implementando con diversas iniciativas. Por otra parte, varios MAR han estado implicados en notificaciones de incidencias graves. Ámbito: Hospital general terciario de 1.000 camas. Diseño: Observacional y retrospectivo. Periodo: 2010-2014. Población: MAR. Muestra: Se creó un grupo de trabajo con profesionales expertos en los SI del proceso farmacoterapéutico. Acción 1: Selección de MAR de la lista del ISMP. Acción 2: Selección de los SI y definición de las recomendaciones ligadas a los mismos. Variables: Grupos terapéuticos, principios activos y número de presentaciones de los MAR incorporados en los SI, y grado de cumplimiento las recomendaciones establecidas: (MAR que cumplen criterios y recomendaciones establecidas/MAR definidos). Exclusiones: Citostáticos y aplicaciones Farmis® y Mercurio®.

RESULTADOS: Los grupos de MAR seleccionados fueron nueve y se definieron recomendaciones en 49 especialidades que se detallan a continuación: Metotrexato oral (1 presentación), 11 especialidades farmacéuticas del grupo de anestésicos intratecales (ropivacaína, levobupivacaína y bupivacaína), 2 presentaciones de heparinas i.v., insulinas i.v. y potasio i.v., 5 de glucosas hipertónicas, 19 opiáceos (morfina, fentanilo, petidina y metadona), 4 pertenecientes al grupo de medicamentos de sedación moderada (midazolam y dexmedetomidina) y 3 presentaciones de anestésicos i.v. (ketamina y propofol).

Los SI definidos y las recomendaciones especificadas fueron: Orion Logis® como barrera en la limitación de la dispensación a almacenes; Prisma® mediante alertas en la prescripción y doble chequeo en la preparación y administración; Pyxis® a través del doble chequeo en la preparación y administración; y reenvasado y reetiquetado indicando "MAR" en cada dosis.

El grado de cumplimentación de las recomendaciones establecidas por SI fue del 78% en Prisma®, 74% en Pyxis®, 58% en Orion Logis® y un 2% en reenvasado y reetiquetado.

Por otra parte, el grado de cumplimiento por grupos de MAR fue del 75% en el caso de Metotrexato oral, 67% en los grupos de anestésicos intratecales, heparinas i.v. e insulinas i.v., 60% para el potasio i.v., 50% para el grupo de glucosas hipertónicas, 35% para el grupo de opiáceos y 15% para medicamentos de sedación. En el grupo de los anestésicos i.v. no se cumplió ninguna de recomendación.

CONCLUSIONES: El grado de cumplimiento total de las recomendaciones establecidas en los MAR seleccionados alcanzó un 45%, por lo que es necesario normalizar procedimientos de trabajo y establecer un grupo multidisciplinar que incorpore la tecnología hospitalaria al proceso farmacoterapéutico dado que es una barrera clave y más potente que el factor humano para evitar errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

12. INFLUENCIA DE LA EPIDEMIA DE GRIPE EN LA VACUNACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

AUTORES: Zamora Ardoy Ma, Oya Alvarez De Morales B, Ballesteros Garcia L.

Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Avda. Blas Infante S/N. Jaén. España

OBJETIVO: Conocer el impacto de la epidemia de gripe A vivida en nuestra provincia en la vacunación de los trabajadores sanitarios de nuestro hospital en la campaña 2013-2014, comparado con la campaña de vacunación del año anterior

Conocer el perfil de vacunación de dichos trabajadores sanitarios en la campaña 2013-2014

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de los consumos de las distintas presentaciones de vacunas antigripales en los periodos de estudio.

Encuesta de vacunación realizada con variables como edad, sexo, categoría profesional, área de trabajo, vacunación previa, reacciones adversas. Realizando un análisis descriptivo retrospectivo de la vacunación antes y después de la aparición de la epidemia de gripe H1N1 vivida en la provincia. Así como la prevalencia en trabajadores sanitarios

RESULTADOS: En la campaña de vacunación 2012-2013 se administraron 110 vacunas frente a los 265 trabajadores sanitarios vacunados en la campaña 2013-2014, lo que supone un incremento de más del 100%.

En el análisis descriptivo, el perfil del trabajador/a vacunado/a (vacunados antes de la epidemia) corresponde a mujer, enfermera, perteneciente al área de Críticos/urgencias, que suele vacunarse previamente, el perfil de vacunación fue, de los 110 vacunados, Auxiliares de Enfermería (25.45%), Enfermería (20.91%) y Facultativos (20%).

Mientras que durante la campaña vacunal 2013-2014 el perfil de los vacunados fue el siguiente por categorías, Auxiliar de Enfermería (63%), seguida de Enfermería (57%) y en 3º lugar Facultativos (52%).

CONCLUSIONES: El incremento de casos de gripe anormalmente grave con ingreso en UCI ha marcado el aumento de la vacunación, principalmente en las categorías que más contacto tuvieron con los pacientes que son personal de enfermería y facultativos del área de urgencias y críticos

Este hecho puede ser reflejo de que el miedo frente a la enfermedad induce a la vacunación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

86. INTEGRACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES: Nazco Casariego GJ, Bullejos Molina M, Gonzalez Ponsjoan S, Gutierrez Nicolas F, Gonzalez Garcia J, Garcia De Carlos P.

Complejo Hospitalario Universitario De Canarias. La Cuesta-Ofra. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVOS: La conciliación de la medicación es un objetivo en el que deben participar todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos (médicos, farmacéuticos y enfermeros). El objetivo del presente trabajo es el diseño de una herramienta integrada en la historia clínica electrónica (HCE) que permita llevar a cabo la conciliación de la medicación al ingreso hospitalario, con la participación de todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso, que sea visible y que permita la obtención de indicadores de actividad y de calidad de manera fácil y periódica.

MATERIAL Y METODOS: Hospital universitario de tercer nivel con HCE en entorno SAPÒ. Se llevó a cabo un desarrollo informático en la HCE mediante el diseño de un nuevo documento médico, Conciliación de Medicamentos al Ingreso, cuya cumplimentación conlleva una serie de pasos que involucran tanto al área de enfermería, a la médica y a la de farmacia. Cada uno de estos profesionales juega un papel en el proceso de elaboración del documento clínico y tiene unos privilegios de acceso diferentes en función del papel que desempeña en el proceso. Se inició un pilotaje en el Servicio de Cirugía General y Digestiva de enero a diciembre de 2014. Al ingreso enfermería registra en el documento "Hoja de Valoración de Enfermería", los medicamentos que el paciente toma en su domicilio. Posteriormente el médico accede al documento de Conciliación de Medicamentos al Ingreso, que está integrado como otro documento clínico, a través del puesto de trabajo médico. El documento está formado por una cabecera con los datos del paciente y una tabla donde se registran el conjunto de medicamentos a conciliar. Los medicamentos que fueron previamente registrados en la "Hoja de Valoración de Enfermería" pasan de forma automática al documento médico que se está creando. En este momento, el médico podrá modificar, eliminar e incorporar nuevos medicamentos a la tabla del documento e indicar la opción a seguir (continuar, suspender, modificar, intercambio terapéutico o reiniciar tras tolerancia). A través del entorno de trabajo de Farmacia, el farmacéutico podrá modificar, eliminar e incluir nuevos datos sobre aquellas columnas habilitadas. Existe una columna de Conciliación que sólo puede ser tratada por el farmacéutico el cual podrá notificar al médico en el mismo documento de las discrepancias observadas. El médico recibirá una alarma en su puesto de trabajo indicándole que se ha notificado una discrepancia. Se pueden obtener estadísticas de los indicadores de conciliación a través del puesto de trabajo de Farmacia.

RESULTADOS: Durante el periodo de pilotaje se obtuvieron los siguientes **RESULTADOS:** Total medicamentos conciliados: 316; Sin%discrepancias: 139;Discrepancias justificadas:158; Errores de Conciliación:9;Discrepancias no resueltas:10. Índice de cobertura:14,56%;Errores de conciliación/paciente: 10,14% Discrepancias no resueltas/paciente:14,49% .

CONCLUSIONES: Se ha diseñado una herramienta visible, que permite la participación en el proceso de conciliación de médicos, farmacéuticos y enfermeros, quedando todo el proceso registrado en la HCE y que proporciona indicadores de actividad y calidad. La herramienta facilita además la implantación al resto de áreas asistenciales del Hospital.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1021. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN: DEL PAPEL A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: Pampin Sanchez R, Goenaga Ansola A, Pena Villanueva P, Leon Barbosa A, Calzon Blanco C, Duran Roman C.

Hospital Cabueñes. Los Prados, 395. Asturias. España

OBJETIVOS: Análisis comparativo de las intervenciones farmacéuticas antes y después de la implantación de un programa de prescripción electrónica asistida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre la prescripción médica en pacientes ingresados en servicios con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias. Se compararon dos etapas de prescripción: una con prescripción en papel (diciembre 2013 - mayo 2014) y otra después de la implantación del soporte informático, con prescripción electrónica asistida (diciembre 2014 – mayo 2015)

Los tipos de intervención realizados se tipificaron en: aclaración del medicamento, administración, ajuste por insuficiencia renal, dosis/pauta incorrecta, duplicidad terapéutica, duración tratamiento, equivalente terapéutico, interacción farmacológica, medicamento sí incluido en Guía, prescripción incompleta, seguridad y terapia secuencial. Los tipos de intervención, servicios y medicamentos implicados se registraron y procesaron utilizando una hoja Excel®.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se registraron un total de 2970 intervenciones, de las cuales 1190 fueron en prescripción en papel y 1780 en prescripción electrónica asistida. Las intervenciones más frecuentes en prescripción en papel fueron: aclaración del medicamento (26,7%), interacción farmacológica (23,4%) y sustitución farmacológica (21%). En prescripción electrónica asistida resultaron ser: duplicidad terapéutica (28,3%), aclaración del medicamento (22,5%) y medicamento incluido en Guía (15,4%). En la transición de prescripción en papel a prescripción electrónica asistida se observó un aumento en las intervenciones de duplicidad terapéutica del 3,4% al 28,3%. Sin embargo, se redujeron las sustituciones farmacológicas de un 21% a un 2,6%, la notificación de interacciones de un 23,4% a un 5,5% y las intervenciones por prescripción incompleta de un 14,6% al 0%.

Los servicios con mayor número de intervenciones fueron: Medicina Interna (20,1%), Cardiología (13,1%) y Traumatología (12,6%) en PP y Traumatología (22,5%), Medicina Interna (20,2%) y Cirugía Digestiva (8,3%) en PEA. En relación a los medicamentos sobre los que más notificaciones se enviaron destacan: Simvastatina (5,6%), Ácido Acetilsalicílico (5,2%) y Amoxicilina/Clavulánico (4,5%) en prescripción en papel frente a Omeprazol (5,2%), Paracetamol (4,9%) y Salbutamol (3,2%) en prescripción electrónica asistida.

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida consigue eliminar las prescripciones incompletas (sin dosis y/o pauta) mejorando la seguridad de la farmacoterapia del paciente. Sin embargo, pone de manifiesto un incremento de las prescripciones duplicadas, debido probablemente a la dificultad en el uso de la herramienta informática. La validación farmacéutica permite detectar este tipo de errores y contribuye a la optimización del tratamiento del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1232. MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN COLORANTES AZOICOS Y ALTERNATIVAS FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES ALÉRGICOS AL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

AUTORES: Majuelos Aicart L, Damas Fuentes R, Laguna Marmol L, Padron Garcia Mdl, Hathiramani Sanchez M, Molero Gomez R.

Hospital Dr. Negrin. Barranco De La Ballena, S/N. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Obtención de un listado de los medicamentos autorizados en nuestro país que contengan entre sus excipientes colorantes azoicos (tartrazina E-102, amarillo naranja E-110, azorrubina E-122, amaranto E-123, rojo cochinilla E-124, negro brillante BN E-151). Seleccionar cuales son los incluidos en nuestro hospital y analizar si existen alternativas farmacoterapéuticas disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se obtuvieron de la base de datos BOT PLUS los listados de los medicamentos autorizados en España que contienen colorantes azoicos. Se seleccionaron aquellos disponibles en nuestro hospital. Se comprobó en las fichas técnicas que efectivamente contenían alguno de estos colorantes en su composición. Finalmente se hizo una búsqueda en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de alternativas farmacoterapéuticas, considerando como tales cualquier otra presentación vía oral con el mismo principio activo.

RESULTADOS: Los medicamentos autorizados en España con estos colorantes fueron 631 (504 comercializados). De ellos en nuestro hospital teníamos un total de 51, aunque en Guía Farmacoterapéutica (GFT) solo 30, el resto fueron traídos de forma puntual. Conteniendo el colorante; a) azorrubina 3 medicamentos; b) tartrazina: 6; c) Amarillo naranja: 27; d) Amaranto: 2; e) Rojo cochinilla: 13; f) Negro brillante: 0.

La distribución de principios activos en función del colorante que contenían fue: a) azorrubina: paracetamol, codeína; b) tartrazina: tocoferol, isoniazida/clorhidrato de piridoxina, diazepam, haloperidol; c) Amarillo naranja: bromazepam, ibuprofeno, dutasterida/tamsulosina, fosfomicina, ledipasvir/sofosbuvir, abacavir/lamivudina, piracetam, terazosina, ritonavir, eritromicina, plantago ovata, dabigatran, darunavir, quazepam, ranolazina, eletriptan, ropinirol, temozolomida, tramadol, trazodona, estreptoquinasa/estreptodornasa, hidrosmina, zonisamida, paracetamol/tramadol; d) Amaranto: simeticona, warfarina; e) Rojo cochinilla: sulodexida, retinol palmitato, complejo vitamínico, bromazepam, pidolato deanol/heptaminol hidrocloreto, isotretinoína, eritromicina, retinol, dexclorfeniramina ma-

leato, risperidona, citicolina. Se vió que 2 de los principios activos contenían 2 de los colorantes. Se encontraron alternativas farmacoterapéuticas para 30 de los 51 medicamentos que teníamos en el hospital. Clasificándolos según el colorante los principios activos fueron: a) azorrubina: codeína, paracetamol; b) tartrazina: haloperidol, diazepam; c) Amarillo naranja: bromazepam, ibuprofeno, eritromicina, fosfomicina, terazosina hidrocloreto, piracetam, planta-go ovata, eletriptan, ropinirol, temozolomida, tramadol, trazodona, estreptodornasa/estreptoquinasa, hidrosmina, paracetamol/tramadol; d) Amaranto: simeticona; e) Rojo cochinilla: bromazepam, sulodexida, isotretinoína, eritromicina, risperidona, citicolina.

Por último destacar que se encontraron discrepancias entre la información obtenida de BOT PLUS y ficha técnica en dos de los medicamentos.

CONCLUSIONES: Los colorantes azoicos resultan potencialmente peligrosos en individuos con alergia al ácido acetilsalicílico, pudiéndose producir reacción cruzada en un 10% de los pacientes. Sin embargo, su presencia en los medicamentos no es algo infrecuente.

Tanto la identificación de los medicamentos disponibles en el hospital que contienen estos excipientes como sus alternativas farmacoterapéuticas es una herramienta de gran utilidad para la introducción de alertas en la prescripción electrónica asistida, siendo una importante ayuda en la prevención de errores de medicación y contribuyendo así a la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

962. NECESIDAD DE PROTOCOLIZACIÓN DE DOSIS MÁXIMA DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

AUTORES: Fernandez Ruiz-Moron A, Manzano Lorenzo R, Hernandez Tapias S, Puebla Garcia V, Rodriguez Del Rio E, Arias Fernandez MI.

Hospital Clinico San Carlos. Profesor Martin Lagos S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de medicamentos en dosis mayores de las recomendadas en una unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP) de agudos, identificando los principios activos involucrados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo retrospectivo, realizado a partir de datos de prescripción de pacientes ingresados en la UHP durante marzo-abril 2015. Se diseñó una base de datos en la que se recogió: datos de paciente, prescripciones y dosis máximas (Dmax) recomendadas de cada medicamento a partir de las fichas técnicas autorizadas. En caso de no disponer de ficha técnica, se consultaron bases de datos de medicamentos (Bot Plus, Medimecum, Micromedex).

RESULTADOS: Se incluyeron 119 pacientes, en tratamiento con un total de 197 medicamentos, resultando 5.992 prescripciones durante el periodo de 2 meses. Se detectaron dosis mayores de las autorizadas en la prescripción de 13 medicamentos (10 principios activos) en 211 prescripciones (3,5%).

Teniendo en cuenta únicamente prescripciones de medicamentos psiquiátricos (4.275), fueron utilizadas dosis mayores de las autorizadas en 211 (4,9%) prescripciones, y se empleó la Dmax sin sobrepasarla en 347 (8,1%) casos.

Analizando las 211 prescripciones que han sido utilizados en dosis mayor de la autorizada, los principios activos implicados con mayor frecuencia son: paliperidona oral (85/40,3%), aripiprazol (45/21,3%) olanzapina (25/11,8%), quetiapina (21/9,9%), agomelatina (13/6,1%) y clometiazol (10/4,7%).

Respecto a los principios activos psiquiátricos utilizados a la Dmax autorizada, encontramos: aripiprazol (102/29,4%), olanzapina (85/24,5%), bupropion (49/14,2%), paliperidona im (27/7,8%), agomelatina (22/6,6%), duloxetina (12/3,5%), sertralina (11/3,2%) y escitalopram (11/3,2%).

De los 10 principios activos que han sido utilizados por encima de la Dmax, se analizó la dosis máxima alcanzada: aripiprazol 60 mg (Dmax= 30 mg), clometiazol 576 mg (Dmax= 384 mg), paliperidona oral 27 mg (Dmax= 12 mg), olanzapina 40 mg (Dmax= 30 mg), carbonato de litio 3.200 mg (Dmax= 2.400 mg), risperidona intramuscular 100 mg (Dmax= 50 mg), quetiapina 1.200 mg (Dmax= 800 mg), agomelatina 75 mg (Dmax= 50 mg), venlafaxina 450 mg (Dmax= 375 mg) y paliperidona intramuscular 200 mg (Dmax= 150mg).

La frecuencia con que cada principio activo es utilizado a cualquier dosis por encima de la Dmax, frente al total de prescripciones de cada uno de ellos (de aquellos más frecuentemente implicados): aripiprazol 12,9%, clometiazol 71,4%, paliperidona oral 26,2%, olanzapina 8,6%, quetiapina 8,7%, agomelatina 25,5%.

CONCLUSIONES: La utilización de medicamentos psiquiátricos en dosis superiores a las autorizadas no es un hecho aislado en la prescripción a pacientes agudos ingresados en la unidad de psiquiatría (3,5% del total de prescripciones). Es necesaria su evaluación y seguimiento individualizado con el fin de evitar la aparición de efectos adversos en los pacientes. Sería conveniente realizar una revisión de las guías clínicas y de la evidencia disponible de los me-

dicamentos y patologías implicadas, con el fin de realizar una adecuada evaluación y protocolización de las dosis necesarias en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

657. NEFRITIS INTERSTICIAL POR OMEPRAZOL: IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

AUTORES: Blanco Dorado S, Novoa García Df, González López J, González-Anleo López C, García López A, Lamas Díaz Mj.

Complejo Hospitalario Universitario De Santiago. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: describir una reacción adversa poco frecuente aunque grave, asociada al tratamiento con omeprazol en una paciente de nuestro hospital. Demostrar la importancia de su detección precoz y analizar la relación de causalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción del caso: a través de la historia clínica electrónica se recopiló la información de la paciente: antecedentes, anamnesis y datos de laboratorio. Se comparó la información obtenida antes del inicio del tratamiento con omeprazol, durante el ingreso y al alta. Asimismo, se registraron los resultados de pruebas complementarias como sedimento urinario y biopsia renal.

Se evaluó la relación de causalidad aplicando el algoritmo de Naranjo

RESULTADOS: Paciente con un cuadro de cansancio y astenia de un mes de duración que acude a urgencias derivada por su médico de atención primaria por presentar alteraciones analíticas. Ante la sintomatología inespecífica, se realizó una analítica detectándose una creatinina plasmática de 3.1 mg/dl y una urea de 117.0 mg/dl. Revisada la historia antigua, seis meses antes el valor de la creatinina era de 1.0 mg/dl. Se decidió ingreso para estudio.

La exploración física en el momento del ingreso fue normal. A excepción de la creatinina y urea, el resto de los datos bioquímicos fueron normales. El sedimento urinario presentó 30-50 leucocitos por campo y cilindros leucocitarios y hialino-granulosos. El hemograma fue normal.

En el estudio inmunológico se determinaron los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), anticuerpos antimembrana basal glomerular (AntiMBG), anticuerpos antinucleares (ANA) y factor reumatoide, siendo todos ellos negativos.

Se realizó biopsia renal que objetivó la presencia de un infiltrado inflamatorio con tendencia a la disposición nodular. Se observó daño focal en los túbulos. Asimismo, se observaron focos de fibrosis intersticial.

La biopsia confirmó el diagnóstico de nefritis intersticial aguda. Habiéndose descartado otras causas, se planteó un posible origen medicamentoso. El último cambio en su medicación resultó ser la introducción de omeprazol como protector gástrico a dosis de 20 mg/día cuatro meses antes del ingreso. Se procedió entonces a retirar el omeprazol y se inició tratamiento con ranitidina 150 mg/día. Se objetivó una mejoría gradual de la función renal y del estado clínico de la paciente. En el momento del alta la creatinina fue de 1,67 mg/dl.

La reacción adversa fue clasificada como probable y además se consideró grave puesto que motivó el ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES: la nefritis intersticial aguda es una de las causas de Insuficiencia renal Aguda (IRA) reversible. En más de la mitad de los casos se relaciona con fármacos, algunos de los más habituales son antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, alopurinol, diuréticos y cimetidina. La nefritis intersticial por omeprazol presenta escasa incidencia, pero dado el empleo masivo de estos fármacos es relativamente probable la aparición de esta reacción adversa. A pesar de la baja incidencia, es necesario considerar la posibilidad de nefritis intersticial por omeprazol ante la presencia de una IRA no filiada, incluso en tratamientos de corta duración, ya que su detección precoz puede evitar la evolución a fallo renal agudo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

794. PAPEL DEL FARMACEÚTICO EN EL CONTROL ELECTROLÍTICO DEL POTASIO

AUTORES: Ruiz González L, Alvarez Nonay Al, Gila Azañedo Ja, Horta Hernández A, Perez Maroto Mt.

Hospital Universitario De Guadalajara. Guadalajara. Guadalajara. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacéuticas relacionadas con la kalemia de los pacientes hospitalizados durante los años 2013 y 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de dos años de seguimiento de las intervenciones registradas y relacionadas con la kalemia de los pacientes.

En el año 2014 se integraron los datos analíticos de potasio al programa de prescripción electrónica Farmatools, como ayuda a la prescripción, coincidiendo con la sustitución de las ampollas concentradas de potasio por sueros con potasio diluido.

El farmacéutico valida diariamente la kalemia del paciente. En caso de valores anormales ($\leq 3,5$ ó ≥ 5 mEq/L) contacta con el médico prescriptor bien telefónicamente o bien a través de notas escritas en el programa de prescripción. Los tipos de intervención fueron: suspensión de aportes de potasio, adición de suplementos de potasio, monitorización de sus niveles y registro de errores encontrados en la prescripción de sueros con potasio.

El registro de las intervenciones se realiza en Farmatools, donde son codificadas según tipo de intervención, grado de aceptación (Si/No) y Servicio clínico donde se realizó la intervención.

RESULTADOS: En el año 2013 se registraron 7 intervenciones. Un 42,86% (n=3) fueron propuestas de suspensión de tratamiento y un 57,14% (n=4) errores detectados en la prescripción. Los niveles medios de potasio fueron de 5.21 mEq/L. Un 42.86% (n=3) de las intervenciones se registraron en el Servicio de Digestivo, el 42.86% (n=3) en Traumatología y un 14,26% (n=1) en Urgencias.

En el año 2014 se registraron un total de 210 intervenciones. Se propuso en el 90% (n=189) la suspensión del aporte de potasio, en el 4,76% (n=10) aporte de potasio, en el 3,3% (n=7) su monitorización y en un 1,90% (n=4) se detectaron errores en la prescripción. Los niveles medios de potasio en caso de hiperpotasemia fueron 5,34 mEq/L y de 3,03 mEq/L en el caso de hipopotasemia. Un 26,2% de las intervenciones se registraron en el Servicio de geriatría, un 15,2% en Cirugía General, un 8% en Digestivo, 6,6% en Medicina Interna, Oncología y Traumatología, respectivamente y un 5,7% en Urgencias.

Las propuestas de las intervenciones fueron aceptadas en un 14.29% en el 2013 y un 87,6% en el 2014.

CONCLUSIONES: - Como limitaciones del estudio destacan: la heterogeneidad en la codificación de las intervenciones y un sesgo en el registro de las intervenciones, sobreestimándose aquellas que son aceptadas por un mayor registro en detrimento de las no aceptadas. Pese a ello, existe un elevado número de intervenciones tanto registradas como aceptadas.

- La integración de la kalemia en el programa de prescripción electrónica facilita la detección de problemas relacionados con la medicación evitando posibles consecuencias negativas en la salud del paciente.

- A raíz de los resultados, como oportunidad de mejora consideramos incorporar en el programa de prescripción electrónica sistemas de alerta en caso de kalemias anormales.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1091. PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO CON IBUPROFENO O DEXIBUPROFENO EN PACIENTES CARDIÓPATAS

AUTORES: Llamas Lorenzana S, Garcia Alvarez A, Martinez Sotelo J, Moreno Gomez A, Beunza Sola M, Lopez Suarez D. Complejo Asistencial Universitario De Leon. Calle Altos De Nava S/N. León. España

OBJETIVOS: 1. Describir la prevalencia de pacientes ambulatorios en tratamiento crónico con ibuprofeno o dexibuprofeno que presenten enfermedad cardiovascular (ECV).

2. Evaluar el impacto de una intervención farmacéutica (IF) en la reducción del número de pacientes con ECV en tratamiento crónico con ibuprofeno o dexibuprofeno, según las recomendaciones de la nota informativa MUH (FV) 4/2015 publicada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

MATERIAL Y METODOS

Estudio de intervención prospectivo, de 8 semanas de duración (Abril – Junio 2015); que incluyó todos los pacientes en tratamiento crónico activo con ibuprofeno o dexibuprofeno en un área de salud; y con alguna de las siguientes patologías cardiovasculares: Insuficiencia Cardíaca grado II-IV de la New York Heart Association (IC), Cardiopatía Isquémica (CI), Enfermedad Arterial Periférica (EAP) o Accidente Cerebrovascular (ACV).

La IF consistió en:

- Resumen de la nota informativa MUH (FV) 4/2015, extrayendo la información relevante: riesgos descritos y recomendaciones a seguir.

- Consulta de pacientes en tratamiento crónico con ibuprofeno o dexibuprofeno (sistema de información corporativo).

- Revisión de la Historia Clínica Electrónica (HCE) de los pacientes, para obtener las siguientes variables:

o Demográficas: Edad, Sexo.

o Clínicas: Tipo de ECV.

o Farmacológicas: Principio Activo, Dosis, Duración de tratamiento.

- Envío al médico de Atención Primaria de los pacientes de su cupo en tratamiento con ibuprofeno o dexibuprofeno y ECV.

- 4 semanas después: Nueva revisión de la HCE, para comprobar la actuación del médico en función de la recomendaciones emitidas por la AEMPS, considerando las siguientes posibilidades: mantener tratamiento, retirada del fármaco, ajuste posológico, sustitución por otro analgésico.

Para el registro y análisis de datos se empleó una hoja de cálculo Microsoft® Excel; y se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, y medidas de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas.

RESULTADOS: En el momento del estudio, se identificaron 413 pacientes en tratamiento crónico activo con Ibuprofeno o Dexibuprofeno, de los cuales 99 (24%) presentaban patología cardiovascular, distribuidos en las siguientes categorías: CI: 48 (48,5%) pacientes, IC: 19 (19,2%) pacientes, EAP: 18 (18,2%) pacientes, ACV: 14 (14,1%) pacientes.

La IF se realizó sobre los 99 pacientes con patología cardiovascular; de ellos: 51 (51,5%) eran mujeres; con una edad media de $76,1 \pm 7,3$ años. En 98 pacientes (99%), el AINE prescrito era Ibuprofeno. La duración de tratamiento fue > 3 meses en 92 pacientes (92,9%), y la dosis empleada fue ≤ 1200 mg/día de ibuprofeno o 600 mg/día de dexibuprofeno en 84 (84,8%) pacientes.

Debido a la IF, el médico modificó el tratamiento en 31 pacientes cardiopáatas (31,3%): en 29 se suspendió el AINE y en 2 casos el médico modificó la pauta fija a "Si Precisa".

CONCLUSIONES: 1. La prevalencia de pacientes en tratamiento crónico con ibuprofeno que presentan ECV es elevada (aproximadamente una cuarta parte de los mismos).

2. La IF mejoró la seguridad del tratamiento con ibuprofeno o dexibuprofeno, evitando el riesgo de reacciones adversas innecesarias en pacientes con ECV establecida.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1030. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE MEDICAMENTOS: NUEVOS PROBLEMAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: Carballo Martínez N, De Antonio Cuscó M, Grau Cerrato S, Espona Quer M, Fernández Quirante O, Salas Sánchez E.

Hospital Del Mar. Pº Marítimo De La Barceloneta, 25-29. Barcelona. España

OBJETIVOS: La prescripción electrónica (PE) se ha asociado a un aumento en la seguridad de la utilización de los medicamentos. Adicionalmente, se ha relacionado con una optimización de los recursos necesarios para la monitorización del tratamiento farmacológico mediante la implantación de diferentes aplicaciones informáticas en la misma. No obstante, la implantación de la PE también ha originado la aparición de nuevos problemas relacionados con la medicación (PRM) derivados de un uso inadecuado de esta herramienta.

El objetivo de este estudio fue cuantificar y describir los PRM asociados a la PE (PRM-PE), su relación frente a los PRM totales y la identificación del perfil de paciente hospitalizado más susceptible de ser afectado por estos PRM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel en pacientes hospitalizados durante el año 2013.

El servicio de Farmacia dispone de una aplicación informática integrada en la PE para la introducción de información farmacológica relevante de cada fármaco. Cuando se realiza una prescripción farmacológica, el programa genera una serie de alertas (PRM potenciales) de acuerdo a la información introducida del fármaco y a las características demográficas y parámetros de laboratorio de cada paciente. Estas alertas son revisadas diariamente por los farmacéuticos clínicos, generando una intervención farmacéutica para aquellas de mayor relevancia clínica.

Datos recogidos: PRM totales, PRM-PE y tipos de PRM en este grupo; PRM-PE/PRM totales de dosis, frecuencia de administración, vía de administración inadecuada y duración de tratamiento incorrecta; grado de aceptación de la intervención; demográficos (edad, sexo); tipo de servicio (quirúrgico o médico).

Estadística: variables categóricas: Ji al cuadrado o exacto de Fisher; variables continuas: U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: Pacientes hospitalizados: 23.574; total PRM: 2.455 (10,4%); PRM-PE: 551 (22,4%).

PRM-PE: doble prescripción: 210 (38,1%); discordancia entre curso clínico-prescripción 122 (22,5%); unidades de prescripción incorrectas, lo que resulta en una dosis más alta o más baja de la recomendada: 61 (11,1%); frecuencia inapropiada de administración: 59 (10,7%); duración inapropiada del tratamiento: 53 (9,6%); fármacos prescritos como no incluidos en la guía Farmacoterapéutica del hospital cuando sí están incluidos: 40 (7,3%); vía de administración errónea 4 (0,7%). Aceptación de las intervenciones generadas por PRM-PE: 462 (83,8%).

PRM-PE/PRM totales del mismo tipo: dosis: 61/521 (11,7%); frecuencia de administración: 59/217 (27,2%); vía de administración inadecuada: 4/9 (44,4%); duración de tratamiento incorrecta: 53/73 (72,6%).

Pacientes ingresados con PRM-PE frente al resto de PRM: edad (media (DE)) 65,9 (19,1) frente a 68,9 (15,5) años (p: 0,012); hombres 260/551 (47,2%) frente a 1051/1904 (55,2%) (p: 0,001); quirúrgicos 337/551 (61,2%) frente a 671/1904 (35,2%) (p<0,001).

CONCLUSIONES: -Casi la cuarta parte del total de PRM potenciales detectados están relacionados con la utilización incorrecta de la PE, siendo la doble prescripción el más frecuente.

-La duración de tratamiento incorrecta por uso inadecuado de la PE representa más del 70% del total de PRM de este tipo.

-Los pacientes ingresados en un servicio quirúrgico, de sexo femenino y de menor edad son más susceptibles de presentar algún PRM-PE.

-Dada su potencial repercusión clínica, resulta imprescindible la dotación de sistemas que ayuden a prevenir la aparición de PRM-PE.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

77. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO DETECTADOS EN MEDICINA INTERNA

AUTORES: Arribas Diaz B, De Béjar Riquelme N, Sánchez Mulero Mc, Alonso Dominguez Mt, Manresa Ramon N, De Gorostiza Frias If.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. C/Marques De Los Velez Sn. Murcia. España

OBJETIVOS: Conocer los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) detectados y por consiguiente solucionados por un farmacéutico de cuarto año de residencia durante la rotación en el servicio de Medicina Interna (MI), así como el perfil de los pacientes afectados por éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el periodo de rotación del farmacéutico residente en el servicio de MI (octubre y noviembre de 2014), se llevó a cabo un registro de los datos del paciente obtenidos de la historia clínica informatizada, litados de recetas expedidas, datos de laboratorio, entrevista con el paciente o familiar y revisión de la bolsa de medicación domiciliaria.

Los principales datos obtenidos fueron: número de historia clínica, edad, sexo, grado de obesidad y de deterioro de la función renal, patologías, medicamentos, intervenciones farmacoterapéuticas y clasificación de los PRMs según el Consenso de Granada en necesidad, eficacia y seguridad.

Para el registro de los datos se empleó el programa CheckTheMeds® extrayéndose posteriormente en una tabla tipo Excel®.

RESULTADOS: Durante los dos meses del estudio el farmacéutico atendió a 50 pacientes con una edad media de 77 años, de los que 19 fueron varones. El índice de masa corporal medio fue de 25,7kg/m² siendo en 24 (48%) pacientes mayor de 25 y la tasa de filtración glomerular media de 73,5 ml/min, con 6(12%) pacientes menor de 30ml/min.

Se obtuvo una media de patologías por paciente de 6 (1-11) con un consumo medio de 10 fármacos (1-18).

Se detectaron 141 PRM que afectaron a 45 (90%) pacientes, siendo 65 (46%) de necesidad, 20 (14%) de eficacia y 56 (40%) de seguridad.

Los grupos terapéuticos implicados en estos errores fueron: 16 (11,3%) diuréticos y antihipertensivos, 15(10,6) antibióticos, 14(9,9%) anticoagulantes, 7(4,9) hipolipemiantes, 6(4,2%) laxantes, 5 (3,5%) protector gástrico, 5 (3,5%) antidepresivos, 4(2,8%) antiinflamatorios y antitérmicos, 4(2,8%) digoxina, 4(2,8%) colirios y 4(2,8%) inhaladores.

CONCLUSIONES: La presencia del farmacéutico en el Servicio de MI consigue detectar y solucionar PRN en el 90% de los pacientes atendidos siendo principalmente de necesidad y seguridad y en menor medida de eficacia.

Los problemas encontrados ocurren principalmente con medicamentos que actúan sobre el sistema cardiovascular y digestivo, antibióticos, colirios y plantas medicinales, por lo que es necesaria una mayor atención del farmacéutico sobre prescripciones que contengan fármacos de estos grupos.

Los pacientes de MI atendidos por el farmacéutico son en su mayoría ancianos pluripatológicos y polimedicados, de los que casi la mitad sufre obesidad y un 12% tiene su función renal alterada.

314. PROGRAMA ACTIVO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA DETECCIÓN DE TROMBOCITOPENIA, HEPATOTOXICIDAD Y NEUTROPENIA POR FÁRMACOS

AUTORES: Fuentes Irigoyen R, Tornero Torres O, Tejada Gonzalez P.

Hospital Ctral De La Cruz Roja. Avda. De La Reina Victoria, 22-26. Madrid. España

OBJETIVO: Describir la detección de sospechas de RAM (SRAM) mediante 3 diagnósticos alertantes de laboratorio:

- a) Trombocitopenia grave
- b) Hepatotoxicidad grave
- c) Neutropenia grave

MATERIAL Y MÉTODOS: En Comisión de Farmacia y Terapéutica, se definieron las señales de laboratorio alertantes indicativas de trombocitopenia, hepatotoxicidad y neutropenia, y el procedimiento para la implantación del Programa Activo de Farmacovigilancia (PAFV):

- Trombocitopenia:

- a) Plaquetas
- b) Plaquetas

- Hepatotoxicidad:

- a) >3 veces el límite superior normal alaninotransferasa o
- b) >2 veces el límite superior normal fosfatasa alcalina o
- c) >2 veces el límite superior normal bilirrubina total o
- d) Descenso de la actividad de protrombina hasta un 40% ligado a alguno de los 3 anteriores.

- Neutropenia:

- a) Neutrofilos
- b) Hb > 8 g/dl y
- c) Plaquetas > 100.000/mm³.

- Procedimiento:

Fase 1: Crear alerta informática en el sistema de información de laboratorio que detecte pacientes que cumplan dichas señales.

Fase 2: A) Descartar por el fármaco pacientes no ingresados y con otras causas de trombocitopenia, hepatopatía o neutropenia mediante revisión del visor de historia clínica. B) Intervención del fármaco informando al médico a través del sistema de prescripción electrónica de las SRAM y fármacos de riesgo. C) Justificación por causa no farmacológica por parte del médico o evaluación junto con el fármaco de la historia farmacoterapéutica y notificación de la SRAM si procediera.

RESULTADOS: Trombocitopenia:

Periodo de estudio: 1/4/2012-31/03/2015; Trombopenias detectadas: 374; Intervenciones farmacéuticas: 121; Intervenciones sin respuesta por médico: 69; Justificaciones no farmacológicas confirmadas por médico: 41; Intervenciones sin seguimiento: 3; Sospechas de causa farmacológica confirmada por médico (sospechas notificadas): 8; Fármacos implicados: ácido valproico(2), digoxina(2), ácido acetilsalicílico(2), enoxaparina(2), dabigatran(2) amoxicilina-clavulánico(1), quetiapina(1), levofloxacino(1), furosemida(1), rosuvastatina(1), ranitidina(1), clopidogrel(1), diltiazem(1), imipenem-cilastatina(1).

En el 6,6% (8/121) de las intervenciones del fármaco por trombocitopenias se ha sospechado y notificado RAM. El 2% (8/374) de las trombopenias detectadas derivaron en SRAM.

Hepatotoxicidad:

Periodo de estudio: 01/04/2012-31/03/2015; Hepatotoxicidades detectadas: 372; Intervenciones farmacéuticas: 106; Justificaciones no farmacológicas confirmadas por médico: 43; Sospechas de causa farmacológica confirmada por médico y/o modificación del tratamiento tras la intervención: 7; Intervenciones sin respuesta por médico: 51; SRAM notificadas: 5; Fármacos implicados: paracetamol(3), imipenem-cilastatina(2); ciprofloxacino(2), risperidona(2) omeprazol(2), rifampicina(1), pregabalina(1), mirtazapina(1), linezolid(1), voriconazol(1), amikacina(1), alopurinol(1), donezepilo(1), amoxicilina-clavulánico(1), levofloxacino(1), cloxacilina(1), ceftriaxona(1), rosuvastatina(1), venlafaxina(1).

En el 6,6% (7/106) de las intervenciones del fármaco por hepatotoxicidad se ha sospechado de RAM, aunque se notificaron el 5% de las mismas (5/106). El 2% (7/372) de las hepatotoxicidades detectadas derivaron en SRAM.

Neutropenia:

Periodo de estudio: 01/01/2013-31/03/2015; Neutropenias detectadas: 9; Intervenciones farmacéuticas: 3; Intervenciones sin respuesta por médico: 2; Sospechas de causa farmacológica confirmada por médico (notificada): 1; Fármacos implicados: espironolactona, amoxicilina-clavulánico, ceftriaxona, levofloxacino.

En el 33% (1/3) de las intervenciones del farmacéutico de hospital por neutropenia se ha sospechado de SRAM. El 11% (1/9) de las neutropenias detectadas derivaron en SRAM.

CONCLUSIONES: El PAFV basado en la detección de diagnósticos alertantes a partir de señales de laboratorio contribuye a la notificación de SRAM en el hospital. La neutropenia resulta ser el diagnóstico que detecta SRAM de forma más específica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

264. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VALORES DE POTASIO SÉRICO ALTOS

AUTORES: Laría Campaña C, Calvo Aragüete Me, Sainz De Rozas Aparicio C, Barajas Santos Mt, Casajus Navasal A, Carrillo Acevedo L.

Hospital San Pedro. Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: Debido a que la hiperpotasemia es un trastorno electrolítico grave a veces producido o agravado por fármacos, el objetivo del estudio es analizar el tratamiento de los pacientes ingresados con valores de potasio sérico elevados ($\geq 5,1$ mmol/L).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal realizado durante el mes de abril del 2015 en un Hospital General de 600 camas. Los pacientes con potasio sérico $\geq 5,1$ mmol/L se detectaron a través del programa de Análisis Clínicos Weblab de Roche®. La prescripción farmacológica se obtuvo del programa informático Athos APD® Prisma. Se analizó:

- Número total de pacientes con valores $\geq 5,1$ mmol/L.
- Número de pacientes con fármacos prescritos que pueden incrementar los valores de potasio sérico, y grupo terapéutico al que pertenecen.
- Servicios Clínicos implicados.

RESULTADOS: De 232 pacientes con valor de potasio sérico $\geq 5,1$ mmol/L, el 86,6% (201) recibían durante su estancia hospitalaria fármacos susceptibles de incrementar los niveles de potasio.

La edad media de los pacientes fue de: $85,3 \pm 5,3$ años.

El valor medio de potasio sérico en estos pacientes fue de $5,5 \pm 0,5$ mmol/L. Se distinguieron tres rangos según la gravedad:

- Leve ($5,1 - 5,5$ mmol/L) en 136 pacientes (67,7%).
- Moderado ($5,6 - 7$ mmol/L) en 63 pacientes (31,3%).
- Grave (> 7 mmol/L) en 2 pacientes (1,0%).

Los grupos farmacológicos implicados fueron: heparinas (75,1%), beta-bloqueantes (19,9%), AINES (16,4%), ARA-II (15,4%), IECAS (15,4%), antagonistas del calcio (12,4%), antagonistas del receptor de aldosterona (7,9%) y digoxina (6,5%). El 9,9% de los pacientes recibía fluidoterapia con potasio.

Analizando los resultados en los 201 pacientes mencionados anteriormente, el tratamiento incluía:

- Un único fármaco con riesgo de causar hiperpotasemia en el 51,7% de los pacientes.
- 2 fármacos en el 28,4% de los pacientes.
- Más de 2 fármacos en el 19,9%.

Los principales Servicios Clínicos implicados fueron: Urgencias (25,3%), Medicina Interna (12%) y Oncología (9,3%).

CONCLUSIONES: - El 86,6% de los pacientes con valores de potasio sérico elevado tienen incluidos en su tratamiento fármacos que favorecen la hiperpotasemia. Esta situación se da principalmente en pacientes de edad avanzada.

- La actuación del farmacéutico en los Servicios Clínicos implicados puede disminuir el riesgo de efectos adversos derivados de la utilización de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

69. REVISIÓN DEL USO DE LOS SISTEMAS CERRADOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Forte Pérez-Minayo M, Castillo Bazán E, Hernández Segurado M, Martín Gozalo Em, Toledano Mayoral G, Pelegrín Torres P.

Fundación Jiménez Díaz. Avda. Reyes Católicos 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Promover la utilización eficiente de los sistemas cerrados para la preparación de citostáticos en el Servicio de Farmacia (SF), con el objetivo de minimizar los riesgos de exposición no sólo de los trabajadores expuestos, sino de todos los trabajadores del Servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Puesto que partíamos de una situación en la que disponíamos de un punzón universal para elaborar todas las preparaciones que protegía frente a la formación de aerosoles pero no de vapores, revisamos qué citostáticos debían ser preparados con un punzón que constase de una válvula de admisión de aire. Los punzones son perforadores de acceso a vial sin aguja para la reconstitución y dilución.

Se revisaron las presentaciones disponibles en el hospital atendiendo a: vía de administración, excipientes (mediante fichas técnicas), riesgo para el personal manipulador, según las clasificaciones IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer), y NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health); y se midieron los diámetros de los viales.

Se clasificaron los citostáticos para que la reconstitución se llevara a cabo con punzones de diferente tipo en función del grado de contaminación de la mezcla y carcinogenicidad del citotóxico.

Se seleccionaron tanto los fármacos de riesgo 1 como aquéllos cuyos excipientes incluyesen vehículos alcohólicos, susceptibles de formar vapores.

RESULTADOS: Se evaluaron 66 presentaciones, excluyendo los anticuerpos monoclonales por no representar el mismo riesgo que la quimioterapia.

Se midieron los diámetros de los viales, siendo de 13 ó 20 milímetros.

De acuerdo a estos criterios, un total de 11 fármacos resultaron susceptibles de ser reconstituídos con este tipo de punzón: busulfán, cabazitaxel, carmustina, ciclofosfamida, eribulina, etopósido, fotemustina, melfalán, paclitaxel, temsirolimus y tiotepa; representando un 18% respecto al volumen total de preparaciones.

Tras la revisión, se incluyeron 4 punzones: el punzón que protege frente a vapores para las presentaciones seleccionadas (de un tamaño u otro dependiendo del vial), y el punzón sencillo para el resto (también de un tamaño u otro).

Para los monoclonales, nos preocupaba garantizar la estabilidad de los viales abiertos (puesto que aprovechamos picos). Finalmente, y para no incrementar demasiado los costes, decidimos utilizar el punzón con válvula pero sólo en el último vial de cada preparación (el coste de este punzón es aproximadamente cuatro veces mayor).

CONCLUSIONES: Dado que existen datos que indican que la exposición continua a pequeñas dosis de estos fármacos puede tener efectos carcinogénicos, pensamos que la actividad adecuada es la preventiva, y que es papel del farmacéutico la selección de estos sistemas para garantizar la seguridad ambiental y microbiológica, coste y reducción de carga de trabajo.

Desde el SF quisimos realizar una revisión de estos sistemas que nos permitiera utilizarlos eficientemente.

Esta metodología de trabajo es reciente, de aquí en adelante veremos si conlleva limitaciones.

El utilizar el punzón con válvula de admisión de aire para sólo algunos citostáticos supone el ahorro y empleo eficiente del material.

Pretendemos dar a conocer nuestra revisión a otros hospitales.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

376. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: Álvaro Alonso Ea, Leganés Ramos A, Sanz Márquez S, Fuentes Santos C, Renilla Sánchez Me, Pérez Encinas M.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/ Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la seguridad de la prescripción de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) a dosis anticoagulantes en pacientes ingresados de acuerdo al peso, función renal y al riesgo hemorrágico durante su seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes hospitalizados incluyendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Urgencias. Se realizaron tres cortes los días 18-marzo, 22-mayo y 17-diciembre de 2014 seleccionando los pacientes en tratamiento con HBPM a dosis anticoagulantes (1mg/kg/12h ó 1,5mg/kg/24h) empleando el módulo de Gestión de Unidosis de Farmatools®. Utilizando el programa de Historia Clínica Electrónica (Selene®), se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio, indicación, dosis, posología de la HBPM y tratamiento domiciliario con antiagregantes. También se registró la indicación y número de determinaciones de actividad anti-Xa solicitadas y las complicaciones. Asimismo, se calculó el riesgo hemorrágico mediante la escala HAS-BLEED.

La seguridad se determinó valorando el ajuste al peso y función renal (método CKD-EPI). Se realizó un análisis estadístico univariante empleando el programa SPSS®.

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes de una edad media de 75.84 años [52-98], 54 varones (52.94%). Los Servicios prescriptores fueron: Medicina Interna(32,36%); Cirugía general y Oncología(10,78%); Urgencias y Neurología(9.8%) y UCI 2.94%. La HBPM más utilizada fue enoxaparina (91.18%). El resto recibió nadroparina. La posología de enoxaparina fue cada 12 horas en un 52.82%. Las indicaciones para anticoagulación fueron: fibrilación auricular(53,92%), enfermedad tromboembólica(28,43%), valvulopatía/prótesis(7,84%), accidente isquémico transitorio(1,96%) y otros(7,84%). Recibían simultáneamente antiagregación 31 pacientes (30,39%): 25 con ácido acetilsalicílico, 5 clopidogrel y 1 ambos. En cuanto a la actividad anti-Xa, se solicitaron un total de 98 determinaciones en 41 pacientes (40,19%), estando correctamente indicada en 38 de ellos. Por el contrario, en aquellos pacientes en los que no se había solicitado, sí tenía indicación de solicitud en 17 (16,67%). Un 13,72% presentaron complicaciones relacionadas con la anticoagulación aunque no fueron graves, 8 fallecieron por su enfermedad de base y 7 pacientes necesitaron transfusión sanguínea. El riesgo hemorrágico fue bajo en 28 (27,45%), medio en 66 (64,71%) y alto en 8 pacientes (7,84%). El riesgo de presentar complicaciones en el grupo de HAS-BLEED medio y alto respecto al bajo fue de Riesgo Relativo (RR)=1,14 (IC95%:0,33-3,98) y RR=3,38 (IC95%:0,838-13,58) respectivamente. Estas diferencias fueron significativas ($p<0,001$). Además, los pacientes antiagregados presentaron más riesgo de complicaciones: RR=8,65 (IC95%:2,22-33,70). En todos los pacientes la dosis de HBPM estaba ajustada correctamente a peso y función renal a excepción de 10 pacientes(9,8%). Cinco de ellos estaban infradosificados, 4 sobredosificados (2 de ellos tenían alto riesgo hemorrágico) y en 1 no se ajustaba a la dosis domiciliaria.

CONCLUSIONES: El ajuste de HBPM de acuerdo al peso y función renal es aceptable. Sin embargo, la determinación de la actividad anti-Xa es inadecuada por exceso en muchos casos. Los pacientes que reciben tratamiento antiagregante y tienen un alto riesgo hemorrágico, tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones, por lo que se hace necesario calcular el riesgo hemorrágico mediante la escala HAS-BLEED para realizar un seguimiento más estricto del tratamiento anticoagulante con HBPM durante el ingreso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1234. SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN DE GASAS YODOFÓRMICAS

AUTORES: Andújar Mateos A, Del Moral Sánchez Jm, Martí Llorca A, García Monsalve A, Jiménez Pulido Ip, Navarro Ruiz A.

Hospital General Universitario De Elche. Camí De L'Almanssera, 11. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: Las gasas yodofórmicas, pueden ser una alternativa a valorar cuando los pacientes no presentan mejora terapéutica con apósitos de clase III utilizados para la limpieza y cura avanzada de heridas en pacientes hospitalizados en servicios como Cirugía Vasculor o Torrinolaringología. Estas gasas aportan ventajas frente a la aplicación de povidona yodada, pero no se encuentran comercializadas. Su elaboración en el Servicio de Farmacia (SF) presenta dificultades, debido a que el yodoformo es considerado nocivo por entrañar un peligro de toxicidad cutánea, oral, ocular y por inhalación.

OBJETIVO: Desarrollar un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la elaboración de gasas yodofórmicas desde el área de farmacotecnia del SF.

MATERIAL Y MÉTODOS: En agosto de 2013 el servicio de Cirugía Vasculor de nuestro hospital solicitó la elaboración de gasas yodofórmicas para un paciente hospitalizado con una herida abierta de difícil abordaje clínico.

Desde 1998 no se elaboraban gasas yodofórmicas en el SF y el protocolo de elaboración existente estaba basado en una adaptación de la Pasta de Rutherford recogida en la Farmacopea Británica. Además, los diferentes procesos se realizaban en la sala de farmacotecnia.

Ante la sospecha de la desactualización del citado PNT, la información obtenida de la ficha de seguridad del yodoformo respecto a efectos perjudiciales y con el fin de ajustarse a las "good manufacturing practice" (GMP) se evaluó la situación y se adoptaron las medidas pertinentes para continuar preparando dicho producto de forma segura.

RESULTADOS: En base a las nuevas directrices establecidas por Salud Laboral, se introdujeron las siguientes pautas:

1. Lugar de fabricación: cabina de seguridad biológica clase 2.
2. Material a utilizar estéril.
3. Precauciones e indumentaria: mismo equipo de protección individual que al manipular material de riesgo biológico (gorro, gafas, bata, guantes, calzas). El flujo laminar vertical de aire se mantendrá encendido durante todo el tiempo que allí se encuentren las gasas (17-24h).
4. Los residuos se eliminarán según la política de gestión de residuos del hospital.

Desde la actualización del PNT, se ha prescrito tratamiento con gases yodofórmicas en 8 pacientes diferentes por parte de Cirugía Vasculár, elaborando la fórmula un total de 10 veces (96 unidades) bajo dichas condiciones.

CONCLUSION: A través de las recomendaciones de Salud laboral para manejar componentes tóxicos y de las GMP, la preparación en el SF de gases yodofórmicas es segura para el personal implicado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

687. SISTEMA INFORMATIZADO DE NOTIFICACIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL: RESULTADOS.

AUTORES: Vicente Escrig E, Martínez Aguilà M, Noblia Gigena Lb, Guillemat Morrugat M, Meury Scavini Em, Serrano Suárez S.

Hospital del Vendrell. Carretera Nacional 340 s/n. Tarragona. España

OBJETIVO: Analizar los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) notificados mediante un sistema informatizado en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo de los AAM notificados entre septiembre 2013 y abril 2015.

Variables analizadas: áreas de origen y detección, vía de conocimiento, proceso de la cadena terapéutica, tipo, edad, riesgo (en función de probabilidad de ocurrencia y gravedad), causas y medicamentos implicados.

RESULTADOS: Se notificaron 73 AAM: 71 errores de medicación, 2 reacciones adversas a medicamentos (RAM). 5 (6,8%) se originaron en urgencias, 22 (30,1%) farmacia, 46(63%) plantas de hospitalización (13(17,8%) quirúrgicas, 33(45,2%) médicas). Se detectaron: 1 (1,4%) farmacia, 3(4,1%) hospital de día, 5(6,8%) cirugía médica ambulatoria, 7(9,6%) urgencias, 57(78,1%) plantas de hospitalización (18(24,6%) quirúrgicas, 39(53,4%) médicas). Vía de conocimiento: 5(6,8%) observación indirecta, 13(17,8%) referencia tercera persona, 55(75,4%) vivencia directa.

Proceso de la cadena terapéutica: 1 (1,4%) conciliación, 4(5,5%) preparación en el área clínica, 7(9,6%) almacenamiento en el área clínica, 12(16,4%) transcripción al «kárdex» de enfermería, 13(17,8%) prescripción, 15 (20,5%) gestión interna del servicio de farmacia (9 (12,3%) suministro, 3 (4,1%) etiquetado, 2(2,7%) validación y 1 (1,4%) preparación) y 21(28,8%) administración.

Tipo de error: 1 (1,3%) duplicidad terapéutica, 1(1,3%) duración incorrecta, 1 (1,3%) caducidad, 1(1,3%) omisión de dosis, 2(2,7%) RAM, 2(2,7%) validación, 2(2,7%) ubicación, 3(4,1%) etiqueta incorrecta, 3(4,1%) vía de administración incorrecta, 5(6,8%) frecuencia incorrecta, 5(6,8%) paciente incorrecto, 6(8,2%) omisión de medicación (2 transcripción, 4 dispensación), 7(9,5%) medicamento innecesario, 7(9,5%) alergia, 13(17,8%) medicamento incorrecto y 14(19,2%) dosis incorrecta.

Causas: 2(2,7%) carga de trabajo, 3(4,1%) comunicación verbal, 4(5,4%) desconocimiento, 4(5,4%) interpretación errónea, 6 (8,2%) similitud en envases o nomenclatura, 20(27,4%) aplicación incorrecta o ausencia de protocolos, 29(39,7%) lapsus/despiste y 5(6,8%) no descrita.

Edad: se descartan 7 AAM por ser almacenamiento; 3(4,5%) 1-10 años, 1(1,5%) 11-20 años, 23(34,8%) 21-60 años, 24 (36,4%) 61-80 años, 12(18,2%) >80 años, 3 (4,6%) no consta.

Probabilidad: 19(26%) Frecuente, 24(33%) Probable, 16(21,9%) posible/ocasional, 10 (13,6%) poco frecuente, 4 (5,4%) muy infrecuente.

Gravedad: 37(50,6%) el error se ha producido pero no ha llegado al paciente, 18(24,6%) ha llegado pero no ha producido lesión, 10(13,6%) no ha producido lesión pero ha requerido observación, 7(9,5%) ha precisado tratamiento y/o alargado la hospitalización y/o provocado lesión temporal, 1(1,3%) ha contribuido o producido la muerte.

Clasificación del riesgo: 1 (1,4%) Riesgo extremo, 6(8,2%) Riesgo alto, 15(20,5%) Riesgo moderado, 38(52,1%) Riesgo bajo, 13(17,8%) Riesgo muy bajo.

Un 97,2%(71) fueron evitables.

Medicamentos: 2(2,7%) beta-bloqueantes, 2(2,7%) anestésicos sistémicos, 3(4,1%) citostáticos, 3(4,1%) hierros endovenosos, 4(5,5%) antiarrítmicos y nitritos, 4(5,5%) insulinas, 4(5,5%) diuréticos, 5(6,8%) anticoagulantes orales, heparinas y antitrombóticos, 10(13,7%) 13(17,8%) analgésicos y antipiréticos (7 metamizol), antibióticos y antifúngicos 23(31%) otros.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los AAM fueron evitables y se produjeron por lapsus/despiste o incumplimiento de protocolos, la mitad fueron de riesgo moderado y no llegaron al paciente. Los analgésicos, antipiréticos y antibióticos fueron fármacos los más implicados.

639. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL: AJUSTE POSOLÓGICO

AUTORES: Llorente Serrano M, Martí Gil C, Sánchez Gundín J, Recuero Galve L, Valera Rubio M, Barreda Hernández D.

Hospital Virgen De La Luz. Hermandad Donantes De Sangre, S/N. Cuenca. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones farmacoterapéuticas (RF) en pacientes con alteración de la función renal (Fr) para optimizar la posología del tratamiento antibiótico y analizar tanto los servicios clínicos como los antibióticos susceptibles de RF.

MÉTODOS: Estudio prospectivo de 6 semanas de duración (abril'15 – mayo'15) llevado a cabo en un hospital de segundo nivel con 399 camas, dirigido a pacientes con los siguientes criterios: 1) filtrado glomerular (FG) < 60 mL/min; 2) creatinina sérica (Cr) > 1,2 mg/Dl, 3) en tratamiento antibiótico; y 4) hospitalizados en unidades clínicas con sistema de distribución de medicamentos en Dosis Unitaria. Se excluyeron los pacientes del Servicio de Nefrología.

Para la estimación del cálculo del FG se empleó la ecuación MDRD-4 IDMS. Una vez calculado el FG se comprobó la adecuación posológica a la Fr del paciente y en caso oportuno, se realizaba una RF al médico prescriptor: modificación de dosis, de intervalo posológico (IP) o ambas, de acuerdo a las recomendaciones de las fichas técnicas de los antibióticos, evaluando la aceptación al día siguiente.

Fuente de información: historia clínica informatizada del paciente (MambrinoXX®), historia farmacoterapéutica (Pacientes Unidosis-Farmatools Dominion®) y laboratorio (Modulab®).

Datos recogidos: sexo, edad, Cr, servicio clínico y antibiótico prescrito.

RESULTADOS: 31 pacientes (52% hombres) con una edad media de 81 años (53-97) se incluyeron en el estudio. 65% presentaba un FG entre 50-20 mL/min, 28% entre 19-10 mL/min y 7 % inferior a 10 mL/min. Se realizaron un total de 32 RF: 21 para ajuste de dosis, 3 para ajuste de IP y 8 para ajuste de ambas. El antibiótico con mayor número de RF fue levofloxacino (18), seguido de amoxicilina/ácido clavulánico (6), y el servicio con mayor número de tratamientos revisados fue Medicina Interna (21), seguido de Traumatología (2) y Urología (2).

Se aceptaron un total de 12 RF. De éstas, un 67% se aceptaron con cambio de dosis, 25% con modificación de IP y 8% con ambas modificaciones, mientras 8 no pudieron ser valoradas por los siguientes motivos: altas hospitalarias, suspensión o cambio de antibiótico, normalización de valores de Cr o error en la analítica.

CONCLUSIONES: Las RF propuestas por el farmacéutico fueron razonablemente aceptadas. Una propuesta de mejora pasa por fomentar la comunicación verbal de las RF con el médico prescriptor.

La implantación de este sistema permite al farmacéutico integrarse en la práctica asistencial a través del equipo multidisciplinar, mejorando de forma significativa la optimización del tratamiento y la seguridad de los pacientes.

737. UTILIZACIÓN DEL CMBD PARA LA DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: Rentero Redondo L, Iniesta Navalón C, Laso Trillo Jf, Gascon Canovas Jj, Caballero Requejo C, Antequera Lardon Mt.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Av. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia de efectos adversos (EA) que se producen en el paciente hospitalizado y analizar los factores asociados a su aparición.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes dados de alta durante el año 2014 de un Hospital de referencia de Área de 350 camas. El estudio se centró en los pacientes en cuyo informe de alta se incluían los códigos asociados a EA por medicamentos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) (códigos E930-E949.9).

Se recogieron características sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (comorbilidades), administrativas (servicio de ingreso, estancia hospitalaria y situación al alta) y relativas al EA (tipo de EA y grupo farmacológico implicado).

Se realizó un estudio descriptivo, mostrando las variables cualitativas como porcentaje y la cuantitativas como medias (desviación estándar). Para comparar la estancia media entre los pacientes con/sin EA se utilizó la prueba de T-Student, asumiendo normalidad. Para comprar la mortalidad se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado. Para determinar los factores asociados a la aparición de EA durante el ingreso se realizó un análisis de regresión logística uni/multivariante. Se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05 y se realizaron con el SPSS v15.0.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 11.557 casos relativos al año 2014, que correspondían a 9.034 pacientes. El 53,0% de los casos eran hombres y la edad media fue de 61,5 años (DE: 20,2), observando que 49,5% eran mayores de 65 años. El 63,0% de los ingresos se produjeron en servicios médicos.

Se detectaron un total de 605 casos (5,2%) de EA durante la hospitalización que correspondieron a 536 pacientes (5,9%). Del total de EA detectados el 88,0% se produjeron en servicios médicos, siendo los más frecuentes Medicina Interna (41,0%), Unidad de Corta Estancia (10,9%) y Cardiología (8,0%). Los tipos más frecuentes de EA detectados fueron: hiperglucemia (23,3%), alteración de coagulación (4,3%), dermatitis (4,1%) y fallo renal agudo (3,5%). Los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados en los EA fueron los corticoides (25,4%), anticoagulantes (13,4%), antiarrítmicos (5,1%) y diuréticos (4,8%).

La estancia media en los pacientes con al menos un EA durante el ingreso fue superior que en el grupo de pacientes sin EA (12,1±9,3 días frente 7,9±8,0 días; p<0,001). La mortalidad durante el ingreso de los pacientes con al menos un EA durante la hospitalización fue del 4,1% frente al 3,4% en los pacientes sin AAM, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (p=0,318).

Tras el análisis de regresión logística multivariante los factores asociados a sufrir un EA durante la hospitalización fueron tener una edad>65 años (OR:2,2[IC95%:1,8-2,7]), la presencia de insuficiencia cardíaca (OR:2,1[IC95%:1,7-2,6]), diabetes (OR:2,2[IC95%:1,7-2,9]) y la ERC (OR:1,2 [IC95%: 1,1-1,3]).

CONCLUSIONES: Existe un elevado número de pacientes que durante su ingreso sufren algún tipo de EA relacionado con los medicamentos aumentando su estancia hospitalaria.

Tan solo cuatro grupos de fármacos son los responsables de la mitad de los EA durante el ingreso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1221. VARIABILIDAD ENTRE EL PESO DE DOSIFICACION Y EL PESO REAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

AUTORES: Gutiérrez Vozmediano R, Martínez Valero A, Jimenez Pulido I, García García MC, Vazquez Agulló JM, Navarro Ruíz A.

Hospital General Universitario de Elche. Camí de L'Amàssera, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: Los errores de medicación (EM) con antineoplásicos pueden tener consecuencias graves debido a su toxicidad y en ocasiones estrecho margen terapéutico. Entre las acciones propuestas por GEDEF0 para la prevención de EM en quimioterapia se incluye repetir la medida del peso en cada ciclo y compararla con las medidas de ciclos anteriores, no obstante, en la práctica clínica esto no siempre se cumple. El objetivo de este estudio es evaluar la variabilidad entre el peso de dosificación del tratamiento de quimioterapia y el peso real del paciente.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que acudieron a recibir tratamiento al Hospital de Día de Oncología durante febrero 2015. Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos que habían recibido al menos un ciclo de quimioterapia. Los datos se obtuvieron a través del programa de prescripción electrónica Farmis Oncofarm® y se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, peso, tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y toxicidad. Para determinar la diferencia entre el peso real y el utilizado por el oncólogo en la prescripción los pacientes fueron pesados por el personal de enfermería a su llegada al hospital de día de oncología antes de recibir el tratamiento de quimioterapia. La diferencia de peso observada se clasificó según los Criterios de Terminología Común de Acontecimientos Adversos (CTCAE) v.5.0 (5-10% grado I, 10-20% grado II y >20% grado III). Además, se midió el tiempo transcurrido desde el último peso registrado en el programa de prescripción, se analizaron las modificaciones de dosis realizadas y la prevalencia de toxicidad.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio fueron pesados 148 pacientes (56.1% mujeres), edad media 62.1±11.8 años. La variación del peso real con respecto al peso de dosificación fue del 5% (-22.6% a +22.06%). En 95 (64.2%) pacientes se observó una variación de peso

CONCLUSIONES: Aunque, en la mayoría de los casos, la variación de peso observada fue

El farmacéutico debe comprobar en la validación de la prescripción que el peso del paciente empleado para el cálculo de la dosis esté actualizado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

460. ¿ACEPTAN LOS MÉDICOS Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LA TÉCNICA DE LAS LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS?

AUTORES: De Vicente López G, Pi Sala N, Jaume Gaya M, Montoliu Alcón P, El hilali Masó N, Pons Busom M. Hospital Universitario Sagrat Cor. Viladomat, 288. Barcelona. España

OBJETIVO: Valorar la aceptabilidad y la aplicabilidad de la técnica de las letras mayúsculas resaltadas (TLMR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado en un hospital de 300 camas durante 4 meses (enero- abril 2015)

Se aplicó la TLMR en el sistema de prescripción a tres antibióticos recogidos en la lista ISMP-españa con riesgo de ocasionar errores de medicación por su similitud ortográfica (cefAZOLina – cefTRIAxona – cefTAZIdima).

Posteriormente, se elaboró una encuesta dirigida al personal médico (PM) y al personal de enfermería (PE), con 5 preguntas para valorar si se consideraba necesario disponer de este sistema de minimización de errores de medicación, el impacto de su utilización, si la técnica podía ser útil para una correcta identificación de los medicamentos, si consideraban que la técnica podía reducir errores de medicación y valorar donde aplicarla.

Las respuestas podían ser afirmativas, negativas o no sabe/no contesta excepto la última pregunta sobre el ámbito de aplicación que era multirespuesta (reenvasado, estocs de medicación, almacén farmacia, guía farmacoterapéutica, prescripción electrónica e informes de alta).

Los resultados de las encuestas fueron procesados con el programa informático SPSS. Se realizó un estudio descriptivo y uno comparativo entre los resultados obtenidos en los dos colectivos mediante la prueba de chi-cuadrado.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 180 encuestas, 99 a PM y 81 a PE.

El 85% de los encuestados consideró que era posible equivocarse entre medicamentos de nombres similares, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos colectivos.

Sólo un 40% de los profesionales se dio cuenta que se había aplicado la TLMR en la prescripción electrónica: el 26% del PM y el 57% del PE ($X^2=17,4;p<0,0005$).

El 77% consideró que ésta era una buena técnica para distinguir los medicamentos similares, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Ambos colectivos opinaron que esta técnica podía minimizar los errores de medicación, respondiendo afirmativamente el 71%: el 68% del PM frente al 75% del PE, sin observarse diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a las prioridades de aplicación de la TLMR en los distintos ámbitos: el 50% de los encuestados consideró adecuado aplicarla en la prescripción electrónica, el 40% en estocs de medicación, el 33% en la guía farmacoterapéutica, el 26% en el almacén de farmacia, el 24% en el reenvasado, el 19% en los informes de alta, el 19% no consideró oportuno ningún ámbito.

El estudio comparativo entre los dos colectivos mostró que:

El 62% del PM respecto el 35% del PE consideró oportuno aplicarla en la prescripción electrónica. ($X^2=14,0;p<0,0005$)

El 41% del PM respecto el 24% del PE consideró oportuno aplicarla en la guía farmacoterapéutica. ($X^2=6,5;p=0,011$)

CONCLUSIONES: La técnica ha sido ampliamente aceptada. Los encuestados creen que es posible equivocarse de medicamento debido a su similitud ortográfica y que la aplicación de esta técnica puede minimizar los errores de medicación, sobre todo cuando ésta se aplica en la prescripción electrónica, guía farmacoterapéutica y estocs de medicación.

Progresivamente se aplicará la técnica en los ámbitos que los dos colectivos encuestados han considerado más relevantes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1023. ¿ES LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN UNA ESTRATEGIA ÚTIL PARA REDUCIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO?

AUTORES: Saldaña Soria R, Del Moral Alcázar Mdc, Alcalá Sanz A, Barbero Hernández Mj, Horno Ureña F. Complejo Hospitalario De Jaen. Avd.ejercito Español. Jaén. España

OBJETIVOS: - Analizar las discrepancias detectadas por el farmacéutico al ingreso hospitalario.

- Evaluar la calidad de la prescripción y del proceso de conciliación y el grado de cobertura del programa.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio prospectivo multidisciplinar en Marzo-Abril/2014 en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes ingresados en la unidad de Oncología con al menos 5 medicamentos en su tratamiento domiciliario. Fueron excluidos pacientes con ingreso

Se recogieron variables demográficas (identificación, edad, sexo, fecha ingreso/alta, motivo ingreso, diagnóstico y alergias/intolerancias), y del proceso de CM (medicación habitual, medicación prescrita, discrepancias).

Se consultó: historia clínica electrónica, programa de prescripción electrónica y entrevista clínica al paciente o familiar/cuidador.

En las primeras 24-48h del ingreso, el farmacéutico comparó la medicación habitual con el tratamiento activo, y clasificó las discrepancias según el Documento de consenso en CM, publicado por la SEFH en, justificadas (DJ), no justificadas (DNJ), y no resueltas (DNR). Se registraron como errores de conciliación (EC) las DNJ notificadas que provocaron cambio en la prescripción. La gravedad de los EC se hizo acorde a la clasificación del National Council for Medication Error Reporting.

Los indicadores utilizados fueron los propuestos por el Grupo de Consenso SEFH.

RESULTADOS: 63 pacientes reunieron los criterios para la CM en el periodo estudiado, 44 hombres (69,9%) y 19 mujeres (30,1%) con una edad media de $63\pm 10,4$ años. Se conciliaron $11,2\pm 4,1$ fármacos por paciente, con un máximo de 20 y un mínimo de 5.

Se detectaron 497 discrepancias entre los 706 fármacos analizados, de las que 109 fueron DNJ. De estas, 54 (49,5%) quedaron como DNR y se identificaron 56 EC (50,5%). La omisión (83,9%) fue la causa principal de los EC, seguido por las diferencias en dosis, vía o frecuencia de administración y medicamento equivocado.

Todos los EC fueron categorizados como C, D, E o F, tratándose así de EM que alcanzaron al paciente; un 28,1% de estos hubiera causado daño temporal y en un 7% de los casos se hubiera provocado un daño que hubiera requerido la prolongación de la estancia hospitalaria.

El índice de cobertura (IC) del programa fue del 67%. El porcentaje de pacientes con EC fue 72,1%. El porcentaje de medicamentos con EC fue 7,9%. El número de EC por paciente fue 1,8. Se detectó el 51,4% de los EC.

CONCLUSION: Un farmacéutico en el equipo asistencial oncológico es clave para llevar a cabo la CM. Los escasos recursos disponibles hacen que el IC alcanzado no sea el deseable. La gravedad del paciente oncológico hace que sus patologías crónicas y el tratamiento de estas estén en segundo plano, lo que explicaría las DNR y que la omisión sea el principal EC detectado. El alto número de EC detectados indica que la CM es eficaz para reducir EM en las transiciones asistenciales. Una herramienta informática compartida entre todas las áreas de atención al paciente oncológico podría ayudar a minimizar los EC.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

181. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA EFICACIA Y SEGURIDAD ENTRE LA ADMINISTRACION DE INFLIXIMAB ORIGINAL E INFLIXIMAB BIOSIMILAR (REMSIMA)?

AUTORES: Poquet Jornet Je, Cuesta Grueso C, Munilla Das A, Sanchez Aranda S, Ternor Gomis C.

Hospital De Denia-Marina Salud, S.a.. Partida De Beniadla S.n.. Alicante. España

Objetivos

Recientemente se ha comercializado un biosimilar de infliximab (Remsima) presentando las mismas indicaciones que el fármaco de referencia. Nuestro objetivo es confirmar que los datos de equivalencia, tanto en eficacia como en seguridad, recogidas en los estudios también se muestran en la práctica clínica real de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: A mediados de febrero del 2015 se procedió a la incorporación del biosimilar en el hospital (tanto para los pacientes nuevos como para los que realizamos el cambio desde el infliximab original). Para analizar la eficacia se han revisado todos los informes de los facultativos y para evaluar la seguridad se han analizado todos los informes del personal de enfermería en el Hospital de Día médico. Se ha analizado la eficacia y los efectos adversos de todos los pacientes tratados durante ocho meses (cuatro meses con el infliximab original y cuatro meses con el infliximab biosimilar). Se analizaron los pacientes que habían recibido al menos una dosis del biosimilar.

RESULTADOS: Durante el periodo analizado se han estudiado 28 pacientes (26 fueron "switch" y dos fueron "naive" que ya iniciaron directamente con biosimilar) recibieron 180 administraciones de infliximab. La mayoría eran pacientes varones, los pesos de los pacientes en ambos grupos de tratamientos fueron comparables y recibieron una dosis media de infliximab de 336 mg en ambos grupos de tratamientos. En cuanto a la eficacia, la introducción del biosimilar de infliximab, no ha modificado la eficacia que se venía observando con la administración del fármaco original en ningún paciente. Con relación a la seguridad, tras la administración del infliximab biosimilar no se ha observado ningún efecto adverso por parte del personal del hospital de día, con un perfil de seguridad similar al que presentaba el infliximab original.

CONCLUSION: La sustitución del biosimilar original (Remicade) por el biosimilar (Remsima) no ha supuesto ninguna variación en cuanto a la eficacia ni en la seguridad del producto. Teniendo en cuenta que los tratamientos con infliximab suelen prolongarse durante años, es recomendable continuar realizado el seguimiento del uso de infliximab biosimilar.

71. ¿SE HA DESCUIDADO LA MONITORIZACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA CLOZAPINA?

AUTORES: Meneses Mangas C, Martín Clavo S, Bonilla Galan C, Briegas Morera D, Romero Soria L, García Lobato E. Centro Hospitalario Universitario De Badajoz. Avda. De Elvas Sn. Badajoz. España

INTRODUCCIÓN: La clozapina resulta eficaz en los casos de esquizofrenia refractaria pero su uso ha quedado restringido a casos resistentes a otros antipsicóticos por el riesgo de provocar agranulocitosis, siendo necesario un estricto control hematológico.

OBJETIVO: Analizar la utilización de clozapina y revisar el estado actual de la monitorización de sus efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo desde enero-mayo de 2015 de pacientes ingresados en tratamiento con clozapina. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento, posología, duración del tratamiento, tratamientos previos y recuentos hematológicos (neutrófilos 2000-7500/mm³ y leucocitos 4000-10000/mm³). La información se obtuvo de las historias clínicas electrónicas y del programa de dispensación de farmacia (Farmatools).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio fueron tratados 6 pacientes (3 hombres y 3 mujeres) con una media de edad de 32.3 (21-45) años.

Los pacientes cumplían criterios definidos por el CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia. Comenzaron tratamiento con clozapina debido a resistencia al tratamiento antipsicótico previo definido como la persistencia de síntomas psicóticos a pesar del tratamiento consecutivo con dos antipsicóticos a dosis terapéuticas y durante un mínimo de seis semanas cada uno, o bien por intolerancia al tratamiento con otros antipsicóticos.

La clozapina se tituló sobre la base de la respuesta clínica. La dosis media administrada fue de 241.7 mg al día (25-500). En un paciente se inició tratamiento a dosis superiores a las recomendadas.

Al 67% de los pacientes se les monitorizó el recuento leucocitario y de neutrófilos según las recomendaciones establecidas (recuentos semanales durante las primeras 18 semanas y al menos una vez cada 4 semanas durante el tiempo que continúe el tratamiento) y en un 23% de los pacientes no se realizaron dichos recuentos.

El recuento de leucocitos medio al inicio del tratamiento fue de 8.9mil/mm³ (6.5mil/mm³- 11.6mil/mm³) y 6.4mil/mm³ (4.4mil/mm³-9.7mil/mm³) para neutrófilos

Del total de casos se observó un caso de leucopenia (3300/mm³) y un caso de neutropenia (900/mm³), pacientes en ambos casos en los que no se siguió las recomendaciones establecidas de control hematológico.

En un paciente se suspendió el tratamiento por un recuento de neutrófilos de 1200/mm³ sin reexposición al mismo.

CONCLUSIONES: La adecuación de la utilización de clozapina a las indicaciones autorizadas fue elevada, sin embargo, se ha descuidado evaluar y monitorizar los efectos adversos de la misma lo que supuso alteraciones hematológicas importantes.

Los resultados de nuestro estudio hacen adecuado plantearse la revisión y discusión de los protocolos de utilización y seguimiento de la clozapina en nuestro hospital y en este sentido se iniciará un programa de farmacovigilancia intensivo para pacientes ingresados tratados con clozapina.

Este tipo de estudios nos recuerdan la necesidad de seguir haciendo estudios de utilización de fármacos con gran experiencia de uso pero de los que no debemos olvidar su potencial capacidad de producir reacciones adversas muy graves.

929. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Pelegrin Torres P, Tortajada Esteban EV, Becares Martínez FJ, Toledano Mayoral G, Hernández Segurado M, Arias Moya MA.

Fundación Jiménez Díaz. Avda. Reyes Católicos 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar la prescripción de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (MNIG) a través de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por el servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 6 meses de duración (noviembre 2014 – abril 2015). A diario se obtiene un listado con prescripciones de pacientes en las que el servicio de Farmacia ha realizado una intervención farmacéutica a través de una anotación en el campo de observaciones de la prescripción médica electrónica.

Se seleccionaron y recogieron en una tabla excel todas las IF relacionadas con MNIG realizadas durante el período de estudio, se extrajeron los datos del principio activo prescrito por el médico en el campo de observaciones y el servicio prescriptor.

RESULTADOS: Se registraron un total de 583 prescripciones de MNIG con intervención farmacéutica.

El servicio que mayor número de MNIG pautó fue, el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (22,13%), seguido por Medicina Interna (16,47%), Cardiología y Cirugía Cardiovascular (15,61%) y Neumología (10,29%).

Según la clasificación ATC los cuatro grupos terapéuticos más pautados fueron, antihipertensivos (19,75%), hipolipemiantes (10,50%), medicamentos urológicos (10,32%) y psicoanalepticos (8,90%).

Dentro de cada grupo terapéutico: los antihipertensivos fueron prescritos muy homogéneamente no destacando ningún principio activo en particular. El hipolipemiente más prescrito fue lovastatina (27,12%) seguido de rosuvastatina (23,73%). De los medicamentos urológicos fue la asociación tamsulosina/dutasterida (41,38%), seguido de solifenacina (33,93%) las más prescritas y en el grupo de los psicoanalepticos el más prescrito fue escitalopram (68%) Un 13,48 % de las prescripciones de MNIG fueron fármacos que sí están incluidos en guía.

CONCLUSIONES: Debido a la gran cantidad de principios activos antihipertensivos y sus correspondientes asociaciones así como la comercialización de nuevos hipolipemiantes, cabe esperar que sean los grupos más prescritos como MNIG, ya que no es posible tenerlos todos incluidos en el hospital.

Es necesario incidir en la existencia del programa de intercambio terapéutico puesto que en la mayoría de los casos se dispone de una alternativa que es sugerida por el Servicio de Farmacia y en el caso de algunas asociaciones se dispone de los principios activos por separado incluidos en guía.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

837. CITICOLINA. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y COMISIÓN DE FARMACIA COMO HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EFICIENTE.

AUTORES: Campos Davila E, Guerra Estevez D, Roldan Morales Jc, Ramos Baez Jj, Araujo Rodriguez Fj, Payá Giner C. Hospital Sas La Linea. Av. Menendez Pelayo, 103. Cádiz. España

OBJETIVOS: Evaluar el efecto en la prescripción de un fármaco de alto impacto económico, tras la revisión y difusión de las nuevas evidencias sobre su eficacia por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) en un Área de Gestión Sanitaria (AGS).

MATERIAL Y MÉTODOS: En el año 2013, citicolina figuraba en el 7º puesto de principios activos con mayor facturación de nuestra AGS, con un importe cercano al millón de euros.

Tras la publicación de los estudios ICTUS y COBRIT, en los que citicolina resultaba no ser más eficaz que placebo en sus indicaciones aprobadas, a petición de la Unidad de Farmacia se realizó por parte de la CFyT una revisión de las nuevas evidencias, con la elaboración de un Informe Técnico, cuya propuesta, presentada en Diciembre 2013, fue la de excluir citicolina de la Guía Farmacoterapéutica del AGS. Tras la revisión y validación expresa del informe técnico por el Servicio de Neurología, se procedió a la exclusión del fármaco y la difusión de las evidencias entre los prescriptores del AGS.

Se extrajeron los datos de consumo de citicolina en el AGS mediante el programa oficial del sistema sanitario público para el análisis de la prescripción en recetas, y se procedió, durante los meses Febrero-Abril 14, a la difusión del informe técnico entre los prescriptores para que los tratamientos fueran revisados. La difusión se realizó mediante el envío telemático al 100% de los médicos de AP y realización de Sesiones Clínicas y publicación de boletines a nivel Hospitalario.

Se analiza la diferencia entre la prescripción de citicolina en DDD, envases e importe total facturado los 12 meses previos a la intervención y los 12 meses posteriores a ésta. La extracción de datos se realiza mediante el programa del sistema sanitario público para el análisis de prescripción en recetas.

RESULTADOS: Periodo 1 (Enero-Diciembre 2013): 783.609DDD de citicolina prescritas (34.539 envases, 869.807€ de facturación). Periodo 2 (Mayo-14 a Abril-15): 204.284DDD prescritas (10.125 envases, 160.797€ de facturación). Esto supone una reducción del 74% de las DDD prescritas y de un 81,5% en el importe total facturado (Coste DDD: 1,11 en Periodo 1 y 0,79 en Periodo 2).

En el análisis por niveles asistenciales, en AP se produce una reducción del 75% en DDD prescritas (191.577 frente a 766.826), y una reducción del 82% del importe facturado, mientras que en AH la reducción de DDD prescritas es de un 25% (12.713 frente a 16.783), y del 49% en el importe total.

CONCLUSIONES: En el caso de citicolina, la revisión y difusión de la evidencia científica por parte de la CFyT se muestra como una herramienta de gestión eficiente, provocando una reducción del 74% en su prescripción y una

disminución en el gasto superior a 700.000€ anuales, que pueden dedicarse a otras terapias con beneficios evidentes en salud.

La respuesta ante las recomendaciones fue ostensiblemente inferior en el ámbito hospitalario frente a AP. Sería necesario un análisis pormenorizado para determinar las causas de esta diferencia.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

709. COMPARACIÓN INDIRECTA DE LENALIDOMIDA FRENTE A BORTEZOMIB EN PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE NO CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO

AUTORES: Vázquez Real M, Alegre Del Rey Ej, Alvarado Fernández Md, Jiménez Guerrero L, Castañeda Macías I, Murillo Izquierdo M.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Av. Doctor Fedriani S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Determinar si existen diferencias en la supervivencia libre de progresión (SLP) mediante la comparación indirecta (CI) ajustada de lenalidomida vs. bortezomib.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en Pubmed de los ensayos clínicos aleatorizados y/o metanálisis para el tratamiento en primera línea del mieloma múltiple en pacientes no candidatos a trasplante hematopoyético. Se identificaron estudios que proporcionaran una CI entre lenalidomida y bortezomib. Para ello, los tratamientos seleccionados fueron Lenalidomida/dexametasona (Ld) vs. Melfalán/prednisona/talidomida (MPT); MPT vs. Melfalán/prednisona (MP); y finalmente MP vs. Bortezomib/melfalán/prednisona (VMP). Se seleccionaron los ensayos con poblaciones de pacientes, criterios de inclusión/exclusión y variables similares para asegurar la comparabilidad. Para la CI como tal se empleó el método Bucher (con la calculadora ITC, Indirect Treatment Comparisons, de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). La variable seleccionada para la comparación fue SLP, evaluada mediante el hazard ratio (HR;IC95%).

RESULTADOS: Para la primera comparación se seleccionó el ensayo FIRST (Benboubker et al.) de Ld vs MPT. Para la siguiente comparación indirecta, se recurrió a uno de los ensayos principales que evalúa MPT vs MP, el ensayo IFM 99-06 (Facon et al.). Para la misma comparación, se identificaron los ensayos IFM 01-01, HOVON 09, GIMEMA, NORDIC, que junto al IFM 99-06 ya fueron objeto de un metanálisis; no obstante, de acuerdo a los criterios de inclusión y a los ciclos programados de MPT, el ensayo IFM 99-06 es el que más se ajusta al FIRST. Para la última comparación, se empleó el ensayo VISTA (San Miguel et al.), que compara VMP vs MP. Las limitaciones de la comparación se basan en que, entre FIRST e IFM 99-06, si bien el protocolo del ensayo IFM 99-06 sólo incluye a mayores de 65 años, la publicación específica que también incluye menores de 65 años no candidatos a quimioterapia a altas dosis. En contraste el ensayo FIRST incluye también a menores de 65 años, pero no candidatos a trasplante. La dosis de talidomida en IFM 99-06 no está especificada, admitiendo un máximo de 400 mg/día. Entre IFM 99-06 y VISTA se emplean menos ciclos de MP en el VISTA; y el seguimiento de SLP del estudio VISTA es de 16,3 meses, bastante inferior en comparación al estudio FIRST y al estudio IFM 99-06, que es de 37 y 51,5 meses respectivamente. Por último, sólo en el ensayo VISTA la SLP es la variable principal. Tras la CI, se obtiene un HR (IC95%) para SLP de 0,602 (0,41-0,88) a favor de Ld.

CONCLUSIONES: De acuerdo a la CI realizada, Ld podría resultar superior a VMP para el tratamiento en primera línea en pacientes con mieloma múltiple no candidatos a trasplante hematopoyético. Esta comparación indirecta presenta una fiabilidad reducida, sobre todo por precisar dos nodos (comparadores comunes) entre los tratamientos comparados.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

510. EFICACIA COMPARADA DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS EN RED

AUTORES: González Bueno J, Calvo Cidoncha E, Abdel-Kader Martin L, Vega Coca Md, Flores Moreno S, Bautista Paloma Fj.

Hospital Virgen Del Rocío. Avda. Manuel Siurot, S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Una reducción en la capacidad vital forzada (CVF) $\geq 10\%$ es el factor predictor más importante de mortalidad en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

El objetivo es evaluar la eficacia comparada de los tratamientos disponibles para la FPI a través de la proporción de pacientes que experimentan un deterioro en su CVF $\geq 10\%$.

MATERIAL Y MÉTODOS: • Revisión sistemática (RS) de la literatura. Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE y EMBASE (Junio 2014), con los siguientes criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados (ECA) fase III que evaluaran terapias para tratamiento de pacientes con FPI confirmada histológica o radiológicamente. Los estudios seleccionados debían proporcionar como medida de eficacia la proporción de pacientes que experimentan una reducción $\geq 10\%$ de su CVF durante el periodo de seguimiento. Adicionalmente se realizó una búsqueda manual de artículos. La estrategia de búsqueda incluyó términos descriptores mediante lenguaje controlado (idiopathic pulmonary fibrosis, pulmonary fibrosis, lung fibrosis, fibrosing alveolitis) así como lenguaje libre. La selección de los estudios, extracción y análisis de los datos fue realizada por dos investigadores de manera independiente. En caso de discrepancias se consultó con un investigador senior.

• Metanálisis en red. Se realizó un metanálisis en red, a través de estadística bayesiana, mediante el software NetMetaExcell para comparar la eficacia de las intervenciones identificadas en la RS. Se realizaron modelos de efectos fijos y de efectos aleatorios. La bondad de ajuste y la posterior selección del modelo se determinó mediante el estadístico DIC (deviance information criterion) y la desviación total de los residuales.

RESULTADOS: Se localizaron 47 artículos (15 MEDLINE, 20 EMBASE y 12 búsqueda manual). Cinco artículos, que incluyeron 7 ECA cumplieron los criterios de inclusión, suponiendo un total de 2.698 pacientes y 839 eventos. Intervenciones evaluadas: acetilcisteína 1.800mg/día (1 ECA), nintedanib 300mg/día (2 ECA), pirfenidona 2.403 mg (3 ECA), pirfenidona 1.800mg/día (1 ECA) y pirfenidona 1.200mg/día (1 ECA). Todas ellas se compararon frente a placebo. Además, pirfenidona 1.800mg se comparó con pirfenidona 1.200mg. El modelo con mejor ajuste de los datos fue el de efectos aleatorios.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la CVF $\geq 10\%$ entre ninguna de las intervenciones evaluadas frente a placebo [pirfenidona 1.800 mg, OR 0.48 (ICr 0.15 – 1.57); pirfenidona 2.403mg, 0.52(0.28 – 1.04) n-acetilcisteína, 0.54(0.15 – 1.84); pirfenidona 1.200mg, 0.57(0.17 – 1.94); y nintedanib 300mg, 0.65(0.29 – 1.41)]. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pirfenidona 2.403mg vs Nintedanib, 0.81(0.30 – 2.31); pirfenidona 2.403mg vs n-acetilcisteína 0.97(0.25 – 3.94) ni entre las distintas dosis de pirfenidona.

De acuerdo con los resultados del rankograma, la alternativa terapéutica con mayor probabilidad de disminuir la proporción de pacientes que experimentar un deterioro $\geq 10\%$ en su CVF es pirfenidona 1.800 mg, con una probabilidad del 68%, seguido de pirfenidona 2.403mg (65%), n-acetilcisteína (59%), pirfenidona 1.200mg (55%), nintedanib (45%) y placebo (8,5%).

Conclusión

No se observaron diferencias de eficacia (reducción en la CVF $\geq 10\%$) entre las alternativas disponibles para el tratamiento de la FPI. Tampoco se encontraron diferencias de eficacia entre pirfenidona, nintedanib y n-acetilcisteína frente a placebo.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

881. EFICIENCIA DEL INTERCAMBIO POR UN BIOSIMILAR DE FILGASTRIM

AUTORES: Macia Fuentes L, Perez Dominguez N, Fernandez Gonzalez A, Rojo Alvarez-Buylla C, Alonso Prado J, Puente Martinez P.

Hospital San Agustín. Camino De Heros 4. Asturias. España

OBJETIVO: Estimar la efectividad y eficiencia del intercambio por un biosimilar de factores estimulantes de colonias de granulocitos, Filgastrim

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo durante el 2014 del impacto en la efectividad y en la eficiencia del cambio de Nivestim® por Zarzio® en un hospital comarcal de 400 camas.

Se incluyeron pacientes con al menos 3 meses de tratamiento antes y después del intercambio.

Se recogieron y analizaron la indicación, pauta posológica, recuento de neutrofilos y posibles efectos adversos de la historia electrónica SELENE® y se comparó mediante el test de la T de Student los valores de neutrófilos en ambos periodos.

Se estimó y comparó el coste mensual y ahorro económico de filgastrim en ambos periodos.

Para el análisis de los datos se utilizaron Microsoft Excel® y SPSS statistics®

RESULTADOS: Se analizaron un total de 32 pacientes, de los cuales 22 pacientes correspondieron a la indicación Neutropenia postquimioterapia, 5 a neutropenias congénitas y 5 a síndromes mielodisplásicos (off-label). La media mensual de dosis administradas por paciente fue de 3,5 viales.

El valor medio de neutrófilos en los pacientes durante el periodo con Nivestim® fue de 2,16x10⁹/L y durante el periodo con Zarzio® de 2,17x10⁹/L, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p>0,05).

El coste del tratamiento en los tres meses de Nivestim® fue de 198.880,00€, mientras que el coste de adquisición de Zarzio® fue de 162.647,68 €, suponiendo el cambio en la adquisición del biosimilar una diferencia total de 36.232,32 € en tres meses, siendo el ahorro mensual de 12.077€. El ahorro por paciente se situó en los 377,4 €/mes.

CONCLUSIONES: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores de neutrófilos ni efectos adversos imputables al intercambio, manteniendo la efectividad.

El tratamiento con el biosimilar resultó más eficiente, reduciendo los costes y manteniendo los resultados clínicos

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

315. EVALUACIÓN DEL USO DE PRASUGREL Y TICAGRELOR PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ATERO Trombóticos TRAS SU INCLUSIÓN EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA REGIONAL

AUTORES: Lázaro López E, Martínez Torrón A, Gómez De Segura Iriarte L, Llorente Romeo A, Rodríguez Palomo A, Velasco Rocés L.

Hospital Universitario Central De Asturias. Avda. Roma, S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la adecuación de la prescripción de prasugrel y ticagrelor, para la prevención de eventos aterotrombóticos, al protocolo elaborado por la Comisión regional de evaluación de medicamentos y valorar su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de los pacientes que recibieron tratamiento con prasugrel y ticagrelor tras su inclusión en la GFT regional en febrero de 2014. Se incluyeron pacientes tratados desde junio de 2014 hasta abril de 2015. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso, función renal (creatinina y tasa de filtrado glomerular), antecedentes de ictus/AIT, riesgo de sangrado, indicación del tratamiento, dosis, duración y eventos hemorrágicos registrados. Se revisó, además, que se contara con el impreso de solicitud individualizada de tratamiento. La Comisión aprobó el uso de prasugrel en pacientes con trombosis del stent, 60 kg de peso, sin antecedentes de ictus/AIT y sin insuficiencia renal (IR). Ticagrelor se aprobó para trombosis del stent en pacientes que no cumplieran condiciones para usar prasugrel, SCACEST en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea sin alto riesgo de sangrado e IR moderada y en SCASEST de riesgo medio-alto sin alto riesgo de sangrado, si intervencionismo previsto o IR moderada. Los datos se obtuvieron del módulo de historia clínica electrónica de Cerner-Millennium® y se registraron y procesaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®.

RESULTADOS: De los 140 pacientes tratados, se evaluaron 134, por no disponer de datos suficientes en 6 de ellos. El 67,9% eran hombres. 15 pacientes recibieron tratamiento con prasugrel y 119 con ticagrelor. Las características de los pacientes con prasugrel fueron: mediana de edad 56,6 años (41,1-75,6), mediana de peso 75,0 kg (48,0-120,0), 1 paciente presentaba IR moderada y ninguno antecedentes de ictus/AIT. Todos los pacientes recibieron prasugrel para el tratamiento de la trombosis del stent. Para los pacientes tratados con ticagrelor los resultados fueron: mediana de edad 61,8 años (41,1-85,3), mediana de peso 75,0 kg (52,0-125,0), 9 pacientes presentaban IR moderada y 5 antecedentes de ictus/AIT, ninguno de ellos riesgo de sangrado. La indicación de ticagrelor fue: 9 pacientes trombosis del stent, 32 SCACEST y 78 SCASEST. La mediana de duración de tratamiento fue de 5 días con prasugrel y 4 con ticagrelor. El 97,8% de los pacientes cumplieron el protocolo aprobado. Un paciente tratado con prasugrel lo incumplió por peso 60 kg y edad

CONCLUSIONES: Se observó un elevado cumplimiento del protocolo aprobado para el uso de prasugrel y ticagrelor para la prevención de eventos aterotrombóticos. El balance beneficio-riesgo fue positivo, al no observarse ningún evento hemorrágico relacionado con el tratamiento. La implantación de la historia clínica electrónica posibilita la evaluación de la adecuación de los tratamientos a los protocolos aprobados, a pesar de la ausencia de impresos de solicitud.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

346. INCREMENTO DE LA SEGURIDAD PARA EL PACIENTE EN EL MANEJO DE LOS DESABASTECIMIENTOS Y CESES DE COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS. METODOLOGÍA Y EVOLUCIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: Favieres Puigcerver C, Romá Sánchez E, Company Albir Mj, Martínez Cercós L, García Pellicer J, Poveda Andrés JI.

Hospital Universitario Y Politécnico La Fe. Avda. De Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de desabastecimientos (DB) y ceses de comercialización (CC) de medicamentos en un hospital terciario y el algoritmo de actuación que emplea el Centro de Información de Medicamentos (CIM) frente a ellos para identificar puntos críticos de mejora e incrementar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Extracción de datos históricos de DB y CC correspondientes al periodo junio-14 a mayo-15 de la herramienta informática Trello®.

Análisis del algoritmo de actuación del CIM que permite la búsqueda sistemática de las alternativas terapéuticas más adecuadas frente a DB y CC para anticipar y prevenir errores derivados de dichas situaciones, identificando puntos críticos de mejora y proponiendo actuaciones para optimizar el procedimiento.

RESULTADOS: En el periodo estudiado se registraron 111 DB y 30 CC (99 principios activos implicados), con necesidad de nota informativa (NI) en un 14% y 17% de los casos, respectivamente. El grupo terapéutico más afectado fueron los antiinfecciosos (16% del total). La mediana de DB y CC mensual fue de 8 (1-21) y 2 (0-5), respectivamente. Se observa una tendencia creciente de estos sucesos con el tiempo.

El algoritmo consiste en la identificación del DB o CC mediante notificación, valoración de la situación, las alternativas, y el tiempo en disponer de ellas para determinar el riesgo, grado y urgencia de actuación y, eventualmente, elaborar una NI contando con la opinión de expertos. Finalmente se sigue el cambio y, en su caso, el restablecimiento del suministro. Analizándolo, se han detectado unos puntos de mejora para reducir el riesgo de errores y optimizar el cambio/sustitución:

- Notificación tardía e infranotificación:

Riesgo: retraso en establecer una alternativa.

Propuesta: fomentar la notificación activa.

Actuación: fijar un sistema de reclamación de pedidos pendientes bisemanal para la detección temprana.

- Difusión deficiente o incompleta de la información:

Riesgo: profesionales no informados que no siguen las indicaciones de las NI.

Propuesta: utilizar los sistemas de información disponibles en el hospital.

Actuación: publicación de las NI más relevantes en la intranet para conseguir la máxima difusión.

- Gran cantidad de información en la NI:

Riesgo: obviar las diferencias más relevantes del cambio o las medidas más importantes.

Propuesta: clarificar la información de la NI.

Actuación: identificar los puntos más críticos destacándolos del resto.

- Presentación inadecuada de la alternativa:

Riesgo: confusión con otro medicamento de uso habitual.

Propuesta: validar el aspecto físico de la nueva especialidad.

Actuación: solicitar muestras o consultar las imágenes de la nueva especialidad previamente a su sustitución.

CONCLUSIONES: Los DB y CC cada vez son más frecuentes, con el impacto que ello supone en el arsenal terapéutico disponible para tratar ciertas patologías, y se requiere una actuación rápida, metódica y eficiente para garantizar una terapia óptima y evitar errores que terminen alcanzando al paciente.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

713. INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE ESTATINAS: ATORVASTATINA VERSUS SIMVASTATINA

AUTORES: Roch Ventura Ma, Montañés Pauls B, García Martínez T, Albert Vicent E, Gallego Iglesias B, Ibáñez Benages E.

Hospital General De Castellón. Avenida De Benicassim S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVOS: Analizar la adecuación del intercambio terapéutico de las estatinas, concretamente atorvastatina y simvastatina, a fin de mejorar la calidad de la prescripción y optimizar las intervenciones que se realicen desde el Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: En la Guía Farmacoterapéutica del hospital están incluidas tres estatinas: pravastatina, utilizada con el fin de evitar las interacciones con otros tratamientos concomitantes, atorvastatina empleada cuando se prescribe a dosis altas (≥ 40 mg), en pacientes con insuficiencia renal documentada y en los ingresados en Nefrología y, para el resto de pacientes, dependiendo de la estatina prescrita, ésta se intercambia por simvastatina a dosis equipotentes. Se recogieron los intercambios terapéuticos de estatinas realizados, según lo mencionado anteriormente, desde el mes de mayo de 2014 a febrero de 2015 y, después, se analizó la adecuación de los mismos.

RESULTADOS: En el Servicio de Farmacia se realizaron un total de 4749 intercambios terapéuticos durante el periodo de estudio. De éstos, al no estar ingresados los pacientes en Nefrología, a 426 (41% mujeres) se les sustituyó la atorvastatina por simvastatina. La media de edad fue de $73,9 \pm 11,2$ años, (Z de Kolmogorov-Smirnov= 0,943; $p= 0,336$). La media de la Crs (creatinina sérica) fue de 1,2 mg/dL, con un mínimo de 0,6 y un máximo de 6,8 mg/dL. Un 20% de los pacientes presentaron resultados de Crs por encima de 2,0 mg/dL. Se observó que el valor de Crs no presentó una distribución normal (Z de Kolmogorov-Smirnov= 2,154; $p<0,001$).

Posteriormente, se calculó aclaramiento de creatinina (CICr) utilizándose la fórmula de Cockcroft y Gault. Por la falta de datos en la historia clínica, se asumió un peso de 60 Kg para las mujeres y 70 Kg para los hombres. La media de CICr de los pacientes fue de $44,3 \pm 22,7$ ml/min, con un mínimo de 8.0 y un máximo de 113.0 ml/min. El 28% de los pacientes de la muestra presentó un $CICr \leq 30$ ml/min y el 75 % un $CICr \leq 60$ ml/min.

Los resultados de CICr (ml/min) presentaron una distribución normal (Z de Kolmogorov-Smirnov= 0,482; $p= 0,974$).

CONCLUSIONES: A la vista de los resultados se observa que alrededor del 70% (sin tener en cuenta a aquellos ingresados en la planta de Nefrología) de los pacientes tienen la función renal deteriorada durante la estancia hospitalaria, por lo que los intercambios realizados no se realizaron correctamente. Por ello, es clave disponer de herramientas que nos permitan identificar y calcular la función renal de los pacientes para seleccionar la estatina más adecuada. En el caso de no disponer de dichas herramientas, la opción terapéutica más correcta sería no realizar el intercambio terapéutico a aquellos pacientes que utilizan atorvastatina.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

771. LOS BIOSIMILARES EN LAS GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

AUTORES: Martín Vila A, Martínez López De Castro N, Álvarez Payero M, Ucha Samartín M, Maceiras García L, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Universitario De Vigo (Área De Xestión Integrada De Vigo). C/Meixoeiro S/N. Pontevedra. España

OBJETIVO: Los biosimilares se están introduciendo paulatinamente en el sistema sanitario español. El objetivo de este estudio es conocer la penetración de los medicamentos biosimilares en los hospitales españoles como punto de inicio del proyecto multicéntrico "Evaluación de la situación actual de los biosimilares en España".

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, consistente en la realización de una encuesta a nivel nacional a los farmacéuticos investigadores colaboradores del mencionado proyecto, sobre los biosimilares que se encuentran incluidos en las guías farmacoterapéuticas de sus correspondientes hospitales en el momento de la cumplimentación del cuestionario. Se realizó una búsqueda de los biosimilares aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y se incluyeron en el cuestionario todos los aprobados a fecha 1 de febrero. El cuestionario fue enviado a 38 hospitales (43 farmacéuticos colaboradores), con representación en 15 comunidades autónomas. El envío se realizó el 12 de febrero, aceptándose respuestas hasta el 30 de marzo de 2015.

RESULTADOS: En el momento de la revisión se encontraban aprobados por la EMA los siguientes biosimilares: filgastim, epoetina alfa, epoetina zeta, somatropina, folitropina alfa, infliximab e insulina glargina. Se observó que el medicamento biosimilar más presente en las guías de los hospitales españoles con representación fue filgastim, presente en el 89.5% de los hospitales y la somatropina, incluida en el 39,5% de las guías. Con respecto a las epoetinas, la epoetina alfa está incluida en un 28,9% y la epoetina zeta en un 31,6% de los hospitales. La folitropina alfa está presente en el 5.26% de los hospitales encuestados. En el momento del lanzamiento de la encuesta dos biosimilares se encontraban aprobados por la EMA pero no estaban comercializado en España: Infliximab biosimilar e insulina glargina biosimilar. Ningún hospital tenía incluida la insulina glargina, pero si el infliximab biosimilar (5,3%). Infliximab se comercializó cuando ya habían respondido el cuestionario el 61,5% de los hospitales. En el 5,3% de los hospitales no se encontraba ningún medicamento biosimilar incluido en la guía farmacoterapéutica, en el 23,7% se encontraba un biosimilar incluido, en el 55,2% se encontraban incluidos dos biosimilares, en el 10,5% se encontraban incluidos 3 y en el 5,3% se encontraban incluidos más de 3 biosimilares

CONCLUSIONES: El medicamento biosimilar que tiene una mayor presencia en los hospitales españoles es filgastim. Existen grandes diferencias entre los medicamentos biosimilares aprobados hasta ahora en cuanto a su inclusión en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales. La presencia de los biosimilares en los hospitales españoles es todavía baja, ya que en un 29% de los hospitales sólo se encontraba uno o ninguno incluido en la guía farmacoterapéutica.

1027. PROTOCOLO CONSENSUADO DE DISPENSACIÓN ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE HIDROCORTISONA

AUTORES: Crespo Robledo P, Garrido Peño N, Blazquez Ramos N, Corrales Perez L, Moriel Sanchez C, Segura Bedmar M.

Hospital Universitario De Móstoles. C/ Río Júcar, S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Establecer un protocolo de dispensación del vial de hidrocortisona debido a restricciones de suministro y evaluar la adherencia al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Uptodate y Pubmed y se consultaron las indicaciones recogidas en ficha técnica de hidrocortisona y otros corticoides para uso parenteral en febrero de 2015. Se consultó el protocolo NHS del Reino Unido para terapia intratecal. Se elaboró un protocolo consensuado con los servicios clínicos con las indicaciones de elección de hidrocortisona y alternativas. Todas las prescripciones se validaron por un farmacéutico de 8 a 22 horas. Para evaluar la adherencia al protocolo se localizaron los pacientes tratados con hidrocortisona de marzo a mayo de 2015 y se revisó la indicación en la historia clínica electrónica.

RESULTADOS: El protocolo de dispensación se aprobó en Comisión de Farmacia y Terapéutica y se implantó en marzo de 2015. Se restringió el uso de hidrocortisona a las indicaciones de insuficiencia adrenal primaria (IAP) en situación de estrés, excepto en IAP no conocida previamente y kalemia

El consumo imputado a paciente fue de 195 unidades correspondiente a 45 pacientes, mientras que en el mismo periodo del año anterior fue de 1375 unidades (148 pacientes). El grado de adherencia fue del 55,6%. El servicio de Urgencias, Hematología, Traumatología y Ginecología se adhirieron al protocolo un 100%. Los servicios de Reanimación y de Cuidados Intensivos que disponían de armario de dispensación automatizada tuvieron un 57% y un 46% de adherencia respectivamente. La indicación mayoritaria fue shock séptico en un 37,8%(n=17), seguido del uso intratecal en quimioterapia 8,9%(n=4) y de IAP 4,4%(n=2).

CONCLUSIONES: El papel de la farmacia hospitalaria es clave en la gestión de desabastecimientos de medicamentos con el fin de garantizar un uso eficiente basado en la evidencia. Un abordaje multidisciplinar ha permitido adecuar la prescripción antes de que ocurra, como se aprecia en la importante disminución del consumo en este año. La disponibilidad de hidrocortisona en armarios de dispensación automatizada en los que la dispensación no está controlada a priori puede disminuir el cumplimiento del protocolo.

966. SUSTITUCIÓN POR ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EQUIVALENTES: IMPLICACIONES CLINICAS

AUTORES: Caballero Romero A, Blánquez Martínez D, Valle Corpas M, Casas Hidalgo I, González Medina Mdc, Cabeza Barrera J.

Hospital Universitario San Cecilio. Av. Dr. Olóriz 16. Granada. España

OBJETIVO: Principal: determinar la prevalencia del uso fuera de indicación de las alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) incluidas en los grupos farmacoterapéuticos IECAs, ARA y antagonistas del Calcio (AnCa) a partir de un programa de intercambio terapéutico (PIT). Específicos: identificar los fármacos usados como ATE, identificar qué ATE requieren ajuste posológico por insuficiencia renal (IR) e insuficiencia hepática (IH), estimar la prevalencia de necesidad de ajuste posológico en función de la enfermedad cardiovascular (ECV)

Material y métodos.

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron desde el 1 de Enero de 2014 hasta el 15 mayo de 2015 a los que se realizó una intervención farmacéutica de sustitución por ATE del grupo IECA, ARA y AnCa. Los datos se obtuvieron del programa informático "Unidosis" de Farmatools y de la Historia Clínica Informatizada (HCI). Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ECV al ingreso, ATE utilizada, ajuste de indicación de la ATE a la ECV, ajuste posológico por IR e IH de la ATE según ficha técnica y necesidad de ajuste posológico en función de la ECV del paciente.

RESULTADOS: Total de pacientes reclutados: 31. Edad media: 78 años. Sexo: mujer 53%, varón 47%. ECV: hipertensión arterial (HTA) en 100% de pacientes. De éstos, 20 pacientes (64%) tenían HTA esencial, 10 (32%) presentaban HTA y diabetes mellitus, y un paciente HTA (3%) insuficiencia hepática (IH) en 1 (3%). De los pacientes con HTA y diabetes, 8 (80%) presentaban nefropatía diabética y de éstos, 7 (70%) tenían IR al intercambio por ATE. ATE utilizadas: amlodipino en 6 pacientes (19%), enalapril en 2 (6%), irbesartan en 2 (6%) y losartan en 22 (69%). Ajuste de indicación: 100% de las sustituciones por ATE mantenía la indicación para la que estaba instaurado el tratamiento

original. Ajuste por IR: de los 4 ATE considerados sólo precisa ajuste enalapril; sin embargo, de los 7 pacientes con IR, ninguno fue tratado con enalapril. Ajuste por IH: losartan y amlodipino requieren ajuste por IH. Solo 1 paciente presentó IH y fue tratado con losartan no realizándose ningún ajuste.

CONCLUSIONES: La sustitución por ATE está en el punto de mira actual de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y estamentos profesionales. Para la sostenibilidad del sistema sanitario es necesario la existencia de guías de intercambio terapéutico pero a su vez éstas deben asegurar la eficacia y seguridad de las ATE propuestas. Con este trabajo, ponemos de manifiesto que no se utilizan ATE fuera de indicación para los grupos IECAs, ARA y Anca. Asimismo, el conocimiento de qué medicamentos necesitan ajuste posológico por IR/IH es básico en la práctica diaria asistencial del farmacéutico y aunque es posible concluir con este estudio que la prevalencia de la necesidad de este ajuste posológico es baja, es totalmente necesario estudiar cada sustitución de forma individual con la revisión de la HCl en profundidad.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

281. TOCILIZUMAB FRENTE A ABATACEPT VÍA INTRAVENOSA Y SUBCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TRAS FRACASO A METOTREXATE

AUTORES: Cuesta Grueso C, Poquet Jornet Je, Santos Ramirez C, Sanchez Aranda S, Munilla Das A. Hospital De Denia Marina Salud. Partida De Beniadlà Sn. Alicante. España

OBJETIVOS: Tras el fracaso de metotrexate en la Artritis Reumatoide (AR) los fármacos abatacept o tocilizumab son una opción de tratamiento. A las presentaciones de administración vía intravenosa (iv), con dosis que varían con el peso, se han ido sumado las de administración subcutánea (sc), con dosis fijas. La comparación directa del mismo medicamento vía sc frente a iv demuestra la no inferioridad. Las comparaciones indirectas entre medicamentos muestran eficacia y seguridad similares. Nuestro objetivo es comparar el coste anual por paciente y peso del tratamiento de la AR con abatacept y tocilizumab vía sc e iv y calcular el ahorro económico anual en nuestro centro con la opción más coste-efectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se hizo un análisis de sensibilidad del coste anual por paciente del tratamiento con abatacept y tocilizumab vía sc e iv modificando la variable peso del paciente (60-120 Kg). Para el cálculo de dosis por administración y número de administraciones por año se tuvo en cuenta la recomendación en ficha técnica. El coste anual por paciente se calculó con el coste del vial o jeringa según PVL, las unidades utilizadas en cada administración y el número de administraciones por año. Abatacept iv requiere una administración más el primer año, por lo que al coste anual se sumó la parte proporcional contando con un horizonte temporal de tres años. Se calculó el coste anual del tratamiento con abatacept y tocilizumab en nuestro centro con los pacientes y tratamientos actuales y se comparó con la opción más coste-efectiva.

RESULTADOS: Vía iv el coste de abatacept es superior al de tocilizumab en pacientes de 60 Kg de peso. Por encima de 60 Kg, el coste de tocilizumab es superior, incrementándose la diferencia con el peso hasta llegar a 100 Kg. Vía sc el coste permanece constante, 1393 € por paciente y año superior con tocilizumab. Comparando el mismo fármaco vía iv frente a sc, en ambos casos el coste anual es superior vía iv, a excepción de tocilizumab para 60 Kg. Esta diferencia es de 6547 € por paciente y año para pesos superiores a 110 Kg con abatacept. En nuestro centro hay 12 pacientes tratados con abatacept (un paciente vía iv, dos sc) y tocilizumab (cinco pacientes vía iv, cuatro sc) que suponen un coste anual total de 169110 €. El coste anual total de estos pacientes con la opción más coste-efectiva sería de 134878 € al año.

CONCLUSIONES: El análisis del coste del tratamiento de la AR con tocilizumab o abatacept por paciente y año, vía iv o sc, puede ser una herramienta más que contribuya en la selección del fármaco más adecuado tras fracaso a metotrexate. En general y teniendo en cuenta únicamente el coste del medicamento, para pacientes de peso ≤ 60 Kg, tocilizumab vía intravenosa es la opción más coste-efectiva mientras que para pacientes > 60 Kg lo es abatacept vía subcutánea. El cambio a la opción más coste-efectiva supone un ahorro total de más de 34000 € al año en nuestro centro.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

556. TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

AUTORES: Sánchez Gundín J, Gómez Romero L, Gómez Romero I, Recuero Galve L, Valera Rubio M, Barreda Hernández D.

Hospital Virgen de la Luz. Calle Hermandad donantes de sangre. Cuenca. España

OBJETIVOS: La sialorrea es un síntoma no motor muy frecuente en la enfermedad de Parkinson, asociado con disfagia y con una prevalencia variable del 32 al 74%. La toxina botulínica se ha considerado un fármaco eficaz para tratar dicha sialorrea y tiene como principales ventajas su reversibilidad y su escasa incidencia de efectos adversos. En el presente estudio, se analiza tanto la eficacia del tratamiento con toxina botulínica en pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson como los costes directos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con sialorrea secundaria a la enfermedad de Parkinson tratados con toxina botulínica en las consultas de neurología de un hospital de segundo nivel.

Los pacientes recibieron infiltraciones tras firmar el consentimiento informado, solicitándose a la Dirección Médica del hospital como medicamento fuera de indicación (RD 1015/2009: Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales).

Los datos se recogieron a través del programa informático de dispensación de medicamentos a pacientes ambulantes (Farmatools®) y de las historias clínicas (Mambrino®XXI). Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, duración de la enfermedad de Parkinson y coste directo.

La intensidad de la sialorrea se cuantificó mediante la escala de frecuencia e intensidad de la sialorrea (FSS) y el ítem 6 de la escala UPDRS- II.

RESULTADOS: Se presentaron 7 pacientes (4 hombres y 3 mujeres) con edad media de 80,5 años, siendo dos pacientes mayores de 90 años. La media de la duración de la enfermedad de Parkinson fue de 18,5 años. Los pacientes recibieron infiltraciones con 15 unidades de toxina botulínica en cada glándula parotídea y el valor medio de la FSS fue 8 y la media del ítem 6 de la UPDRS-II 4. La respuesta terapéutica fue considerada buena y 6 pacientes mejoraron más de un 30%. El tratamiento se consideró bien tolerado y solo un paciente presentó dolor local transitorio.

Coste de tratamiento por paciente y por consulta: 88.67€.

CONCLUSIÓN: La infiltración con toxina botulínica para tratar la sialorrea en pacientes con enfermedad de Parkinson puede ser realizada fácilmente por el neurólogo habitual del paciente, con buena seguridad y tras entrenamiento, todo ello a un coste razonable.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

866. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LOS INFORMES DE ALTA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

AUTORES: De Lorenzo Pinto A, García Sánchez R, Romero Jimenez Rm, Mendoza Acosta Acosta I, Lavandeira Pérez M, Nieto Del Castillo R.

Hospital Gregorio Marañón. Dr. Esquerdo 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Un alto porcentaje de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias Hospitalarios reciben un alta domiciliaria y, en muchas ocasiones, con modificaciones de su tratamiento habitual. Por tanto, es importante que la información incluida en el informe de alta sea clara para un adecuado cumplimiento en el domicilio.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de la información farmacoterapéutica proporcionada en los informes de alta de un Servicio de Urgencias Hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en todos los pacientes adultos dados de alta desde el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel el 15 de octubre de 2014. Se excluyeron los pacientes sin ninguna modificación de su tratamiento habitual. Se registraron las siguientes variables de estudio: características demográficas del paciente, especialidad médica o quirúrgica responsable del alta, fármacos nuevos prescritos o modificados y variables relacionadas con la calidad de la información farmacoterapéutica entregada al alta (descripción del fármaco, dosificación, intervalo posológico, duración, e indicación o ausencia de continuar el tratamiento previo del paciente). Se consideró una información inadecuada cualquier prescripción incompleta o confusa en el informe de alta en relación a las variables de calidad mencionadas con anterioridad.

RESULTADOS: 392 pacientes fueron dados de alta al domicilio. Fueron excluidos 127 enfermos. Por tanto la muestra final incluyó 265 pacientes. La edad media fue de 48,7 (DE 21,4) años y un 57% fueron hombres. La distribución por especialidad fue Medicina Interna (60%), Traumatología (14%), Oftalmología (11%), Cirugía (7%) y otras (8%). Los grupos terapéuticos más prescritos fueron: analgésicos (30%), seguido de antiinflamatorios y antirreumáticos (18%) y antiácidos (12%). Un 80% de los informes contenían alguna información inadecuada (3.3 inadecuaciones por paciente). Los motivos estuvieron relacionados con: el intervalo posológico (34,7%), la duración del tratamiento (32,9%), la descripción del fármaco (15,5%), la indicación o ausencia de continuar el tratamiento previo del paciente (14,4%) y la dosificación (2,5%).

CONCLUSIONES: La mayoría de los informes de alta realizados en el Servicio de Urgencias hospitalario presentaron una información farmacoterapéutica inadecuada, situación que puede favorecer la aparición de errores de medicación en el domicilio. Sería necesario elaborar un protocolo institucional que establezca las líneas generales para la correcta prescripción de los medicamentos en dichos informes.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

800. CONCILIACIÓN DE LA PAUTA DE ACENOCUMAROL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: Liñana Granell C, Rodríguez Camacho Jm, Vilanova Boltó M, Ferrando Piqueres R, Tarradas Torras J, Gallego Iglesias B.

Hospital General Castellón. Avda. Benicassim, S/N. Castellón De La Plana. España

OBJETIVOS: Cuantificar el grado de adecuación a la pauta domiciliaria de las prescripciones de acenocumarol realizadas desde el servicio de urgencias. Especificar los profesionales implicados en realizar esta conciliación.

MATERIA Y METODOS: Estudio retrospectivo observacional en el que se analizaron las prescripciones de acenocumarol realizadas desde el Servicio de Urgencias (SU) de un hospital que atiende a una población de 250.000 habitantes. El periodo de estudio fue del 15 marzo al 30 abril de 2015. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con pauta domiciliaria de acenocumarol, con accesibilidad a su pauta ajustada por hematología y a los que se les prescribió al menos una dosis de este fármaco cuando acudieron al SU.

Las variables a tener en cuenta fueron: demográficas (edad y sexo), diagnóstico para anticoagulación, INR a su llegada al SU. Se registró si la pauta hospitalaria estaba ajustada a la pauta domiciliaria, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente, antes de las 72 horas tras la admisión en el SU. Se detalló el Servicio Hospitalario al que pertenecía el profesional implicado en su adecuación.

Se consideró error si la dosis semanal prescrita era superior o inferior a la del control de hematología. Los errores potenciales fueron descritos como prescripciones erróneas que no alcanzaron al paciente durante su estancia hospitalaria.

La información de las prescripciones fue extraída del programa de prescripción electrónica HCIS®. Los controles de anticoagulación se obtuvieron del programa TAONET®. Los resultados se trataron como frecuencias relativas mediante el programa Excel 2007®

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 124 pacientes (79±9 años; 51,6% hombres) de los que se registraron un total de 140 episodios en el SU durante el periodo establecido. La mediana de INR a la entrada en urgencias fue de 2,5 [1,0-8,7], en 4 pacientes no se encontró ningún valor durante su estancia en urgencias. Las indicaciones para la anticoagulación fueron: 73,4% Fibrilación Auricular, 9,7% Prótesis Cardíaca, 8,9% Tromboembolismo Pulmonar/Trombosis Venosa Profunda, 4% Accidente Cerebrovascular, 4% Otros. La prescripción de acenocumarol fue correctamente conciliada en el 81% de los casos, ajustada por: Médico de Urgencias un 47%, Hematólogo 33%, Farmacéutico de Urgencias 12%, Otro Especialista 8%. Del 19% de pautas incorrectas, el 38,4% fueron errores potenciales. La mediana de la diferencia de dosis semanal entre la pauta correcta y la prescripción errónea fue de 3mg/semana [1-21].

CONCLUSIONES: En nuestro SU el proceso de conciliación del acenocumarol es realizado por diferentes profesionales, siendo el médico de urgencias el que lo realiza mayoritariamente. Aun así, existen casos en los que no se realiza esta adecuación al tratamiento domiciliar.

El acenocumarol es un medicamento de alto riesgo según la ISMP, por lo que es indispensable su correcta conciliación al ingreso. El farmacéutico de urgencias realiza una labor de apoyo en dicha conciliación.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

49. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE VERNAKALANT EN EL TRATAMIENTO DE FIBRILACIÓN AURICULAR DE INICIO RECIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: Sanchez Martinez I, Manresa Ramón N, García Motos C, De Gorostiza Frias I, Rizo Cerdá Ám, De Béjar Riquelme N.

Hospital Morales Meseguer. Avda. Marqués De Los Velez, S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del uso de vernakalant en la conversión rápida a ritmo sinusal de fibrilación auricular (FA) de inicio reciente (menos de 48 horas) en el servicio de urgencias según protocolo establecido en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes a los que se les administró vernakalant en el servicio de urgencias (SU), desde Septiembre del 2012 hasta Abril del 2015. Se analizaron los datos recogidos en la hoja de inicio de tratamiento establecida como ayuda y seguimiento de la prescripción de vernakalant y que recoge la indicación aprobada en el hospital por criterios de eficiencia (FA de menos de 48 horas), sus contraindicaciones, datos de efectividad (dosis, tiempo de reversión a FA, tiempo de estancia en el SU, ingreso hospitalario...) y datos de seguridad (efectos adversos). Se completó el estudio con datos de la historia clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes. La media de edad fue de 66 años (41-84).

La cardioversión fue efectiva en 9 pacientes (60%), 8 pacientes respondieron con la primera dosis. De los 5 pacientes que requirieron la segunda dosis, sólo uno de ellos respondió al tratamiento. A dos pacientes no se les administró la segunda dosis por contraindicación. De los respondedores 7 fueron mujeres (77.7%) y 2 hombres.

El tiempo medio desde inicio de la FA hasta inicio del tratamiento fue de 2.5 horas.

El tiempo medio de respuesta hasta la conversión fue de 7,4 minutos en los que respondieron con la primera dosis y de 31 minutos en los que respondieron con la segunda.

De los pacientes respondedores (9), solo uno requirió ingreso hospitalario, el resto fue dado de alta desde el SU con un tiempo medio de estancia de 4.2 horas frente a 16 horas como tiempo medio de estancia en el SU para los pacientes no respondedores.

Aparecieron efectos secundarios en 6 pacientes (40%), en 2 de los que revirtieron con la primera dosis que presentaron tos y en 4 de los que recibieron la segunda, estornudos (2), náuseas (1) y flutter (1) que requirió ingreso hospitalario.

CONCLUSIÓN: El rango de conversión a ritmo sinusal con vernakalant obtenido en nuestro estudio (60%) concuerda con los datos publicados (55%-87%), aunque en el rango inferior.

Algunos estudios han demostrado que el género puede ser un factor pronóstico en la respuesta a vernakalant, tendencia que se cumple en nuestro estudio, ya que el 87% de los pacientes respondedores fueron mujeres.

Los pacientes que no responden a una primera dosis de vernakalant es menos probable que respondan a una segunda dosis y tienen más probabilidad de presentar efectos secundarios.

Es un fármaco relativamente seguro, las reacciones adversas fueron transitorias, se encuentran en la ficha técnica, aunque sí que hubo un caso que requirió ingreso hospitalario.

El estudio pone de manifiesto la rapidez de acción del fármaco lo que contribuye a una reducción de la estancia en el servicio de urgencias.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

461. ELABORACIÓN DE UN ESCRITORIO VIRTUAL SYMBALOO® PARA USO PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO DE URGENCIAS.

AUTORES: Montero Delgado A, Alonso Ramos H, Merino Alonso J, González García J, Gutiérrez Nicolás F, Molero Gómez R.

Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria. Ctra. Del Rosario, 145. Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVO: Desarrollar un escritorio virtual Symbaloo® para facilitar la organización y acceso a la información farmacoterapéutica consultada por el Farmacéutico clínico especialista en Urgencias (FU) en su labor diaria asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La documentación que consulta de manera frecuente el FU está relacionada fundamentalmente con guías práctica clínica (GPC) y protocolos de patología cardiovascular e infecciosa, cálculo de dosis de medicamentos en situaciones especiales, intercambio terapéutico de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital y bibliografía relacionada con el manejo de la farmacoterapia en situaciones agudas complejas.

Symbaloo® (www.symbaloo.com) es un escritorio virtual personalizable y gratuito que permite almacenar y organizar en una misma página de inicio las direcciones web que consulte con mayor frecuencia el FU en su trabajo asistencial, ya sean herramientas on line, documentos de consulta u otros recursos web útiles. De esta manera, obtiene acceso inmediato a estos enlaces favoritos, a través de una interfaz intuitiva y sencilla de usar.

Este escritorio también puede servir como repositorio virtual del material docente para los residentes rotantes en el área de Urgencias.

La "app" Symbaloo® para smartphones y tablets permite el acceso a la información contenida en el escritorio virtual de manera portátil desde cualquier lugar con Internet.

RESULTADOS: Las direcciones web introducidas en el escritorio virtual fueron acordadas y validadas por el FU en la siguiente dirección web:

<http://www.symboloo.com/mix/urgencias1>

A fecha de 8 de Junio se han añadido 71 enlaces en total, distribuidos en las siguientes categorías:

GPC y protocolos de patologías frecuentes en Urgencias: Síndrome coronario agudo, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, enfermedades infecciosas, neumonía asociada a la comunidad, tromboembolismo pulmonar, ictus, etc.

Documentos y libros virtuales de consulta: Manuales de Urgencias, monografías de fármacos usados en urgencias, guías de conciliación de la medicación, tablas de intercambio terapéutico de diferentes grupos de fármacos (benzodiazepinas, IBP, antihipertensivos y estatinas), etc.

Webs de sociedades, instituciones científicas y servicios de Urgencias: RedFaster, SEMES, Servicio de Urgencias de Donosti y Poniente.

Buscadores de artículos y revistas científicas electrónicas de Urgencias: Emergencias, Emergency Medicine Journal y Annals of Emergency Medicine.

Calculadoras médicas: Calculadoras generales (MedCalc) y otras específicas que permiten calcular el aclaramiento de creatinina, el CHA2DS2 VASc o calculadoras de dosis personalizada de fármacos (Alteplasa, Digoxina, Heparina, etc.).

Checkeadores de interacciones farmacológicas: Medscape drug interaction checker.

Noticias de interés profesional, blogs y RSS de Urgencias: ALiEM, The Unit, Emergency Medicine PharmD, R.E.B.E.L EM.

Otras Webs y recursos : Buscador de equivalencias internacionales de medicamentos, Dropbox o base de datos toxicológica.

CONCLUSIONES: Symboloo® facilita la selección, clasificación y almacenamiento de contenidos farmacoterapéuticos útiles para el FU, pudiendo actuar éste como filtro de toda la excesiva información sanitaria existente en internet. De esta manera la búsqueda y consulta de información se vuelve más fiable.

Symboloo® permite consultar de manera rápida y sencilla la información farmacoterapéutica de páginas web y documentos on line preferidos por el FU en su día a día.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

1065. EVALUACIÓN DE LA ANAMNESIS FARMACOTERAPÉUTICA REALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LOS POSIBLES FACTORES RELACIONADOS CON PRM.

AUTORES: Compaired Turlán V, Allende Bandrés Mdlá, Fernández Alonso E, Guarc Prades E, Merchante Andreu M, Puértolas Tena I.

Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa. San Juan Bosco 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Los problemas relacionados con la medicación (PRM) son fallos en la farmacoterapia que conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados.

Una fuente de importante de PRM se produce en la transmisión de la información farmacoterapéutica entre los diferentes niveles asistenciales.

El objetivo del estudio es describir el perfil del paciente que ingresa en el servicio de medicina interna, evaluar la anamnesis farmacoterapéutica realizada en el servicio de urgencias y evaluar posibles factores que se relacionan con PRM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron aquellos pacientes que ingresaron en el servicio de medicina interna del hospital, procedentes del servicio de urgencias, durante un período de 2 meses.

Se define el paciente polimedicado como aquel que tiene 6 o más principios activos prescritos en la historia clínica electrónica de forma crónica (>3 meses), exceptuando las especialidades tópicas.

Se definen las discrepancias como la diferencia del número de fármacos registrados en la anamnesis de urgencias, y el número de fármacos prescritos en historia clínica electrónica y que el paciente retira de la farmacia en el momento de su inclusión en el estudio.

RESULTADOS: Se incluyeron 73 pacientes (55% mujeres) con una mediana de edad de 83 años. La media del número de fármacos prescritos en la historia clínica electrónica fue de 7.84 ± 3.28 , con un porcentaje de polimeditados del 76.7% y una proporción de pacientes institucionalizados en residencia del 26%. El número mediano de días de ingreso fue de 10 (7-18).

Se realizó, al menos, una intervención farmacéutica en 24 de los pacientes (32.9%), perteneciendo el 87.5% de los mismos a la categoría de polimeditado.

El número total de discrepancias halladas respecto a la anamnesis realizada en urgencias fue de 91, las cuales se registraron en un total de 44 pacientes, (60%; 2 por paciente), habiéndose intervenido en el 36.4% de los mismos. Respecto a la variable número de fármacos prescritos en la H.C.E se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes intervenidos frente al grupo de pacientes sin intervención (9.5 ± 3.6 vs. 7 ± 2.8 ; $p= 0.002$).

CONCLUSIONES: Las discrepancias de medicación en el ingreso del paciente al alta del servicio de urgencias son frecuentes, y existe un amplio margen de mejora en la historia farmacoterapéutica realizada en urgencias.

El número de fármacos presentes en la H.C.E es un factor que se relaciona con el riesgo de sufrir un PRM.

La figura del farmacéutico de hospital es fundamental para detectar, prevenir y resolver PRM.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

707. EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

AUTORES: Sanchez Mulero M, Garcia Motos C, Rizo Cerda Am, Soria Soto M, Manresa Ramon N.

Hospital General Jose Maria Morales Meseguer. C/Marquez De Los Velez S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar el impacto económico que suponen las intervenciones farmacéuticas realizadas en un servicio de urgencias a través del cálculo del coste evitado en estancias hospitalarias a través de la prevención de problemas relacionados con los medicamentos.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo de tres meses de duración en el que se han incluido los pacientes que ingresaron en el servicio de urgencias que requirieron intervención farmacéutica y que posteriormente precisaron hospitalización. Este trabajo se realizó gracias a la presencia física de un farmacéutico integrado en el equipo asistencial del servicio de urgencias que realizaba la validación y conciliación del tratamiento de los pacientes de este servicio. Para calcular el impacto económico de las intervenciones, se ha estimado el coste potencialmente evitado según bibliografía publicada, clasificando las intervenciones farmacéuticas en función de la gravedad de las mismas y calculando el riesgo de incremento de estancia de los pacientes que ingresaron según el problema relacionado con medicamentos

RESULTADOS: El número total de pacientes que acuden al servicio de urgencias en el periodo de estudio fue de 1.675, de los cuales 228 requirieron una intervención farmacéutica (13.6%). El número total de intervenciones realizadas fue de 448 lo que supuso una media de 2 intervenciones por paciente. De estas intervenciones, 244 (54.5%) fueron no significativas, 169 (37.7%) significativas, 34 (7.6%) serias y 1 (0.2%) letales.

En cuanto a la resolución de estas intervenciones, se aceptaron 198 (44.2%), no precisaron respuesta 120 (26.8%), se resolvieron con la aportación de la medicación por el paciente 103 (23%), se rechazaron 26 (5.8%) y supusieron la suspensión del fármaco 1 (0.22%).

En el caso de las intervenciones de carácter letal, el grupo farmacológico implicados fue una benzodiazepina y el error fue de dosis. Los fármacos principalmente implicados en las intervenciones de carácter serio o significativo, fueron las heparinas, benzodiazepinas, opiodes, adrenérgicos, antidiabéticos orales.

Para cada una de las estancias evaluadas se aplicó el porcentaje potencial de incremento de estancia evitado cuya multiplicación por el coste por día de la estancia, permitió estimar un coste evitado de 19.584,3 euros.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta el impacto económico de la prevención de problemas relacionados con los medicamentos, vemos que sólo en tres meses de estudio se ha estimado en 19.584,3 euros, considerando que la intervención farmacéutica se produjo en el 13.6% de los pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias y considerando únicamente el coste estimado a través del riesgo de incrementar la estancia, sin considerar otros costes indirectos evitados.

Aproximadamente la mitad de las intervenciones, supusieron un riesgo de incremento de estancia.

Más de la mitad de las intervenciones realizadas (71%), fueron aceptadas o no precisan respuesta.

Por lo tanto, la integración del farmacéutico en el equipo asistencial de esta unidad hospitalaria, es fundamental para conseguir una farmacoterapia coste-efectiva.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

297. IMPACTO DE LA INTERVENCION FARMACEUTICA EN LA CONCILIACION DE LA MEDICACION AL INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH)

AUTORES: Del Pozo Ruiz JJ, Rodríguez Lage C, Ortega Valín L, Martin Perez E.

Hospital San Juan de Dios de León. Avenida S. Ignacio de Loyola 73. León. España

OBJETIVOS: Caracterizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en el proceso de conciliación en un SUH un hospital de tercer nivel concertado y determinar el porcentaje de pacientes y medicamentos sobre que se realiza una intervención farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de Septiembre de 2014 a Febrero de 2015 en el que se analizó la intervención farmacéutica (IF) dentro del Servicio de Urgencias.

Se seleccionaron los pacientes candidatos a ingreso hospitalario desde el SUH de lunes a viernes y se registro en una base de datos la información demográfica, clínica, medicación domiciliaria y prescrita

La información de la medicación domiciliaria se recogió: bien de atención primaria, en caso que el paciente ingresara directamente a urgencias, de otro informe de medicación (si procede de una residencia), del informe de urgencias del hospital de referencia (en caso de ser un traslado) y de otros informes médicos recientes, así como de entrevista con el paciente y/o familiar. Estos datos fueron comparados con la prescripción activa hospitalaria en el contexto de la situación clínica actual del paciente, obtenida del último informe de ingreso. Se consideró no discrepancia la medicación prescrita a igual dosis, frecuencia y vía que la domiciliaria, discrepancia justificada aquella en la que se ajustó la medicación a la situación clínica y el resto fueron no justificadas. Sobre cualquiera de ellas se registraron las IF realizadas.

Los datos fueron analizados con el software estadístico SPSS® versión 15.0.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 438 medicamentos domiciliarios en 138 pacientes, realizándose intervenciones farmacéuticas en el 45,29% de los medicamentos analizados.

Se obtuvo un total de 166 IF relacionadas con la conciliación de la medicación domiciliaria sobre 106 pacientes (76,81%), resultando una media de 1,56 intervenciones por paciente.

Las IF llevadas a cabo en el proceso de conciliación se clasificaron en: intercambio de medicamento no incluido en Guía Fármacoterapéutica (GFT) (34,5%), introducción de medicamento (22%), verificación de prescripción (18,3%), modificación de dosis y/o frecuencia (12,1%), suspensión del medicamento (5,1%), modificación de la vía de administración (4,5%), cambio de medicamento para ajustarlo al domicilio (3,5%),

Del total de IF, 91 se realizaron sobre discrepancias no justificadas (el 100% de las mismas), 54 sobre discrepancias justificadas y 21 sobre medicamentos sin discrepancias. Se acordó con el SUH, actuar sobre discrepancias justificadas con el objetivo de reintroducir los fármacos una vez resuelto el proceso agudo y sobre medicamentos sin discrepancias cuando la medicación domiciliaria debía ser adaptada a la situación clínica del paciente antes del alta hospitalaria.

CONCLUSIONES: – La presencia de un farmacéutico clínico integrado en el SUH influye en el compromiso de los facultativos con la conciliación, lo cual conduce a un reducido porcentaje de fármacos sobre el que fue necesaria alguna IF.

Un alto porcentaje de los pacientes analizados se beneficiaron de la presencia y de las interconsultas realizadas al Servicio de Farmacia.

– El intercambio terapéutico de medicamento no incluido GFT fue la intervención llevada a cabo con mayor frecuencia.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

555. INCORPORACIÓN DE UN FARMACEUTICO AL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE LA CONCILIACION AL INGRESO

AUTORES: Blázquez Romero C, Labrador Andújar N, Manzano Lista Fj, Quirós Ambel H, García Sacristán Aa, Moya Gómez P.

Complejo Hospitalario De Toledo. Avenida Barber, 30. Toledo. España

OBJETIVO: Describir y cuantificar los resultados de un programa de conciliación realizado por el farmacéutico en un SUH de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 2,5 meses de duración (1-febrero al 17-abril de 2015) de los pacientes ingresados en el SUH (área de observación y Unidad de Preingreso). El farmacéutico en horario de Lunes a Viernes de 8 a 15h elaboraba la historia farmacoterapéutica (HFT) de cada paciente, comparándola con la prescripción en el SUH. Para ello se recurrió a la historia clínica informatizada, la base de datos de Atención Primaria (Turriano®) y a la entrevista clínica con el paciente.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, prescripción médica, tratamiento domiciliario, discrepancias entre la medicación domiciliaria y la prescripción en el SUH, medicamento implicado en la discrepancia, intervenciones realizadas, errores de medicación (EM), gravedad y reacciones adversas a medicamentos (RAM) detectadas.

Los criterios de inclusión fueron: >65 años, pluripatológicos (>2 enfermedades crónicas), polimedicados (>5 medicamentos), prescripción de medicamento de alto riesgo o estrecho margen terapéutico y pacientes pendientes de ingreso.

Las discrepancias se clasificaron como: 1-Omisión; 2-Diferente dosis/vía/frecuencia; 3-Prescripción incompleta (ausencia de dosis, frecuencia, etc.); 4-Medicamento equivocado; 5-Comisión; 6-Interacción; 7-Duplicidad terapéutica; 8-Ajuste de dosis por IR/IH; 9-MNIG (Medicamento no incluido en guía) con alternativa en PET (Programa de equivalentes terapéuticos); 10-MNIG sin alternativa en PET.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se realizó seguimiento a 296 pacientes de los cuales 121(40,9%) cumplían los criterios de inclusión. La media de edad de estos pacientes fue de 77,8 años (SD: 9,8 años) predominando el sexo femenino (60%).

En los 121 pacientes incluidos, se ha registrado un total de 154 discrepancias que han motivado 154 intervenciones, lo que representa 1,2 intervenciones/paciente. De estos 121 pacientes, 47(68%) ingresaron posteriormente en una planta de hospitalización.

La causa de más de la mitad de las discrepancias (52%) fue la omisión en la prescripción de un medicamento necesario por el paciente sin estar justificada su suspensión durante su estancia en el SUH, seguida por la prescripción de MNIG con alternativa terapéutica en el PET (16%) y la prescripción incompleta (9%).

El 53% de los medicamentos implicados pertenece al grupo C de la clasificación ATC (fármacos del aparato cardiovascular (antihipertensivos, diuréticos, vasodilatadores periféricos, hipolipemiantes, etc.))

Se han detectado 21 EM; 9 fueron de categoría B (el error se produjo pero no alcanzó al paciente), 11 de categoría C (el error alcanzó al paciente pero no le causó daño) y 1 de categoría D (el error alcanzó al paciente, no le causó daño pero precisó monitorización y/o intervención)

En cuanto a las RAM, se han detectado 3: a amiodarona, a azitromicina y a pregabalina. Todas ellas se resolvieron sin incidencias y se notificaron al Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

CONCLUSIONES: La incorporación de un farmacéutico clínico al SUH permite la realización de intervenciones y detección de errores de medicación que promueve la mejora de la calidad asistencial que reciben los pacientes, aumentando así la seguridad de los mismos.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

770. PRESCRIPCIÓN DE AINES AL ALTA EN URGENCIAS

AUTORES: Basagoiti Carreño B, Ibarra Mira MI, Saavedra Quiros V, Maestro Nombela A, Garcia Sanz E, Sanchez Guerrero A.

Hospital Universitario De Puerta De Hierro. C/Manuel De Falla, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Análisis comparativo de la prescripción de analgesia y más concretamente AINEs, al alta en urgencias generales y traumatológicas.

El uso de AINEs está ampliamente extendido entre la población, sin embargo su perfil de toxicidad hace que se deban extremar la precauciones de uso. Sus principales efectos adversos son de tipo gastrointestinal (perforación, úlcera y hemorragias), cardiovascular (infarto de miocardio e ictus), y/o renal o hepático, y difieren en función del AINE y la dosis. Durante 2014 desde la Comisión de Continuidad Asistencial se han promovido iniciativas para mejorar la prescripción de AINEs al alta en urgencias mediante folletos informativos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional de la analgesia prescrita al alta en urgencias durante el mes de diciembre de 2014. Los datos recogidos del informe de alta fueron: sexo, edad, servicio (urgencias generales o traumatológicas) y necesidad de tratamiento analgésico al alta (indicando el fármaco prescrito en su caso).

RESULTADOS: Analizamos un total de 175 pacientes (54,3% hombres), 89 atendidos en urgencias generales y 86 en traumatológicas. De los 89 pacientes de urgencias generales (edad media: 53 años), 55 (61,8%) requirieron tratamiento analgésico al alta. En 38 de ellos (69,1%) se prescribió paracetamol (14 de ellos en monoterapia), y en 26 (47,3%) AINEs: 17 (65,4%) ibuprofeno, 6 (23,1%) dexketoprofeno (3 en asociación con paracetamol y metamizol; 2 en asociación con metamizol y 1 en monoterapia), y en 3 pacientes se prescribieron otros AINEs (naproxeno y diclofenaco). La prescripción de dexketoprofeno se produjo en un 10,9% de los pacientes que requirieron tratamiento analgésico al alta de urgencias generales. Por otra parte, la prescripción de AINEs en la población anciana fue limitada: de 21 pacientes >75 años sólo 3 (14,3%) requirieron AINEs al alta.

De los 86 pacientes de urgencias traumatológicas (edad media: 43,8 años), 79 (91,8%) pacientes requirieron tratamiento analgésico al alta: 48 (60,76%) con paracetamol (10 de ellos en monoterapia) y 77 (97,46%) con AINEs: 51

(66,23%) ibuprofeno, 9 (11,69%) dexketoprofeno (3 en asociación con paracetamol y metamizol; 2 en asociación con metamizol; y 3 en monoterapia) y 17 (22,08%) con otros AINES (naproxeno y diclofenaco).

CONCLUSIÓN: La prescripción de analgesia fue mayor en urgencias traumatológicas debido al tipo de patología tratada. En ambos grupos el analgésico más prescrito fue paracetamol por su mejor perfil de toxicidad gastrointestinal que los AINES y su mayor acción antipirética que resulta de interés en muchos casos. Por otra parte, el dolor traumatológico requiere un efecto antiinflamatorio que precisa de la asociación de AINES con paracetamol.

Dentro de los AINES, ibuprofeno fue el más prescrito y representa el fármaco menos gastrolesivo dentro del grupo. Sin embargo, dexketoprofeno, que ocupó el segundo lugar, es considerado de riesgo intermedio-alto. Debido a que ningún AINE ha demostrado ser superior a otro, conviene conocer el perfil de efectos adversos de cada fármaco y tener en cuenta el riesgo gastrointestinal y cardiovascular del paciente con el fin de minimizar la toxicidad del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

409. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: López Insua A, de Castro Julve M, García- Pelaéz M, Gorgas Torner MQ.

Corporació Sanitària Parc Taulí . Parc Taulí 1, 08208. Barcelona. España

OBJETIVOS: Determinar si la atención farmacéutica en los pacientes crónicos complejos ingresados en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) genera mayor número de intervenciones que la realizada en aquellos pacientes con estancias en el SUH superiores a 24h, para establecer su priorización en la práctica habitual.

Describir las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo descriptivo transversal observacional.

Durante cuatro semanas, con una dedicación de cinco horas diarias durante los días laborables, se analizaron los pacientes ingresados en el nivel II del SUH y se registraron las intervenciones farmacéuticas realizadas.

Se escogieron los pacientes identificados como crónicos complejos (PCC), pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA) y aquellos con estancia en el SUH de más de 24 horas pendientes de ingreso hospitalario (SUH24).

Se revisaron las historias clínicas, parámetros analíticos, medicación domiciliaria según la receta electrónica vigente y la prescripción médica en Urgencias.

Se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado para detectar posibles diferencias en cuanto a la proporción de pacientes que recibían intervención farmacéutica entre el grupo de pacientes crónicos complejos (PCC/MACA) y los pacientes ingresados en el SUH más de 24h.

Las intervenciones realizadas se clasificaron en: recomendación de ajuste de dosis por insuficiencia renal, omisión de medicación necesaria, alerta por alergia a medicamentos, contraindicación, duplicidad terapéutica, duración del tratamiento, error de prescripción, error de transcripción, preparación incorrecta del medicamento, recomendación de administración, recomendación de dosis, recomendación por efectos adversos, recomendación de monitorización analítica, interacciones farmacológicas y adecuación a la Guía Farmacoterapéutica (GFT). También se registró la vía de comunicación empleada en cada intervención: presencial, escrita o telefónica.

RESULTADOS: Se incluyeron 283 pacientes y se realizó intervención farmacéutica en 125 de ellos (44%), con un total de 166 intervenciones (media 1,3 intervenciones por paciente; rango 1-4). En 31 pacientes (25%) se realizó más de una intervención.

De los 101 pacientes PCC o MACA, se realizó intervención en 39 de ellos (39%) y de los 182 pacientes SUH24 en 86 (47%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Las intervenciones más frecuentes fueron: recomendación por omisión de medicación necesaria (43; 26%), adecuación a la GFT (41; 25%), error de prescripción (20; 12%) y recomendación de dosis (14; 8%). No se observaron diferencias relevantes entre pacientes PCC/MACA y pacientes SUH24 en cuanto al tipo de intervenciones, aunque las intervenciones de recomendación por omisión de medicación fueron algo más frecuentes en el primer grupo (30% vs 24%). La vía de comunicación fue escrita en el 69% de los casos, presencial en el 28% y telefónica en el 2%.

CONCLUSIONES: No se encontraron diferencias en cuanto al número de intervenciones entre los pacientes crónicos complejos (PCC/MACA) y los pacientes con estancia en Urgencias más de 24 horas.

El elevado porcentaje de pacientes que reciben alguna intervención por parte del farmacéutico pone de manifiesto la necesidad de más recursos para poder ofrecer atención farmacéutica al mayor número posible de pacientes en los SUH puesto que permite detectar errores y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

515. SINDROME DE STEVENS JOHNSON ASOCIADO A LAMOTRIGINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Hidalgo- Collazos P, Hernandez Lopez A, Alonso Fito L, Garcia- Lopez L, Gomez Sayago L, Coloma Peral R. Hospital General De Segovia. Ctra. Avila, S/N. Segovia. España

OBJETIVO: Describir las características, gravedad y causalidad de una reacción adversa a lamotrigina .

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó la historia clínica de la paciente recogiendo datos demográficos y clínicos. Para el análisis de la causalidad se utilizó el algoritmo de Naranjo.

RESULTADOS: Mujer de 50 años que acudió al Servicio de Urgencias el 10 de Enero de 2014 por fiebre elevada (39°C), malestar general de 5 días de evolución, estomatitis severa, conjuntivitis, edema facial y lesiones cutáneas generalizadas. Su tratamiento habitual era: metamizol c/6h, ibuprofeno c/8h y lamotrigina 50mg c/12h desde Diciembre de 2013 tras pérdida de conciencia sugerente de crisis comicial generalizada. Tras sospecha de Síndrome de Stevens-Johnson se suspendió el tratamiento con lamotrigina y se realizó interconsulta al Servicio de Dermatología encontrándose en la exploración física máculas parduscas en cara, con erosiones en párpados , lesiones erosivas en labios con exudado sanguinolento y lesiones en mucosa genital. También se observaron máculas eritemato-violáceas ampullosas en miembros superiores e inferiores, región abdominal y espalda. La biopsia de piel reveló hallazgos histológicos compatibles con necrosis epidérmica tóxica. Esta reacción adversa a lamotrigina se informó al Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Se pautó corticoides intravenosos (iv) 30mg/8h , cloruro mórfico y amoxicilina-clavulánico iv 1g/8h. Se pidió valoración al Servicio de Oftalmología que diagnosticó hemorragia subconjuntival y erosión corneal en ojo derecho y hiperemia conjuntival bulbar y ciliar con erosión corneal en el ojo izquierdo. Se pautó eritromicina pomada c/8 horas y lágrimas artificiales c/2h.

Las lesiones cutáneas evolucionaron favorablemente (denudándose las lesiones de tronco, palmas y plantas), sin embargo, las orofaríngeas y oculares empeoraron por lo que se inició nutrición parenteral (1650 kcal) y se pautó xilocaina viscosa 2% (elaboradas por el Servicio de Farmacia). Al tratamiento ocular se añadió medroxiprogesterona/ cloranfenicol/tetrizolina c/2h. Debido a la persistencia de picos febriles se pautó antibioticoterapia de amplio espectro (imipenem/cilastatina 1g/8h).

Dada la evolución favorable de la paciente (suspensión de nutrición parenteral por tolerancia oral, suspensión de antibioticoterapia, desaparición de lesiones cutáneas y mejora de su estado anímico) se decidió darle el alta hospitalaria.

Tras varios reingresos en el Servicio de Oftalmología, se inició empeoramiento tratamiento con diferentes colirios por empeoramiento de las lesiones en ojo derecho. Éstos fueron apraclonidina , ofloxacino, flourometolona, cloruro sódico 5%, carbómero tópico lágrimas artificiales y suero autólogo 20% (realizado por el Servicio de Farmacia). Tras no objetivar mejoría se decidió intervenir quirúrgicamente el ojo derecho. Actualmente se encuentra en seguimiento por el Servicio de Oftalmología

La puntuación obtenida tras la aplicación del algoritmo de Naranjo fue 8, clasificando la relación de causalidad como probable.

CONCLUSIONES: El Síndrome de Stevens-Johnson es una patología con una morbimortalidad asociada elevada (3-15%), sin embargo, un manejo adecuado sistemático y multidisciplinar, modifica de manera importante su evolución con resultados satisfactorios y sin secuelas importantes a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: VIH

1199. ADECUACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC PREVIO AL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: Santandreu Estelrich Mm, Periañez Parraga L, Castro Manzanares M, Arrufat Goterris G, Sastre Martorell MI, Ventayol Bosch P.

Hospital Universitario Son Espases. Ctra Valldemossa, 79. Islas Baleares. España

INTRODUCCIÓN:

La comercialización de los antivirales de acción directa (AAD) ha facilitado el tratamiento de los pacientes coinfectados VIH/VHC. Sin embargo, las potenciales interacciones farmacológicas y la superposición de las toxicidades de ambos tratamientos representan los principales retos a la hora de adaptar la terapia.

OBJETIVOS: Determinar la necesidad de cambio en la terapia antiretroviral (TAR) previa al tratamiento con AAD. Analizar los motivos de los cambios de TAR y sus implicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde enero a junio de 2015 en un hospital de tercer nivel.

Criterios de inclusión: pacientes adultos coinfectados VIH/VHC con carga viral indetectable (

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, genotipo VHC, grado de fibrosis, tipo de paciente (naive o pre tratado), niveles de CD4 basales, terapia VHC, concomitancia ribavirina y resistencias previas a antiretrovirales acumuladas a inhibidores de proteasas (IP).

La fuente de datos fue el programa Paciwín de las consultas de farmacia y la historia clínica Millennium.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales 32 fueron hombres, edad media 47+5.9 años. Las características basales fueron: 37 pacientes con genotipo 1, 8 con genotipo 3 y 5 con genotipo 4. Grado de fibrosis: 3 F1, 8 F2, 8 F3, 31 F4; 33 pacientes fueron naive y 17 pretratados. Seis pacientes tenían niveles de CD4 basales menores a 200 cel/ul. De los 50 pacientes 32 presentaban resistencias a IP.

El tratamiento AAD empleado en los paciente coinfectados fue: Ledipasvir/sofosbuvir (19), sofosbuvir y daclatasvir (13). simeprevir y sofosbuvir (7), paritaprevir/ombitasvir/ritonavir y dasabuvir (4), peginterferon y simeprevir (3), peginterferon y sofosbuvir (2), sofosbuvir (1), dasabuvir (1); 32 pacientes se encontraban con tratamiento concomitante con ribavirina.

El porcentaje de pacientes que requirieron cambio de TARGA fue del 54 % (27/50). Los fármacos implicados en las interacciones fueron: efavirenz (13), IP (5), potenciador IP (4), tenofovir (2), nevirapina (1), etravirina (1), rilpivirina (1). Los pacientes que no necesitaron cambio fueron 23/50 por ausencia de interacción potencial.

CONCLUSIONES: Las interacciones entre los fármacos de ambas terapias siguen siendo una barrera importante para el tratamiento de la hepatitis C debido al alto riesgo de fracaso virológico por VIH, desarrollo de resistencias y el incremento potencial de reacciones adversas.

La mitad de pacientes coinfectados necesitaron cambio previo tratamiento con AAD.

Se observa una tendencia a mantener el TAR, adaptando así la terapia anti hepatitis C. Además la introducción de los inhibidores de la integrasa como fármacos de elección en las guías del GESIDA supone una alternativa por la menor probabilidad de interacciones.

CLASIFICACIÓN: VIH

983. ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN TRATAMIENTO CON TENOFOVIR

AUTORES: Fernández Vicente M, Ubeira Iglesias M, Casais Muñoz S, Benito Ibáñez V, Martínez de Arriba R, Barbadillo Villanueva S.

Hospital Universitario de Burgos. Avda. Islas Baleares, 3. Burgos. España

OBJETIVOS: Valorar la variación de la función renal en pacientes VIH positivos en tratamiento con tenofovir/emtricitabina –T/E- junto a inhibidores de la proteasa (IPs) potenciados, mediante los niveles de creatinina (Cr) y la filtración glomerular (FG).

Según bibliografía consultada se considera daño renal un descenso $\geq 25\%$ del FG desde el inicio del tratamiento con tenofovir.

La afectación renal que provoca tenofovir se puede ver agravada por la asociación con IPs, fármacos nefrotóxicos, edad avanzada, coinfección con virus hepatitis C (VHC), alteraciones renales previas y tiempo de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los valores de los niveles de Cr plasmática en pacientes VIH positivos en tratamiento con T/E.

Se obtuvieron los datos a partir de la historia clínica informatizada, el programa de dispensación de pacientes externos y el programa de analíticas de análisis clínicos.

Se analizaron: tratamientos previos de los pacientes, tipos de IP que acompañaban a T/E, tiempo de tratamiento, niveles de Cr al inicio y actuales, diferencia en el FG durante el tratamiento y otros factores de riesgo.

Se escogió T/E ya que de los fármacos con tenofovir es el que se suele asociar con IPs.

RESULTADOS: Total de pacientes estudiados: 83 (24,1% mujeres, 75,9% hombres).Rango de tratamiento: 12 – 144 meses. Coinfectados VHC: 36,1%.

Se observó daño renal en 12 pacientes (14,5%). Media de reducción sobre el dato basal de FG: 33,15% (rango: 26,83%-56,39%).

Se observa que ni el tiempo de tratamiento, ni los distintos IPs utilizados influyeron en el daño renal. La edad no es un factor a considerar por ser pacientes con edad media de 47 años.

En cuanto a alteraciones renales previas: 1 paciente con insuficiencia renal leve evolucionó a daño renal. Sin embargo, 2 pacientes con antecedentes de cólicos renales no empeoraron.

De los 12 pacientes con fallo renal, 8 tenían VHC. Hay que destacar que en estos se observa un descenso mayor al 25% en el FG manteniendo niveles considerados normales de Cr plasmática. En los otros 4 pacientes no coinfectados, ya se observaban niveles alterados de Cr.

Es destacable que otros 10 pacientes padecen descenso en su filtrado superior al 20% (sin llegar al valor del 25%).

No hubo cambio de tratamiento antirretroviral en ninguno de los pacientes.

CONCLUSIONES: Se confirma que el tenofovir está relacionado con fallo renal; es necesario hacer un seguimiento muy estrecho de la función renal de los pacientes y valorar otros tratamientos cuando este daño ya se ha manifestado.

La coinfección con VHC es un factor de riesgo importante en el desarrollo de daño renal con tenofovir, y por tanto debe considerarse al pautar el tratamiento antirretroviral. Es preocupante que las cifras de Cr plasmática sean normales en estos pacientes pudiendo pasar desapercibido el daño renal; además la utilización de fármacos nefrotóxicos podría agravar el cuadro.

Es muy importante el control a largo plazo de los pacientes puesto que este daño se observa en el uso crónico. Es clave en este sentido la aportación del farmacéutico en la consulta de pacientes externos.

CLASIFICACIÓN: VIH

1205. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH NAIVE

AUTORES: Ortega García MP, Blasco Segura P, Sanfeliu García J, Saval Victoria AC.

Consorcio Hospital General Universitario. Av/Tres cruces nº 2. Valencia. España

OBJETIVOS: El objetivo principal es evaluar la prescripción de tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes NAIVE durante los años 2013, 2014 y 2015 para analizar el ajuste a las recomendaciones tanto del GESIDA como del Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico (PAISE) de la Comunidad Valenciana.

MATERIALES Y MÉTODOS: Desde noviembre 2012 existe una resolución de la Consejería de Sanidad Valenciana para la prescripción de TAR (dentro del PAISE). En dicha resolución se recomiendan unos tratamientos en el paciente NAIVE de acuerdo con las recomendaciones del GESIDA. Las nuevas prescripciones en pacientes NAIVE se deben acompañar de un formulario donde se hacen constar datos demográficos, clínicos y de tratamiento propuesto que requerirá de la firma del Servicio de Farmacia siempre que se prescriba alguno de los tratamientos propuestos en la resolución o de la firma de la Consejería para tratamientos no especificados en la resolución (uso excepcional). Se transcribieron estos formularios de los años 2013, 2014 y 2015 a una base de datos ACCESS y se realizó un análisis estadístico descriptivo por años. La tendencia central se expresa con la mediana y la dispersión con el mínimo y el máximo.

RESULTADOS: En 2013 73 pacientes NAIVE iniciaron TAR. La mediana de edad fue 38,5 años (21,4-62,2), la carga viral basal (CVB) 72500 copias/mL (20-3999000) y los CD4 379/mcL (17-1008). Sólo se tramitaron 3 peticiones de tratamiento en situación excepcional. Los tratamientos más prescritos fueron TDF/FTC/RLV (26, 36%), TDF/FTC+DRV/r (24, 33%) y TDF/FTC/EFV (14, 19%). En 2014 57 pacientes NAIVE iniciaron TAR. La mediana de edad fue 39,2 años (21,7-75,6), la CVB 76000 copias/mL (21-5520000) y los CD4 354/mcL (42-2366). Sólo se tramitó 1 solicitud excepcional. Los tratamientos más prescritos fueron TDF/FTC+DRV/r (20, 35%), TDF/FTC/RLV (19, 33%) y TDF/FTC/EVG/COBI (7, 12%). De enero a mayo de 2015 ha habido 27 pacientes NAIVE, con 37,8 años (17,9-58,1), CVB 46000 copias/mL (40-1870000) y 400 CD4/mcL (32-1365). Tan sólo se ha tramitado un uso excepcional. Los tratamientos más prescritos han sido TDF/FTC/EVG/COBI (9, 33%), TDF/FTC+DTG (6, 22%), TDF/FTC+DRV/r (5, 18%) y TDF/FTC/RLV (4, 15 %).

CONCLUSIONES: A lo largo de los años se observa un cambio en el TAR prescrito a los pacientes NAIVE, irrumpiendo con fuerza los nuevos combos comercializados, como TDF/FTC/EVG/COBI en 2014 que ya ese año se convirtió en el tercer TAR más prescrito y en 2015 en el primero, o las nuevos principios activos como DTG, comercializado en 2014 y que en 2015 ya forma parte del TAR más prescrito en segundo lugar. La prescripción fuera de las recomendaciones de GESIDA o de la Consejería de Sanidad es mínima y siempre justificada.

CLASIFICACIÓN: VIH

559. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO. EVALUACIÓN POR LOS PACIENTES DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL NUEVO TRATAMIENTO.

AUTORES: Tortajada Esteban Ev, Becares Martinez Fj, Martin Gozalo Em, Toledano Mayoral G, Bonilla Porras M, Castillo Bazan E.

Fundación Jiménez Díaz. Avda Reyes Católicos Nº 2. Madrid. España

OBJETIVO: Atención y seguimiento farmacoterapéutico al paciente VIH en tratamiento antirretroviral al que le cambian la terapia. Análisis de las causas del cambio. Evaluación por los pacientes del grado de satisfacción con el nuevo tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, de un año de duración, de todos los cambios del TAR realizados durante el año 2014. Cuando un paciente acude al servicio de Farmacia y detectamos que hay un cambio en su tratamiento seguimos el procedimiento de atención farmacéutica para informarle de la nueva terapia: cómo tomar el medicamento, condiciones alimentarias, qué hacer si se le olvida alguna dosis, qué efectos adversos pueden aparecer, advertencias y contraindicaciones. En una tabla se recoge la causa del cambio, el tratamiento anterior y el nuevo tratamiento. Como práctica asistencial del seguimiento, entorno a los 4 meses del cambio, se ofreció a los pacientes la posibilidad de realizar una encuesta para conocer el grado de satisfacción con el nuevo TAR, solicitando su consentimiento y puntuando de 0 a 10.

RESULTADOS: Ha habido 321 cambios sobre un total de 2126 pacientes en tratamiento. La principal causa registrada son por efectos adversos, han sido 213 cambios y representan el 66,35% del total, de los cuales el 31,45% han sido propios a efavirenz, el 28,63% por osteopenia, el 15,96% por alteración lipídica, el 12,67% por intolerancia ó hipersensibilidad, el 5,16% por alteraciones renales propios a tenofovir, el 3,28% por lipodistrofia y el 2,81% por alteraciones digestivas. Las RAM observadas en los pacientes incluidos en el estudio son las que están recogidas en la bibliografía de cada principio activo. La segunda causa más frecuente es la simplificación de la terapia, han sido 59 cambios que representa el 18,61% del total. La tercera causa son los cambios debidos a fracasos virológicos, han sido 38 cambios y representan el 11,98% del total. Por último 11 cambios por interacciones. Se ofreció la encuesta a 50 pacientes y se obtuvieron datos para 41. Para todos los pacientes excepto uno en se aumentó el número de comprimidos por fracaso terapéutico, el grado de satisfacción con el nuevo TAR fue entre 7 y 10 puntos ya que les habían desaparecido las reacciones adversas y el número de comprimidos había disminuido.

CONCLUSIONES: Entorno al 15% de los pacientes VIH en tratamiento sufren un cambio del TAR durante el último año. La principal causa del cambio ha sido por efectos secundarios (66,35%) seguido de la simplificación de la terapia (18,61%). Lo más valorado por los pacientes entrevistados es la simplificación y la desaparición de los efectos adversos. El grado de satisfacción con el nuevo tratamiento es elevado

CLASIFICACIÓN: VIH

189. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA EL VIH EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AREA PACIENTES EXTERNOS)

AUTORES: Tortajada Esteban Ev, Pelegrin Torres P, Forte Perez-Minayo M, Panadero Esteban Mi, Arias Moya Ma, Hernandez Segurado M.

Fundación Jiménez Díaz. Avda Reyes Católicos Nº 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en los pacientes en tratamiento para el VIH durante la práctica habitual de la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODO: Las IF se realizan cuando se detecta cualquier incidencia relacionada con el tratamiento farmacológico dentro del procedimiento de atención farmacéutica establecido, de tal modo que el farmacéutico realiza una entrevista clínica para todos los pacientes que se puedan beneficiar como herramienta para conseguir los mejores resultados en su salud al explicar el tratamiento, mejorar y enfatizar aspectos del cumplimiento del mismo, identificar los factores que son un problema para el paciente y modificarlos. Las IF se han clasificado en 1. Intervenciones es en la prescripción: incluye explicar los medicamentos en los pacientes nuevos que inician tratamiento, pacientes que requieren profilaxis postexposición, pacientes con cambio de tratamiento y errores detectados en la prescripción médica. 2. Intervenciones relacionadas con el seguimiento clínico/farmacoterapéutico por falta de adherencia al tratamiento o no asistencia a consultas del especialista. 3. Intervenciones por problemas relacionados con el medicamento (PRM).

RESULTADOS: Durante el período estudiado (año 2014) se realizaron 1162 IF en un total de 2126 pacientes VIH activos. 1. Las IF en la prescripción fueron 919 (79,08% del total): 410 pacientes nuevos (225 naive)+125 profilaxis postexposición+321 cambios en el régimen del tratamiento antirretroviral+ 63 errores detectados en la prescripción. 2. Las IF relacionadas con el seguimiento clínico/farmacoterapéutico fueron 232 (19,96% del total): 137 por falta de adherencia y 95 por falta de seguimiento clínico en la consulta del especialista. 3. Las IF por PRM fueron 11 que no precisaron cambio y 20 que precisaron cambio de tratamiento y están contabilizadas anteriormente.

CONCLUSIONES: Podemos interpretar que el 54,65 % de los pacientes VIH que reciben tratamiento antirretroviral en el hospital precisan de la intervención del farmacéutico. Este resultado hace necesaria la participación directa del farmacéutico en los inicios del tratamiento, los cambios y las incidencias de los pacientes para garantizar que reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas. Se pone de manifiesto la definición de ATENCIÓN FARMACÉUTICA como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: VIH

948. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL ABORDAJE ACTUAL DEL PACIENTE VIH

AUTORES: Sobrino Jiménez C, Jiménez Nacher I, Moreno Ramos F, González Fernández Má, Freire González M, Herrero Ambrosio A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo De La Castellana, 261. Madrid. España

OBJETIVOS: Describir y evaluar los motivos de cambio de tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se registraron los pacientes VIH que experimentaron cambios del TAR durante el periodo 24 noviembre-24 diciembre 2014. Se recogió la duración del tratamiento previo al cambio, el tipo de TAR antes y después de la modificación y los motivos de cambio de del mismo.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se atendieron en la consulta de atención farmacéutica del Hospital 1.976 pacientes VIH, de una cohorte de 3.850 pacientes, de los cuales 92 (4.66%) experimentaron cambio del TAR, siendo la duración media del tratamiento previo al cambio 33.82 meses (1-144 meses). El esquema de tratamiento inicial mayoritario fue 2 ITIAN + 1 ITINN (29.35%) y el principal una vez modificado el mismo 2 ITIAN + 1 Inhibidor Integrasa (40.22%). La pauta que más descendió fue 2 ITIAN + 1 IP/r (28.26% antes del cambio, 7.61% después del cambio). En 43 pacientes el motivo de cambio fue por toxicidad/ efectos adversos (46.74%), en 25 por simplificación (27.17%), en 16 por fracaso terapéutico (17.39%) y en 8 por interacciones (8.7%). Entre los cambios por toxicidad/ efectos adversos destacaron los debidos a toxicidad ósea o renal por tenofovir y a toxicidad neurológica por efavirenz.

CONCLUSIONES: 1. La toxicidad/ efectos adversos fue el principal motivo de cambio de TAR en pacientes VIH.
2. En el análisis de los fármacos implicados en los cambios por toxicidad/ efectos adversos destacan el tenofovir por la nefrotoxicidad y toxicidad ósea y el efavirenz por la neurotoxicidad.
3. La simplificación fue en nuestro estudio el segundo motivo de cambio de TAR por la aparición de nuevos fármacos y coformulaciones que permiten esquemas más sencillos de tratamiento que favorecen la adherencia.

CLASIFICACIÓN: VIH

304. ANÁLISIS DEL USO DE BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO. PERIODO 2011-2014

AUTORES: Nogué Pujadas E, Delicado Alcántara A, Cardona Peitx G, Esteban González Ja, Díaz Cerveró Á, Bonafont Pujol X.

Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Crta Canyet, S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: En el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la biterapia puede ser una opción en caso de resistencias y una alternativa para mejorar el perfil de seguridad, toxicidad o adherencia. El propósito de este estudio es analizar los tipos de biterapia antirretroviral (ARV) utilizados en nuestro hospital, los motivos del cambio y la evolución de la carga viral y recuento de CD4+.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo para analizar los tratamientos con biterapia durante un periodo de cuatro años (2011-2014). Para la identificación de los pacientes en biterapia se usó la Base de Datos Access® de Farmacia. Los datos epidemiológicos y analíticos (carga viral (CV) y CD4+ al inicio de la biterapia y en el

primer control analítico tras el inicio del tratamiento) se obtuvieron a partir del registro electrónico de las historias clínicas (SAP® Asistencial). La información relacionada con el tratamiento (fecha de inicio, duración, combinaciones de ARV, motivos de inicio y finalización) se obtuvo del programa de farmacia de prescripción electrónica Silicon®.

RESULTADOS: De un total de 2531 pacientes con tratamiento antirretroviral durante el periodo 2011-2014, 111 (4.38%) recibieron biterapia en algún momento de estos cuatro años. Al finalizar el estudio, un 51,3% de los pacientes continuaban con biterapia y el 91,2% de ellos continuaban con la misma asociación. De los 111 pacientes, el 73% eran hombres. Edad media: 52 años (33-82). Tiempo medio de tratamiento ARV: 12,7 años. Tiempo medio en tratamiento con biterapia: 16,7 meses. Las combinaciones farmacológicas más usadas fueron: 36,9% IP/r+RAL (78,8% DRV; 12,1% LPV; 9,1% ATV); 25,4% IP/r+MRV (77,1% DRV; 16,7% LPV; 6,3% ATV); 20,8% IP/r+NNRTI (70% DRV+ETV); 13,1% PI/r+NRTI (52,9% DRV+3TC) y 3,8% NNRTI+RAL (100% ETV+RAL). Los principales motivos de inicio de biterapia fueron toxicidad (35%), resistencia (22,2%), simplificación (20,6%) e interacciones (7,1%) con el tratamiento previo. De todos los pacientes con carga viral indetectable previa a la biterapia, un 81% continuaron indetectables en el primer control analítico después del cambio. De todos los pacientes con CV detectable al inicio de la biterapia, 36,4% presentaron supresión virológica en el primer control analítico después del cambio. Se observó un incremento medio del recuento de CD4+ de 103 células/mm³ (rango 8-402) entre el valor basal y el valor del primer control analítico tras el cambio a biterapia.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, un alto porcentaje de pacientes que cambió a un régimen con dos fármacos, continuó con CV indetectable en el primer control post-cambio. Por tanto, el tratamiento ARV con biterapia puede ser una opción terapéutica segura y eficaz en pacientes seleccionados que no puedan recibir una triple terapia convencional debido a toxicidad, resistencias, interacciones o cuando se desee simplificar el tratamiento antirretroviral.

CLASIFICACIÓN: VIH

448. BITERAPIA (LESS DRUG REGIMEN) COMO ESTRATEGIA DE SWITCHING DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES: Valcarce Pardeiro N, Vilariño Maneiro L, Álvarez Díaz H, Mariño Callejo AI, Casás Martínez MA, Rodríguez Penín I.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida da Residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con infección por el VIH en tratamiento con biterapia antirretroviral, y evaluar los motivos del cambio, la eficacia y tolerabilidad en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del período comprendido entre febrero de 2011 y abril de 2015, de los pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral (TAR) a los que se les cambió a biterapia (BT). Se evaluaron datos demográficos y clínicos, datos relacionados con el TAR, así como la causa de inicio de la BT, y la evolución de parámetros inmuno-virológicos mediante el análisis de la historia clínica electrónica IANUS y de una base de datos específica para los pacientes VIH. **RESULTADOS:** Durante el período de estudio se registraron 365 pacientes en TAR de los cuales 17 (4.65%) cambiaron a BT. La mediana de edad fue de 48 años (IQR 28-67), el 64.70% eran varones. Los mecanismos de transmisión fueron: uso de drogas por vía parenteral (35.29%), heterosexual (41.17%), homosexual (11.76%) y desconocida (11.76%). El tiempo medio desde el diagnóstico de la infección por el VIH fue de 16.46 (rango 6-27) años. La mediana de linfocitos CD4+ nadir fue de 178 células/mm³ (IQR 10-438). El 29.41% había presentado alguna enfermedad definitiva de SIDA. El 23.52% de los pacientes estaban coinfectados por el VHC. Ningún paciente tenía coinfección por el virus de la hepatitis B. La mediana del número de pautas previas a la BT fue de 6 (IQR 1-16). Al inicio de la BT la mediana de CD4 fue de 641 células/mm³ (IQR 205-1439), el 76.47% de los pacientes presentaba una carga viral plasmática del VIH (CVP) 200 copias/mL. Los motivos de cambio a BT fueron: toxicidad (47.05%), simplificación (41.17%) y fracaso virológico (11.76%). Todos los pacientes tenían estudio de resistencias previo al cambio a la BT. El 64.70% de los pacientes en BT tenían mutaciones de resistencia acumuladas a algún fármaco utilizado en las pautas previas pero en ningún caso existían mutaciones a los fármacos empleados en el régimen en BT. Las pautas de BT utilizadas fueron: Inhibidor de la proteasa potenciado (IP/r) + Inhibidor de la integrasa (INI) (7, 41.16%), IP/r + Inhibidor de transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN) (5, 29.41%), IP/r + Inhibidor de transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIAN) (5, 29.41%). Al final del período de estudio, todos los pacientes mantenían la BT con una duración media del tratamiento de dos años. La mediana de linfocitos CD4+ fue de 717 células/mm³ (IQR 341-1509) y el 94.12% presentaba una CVP

675. CREACIÓN DE UNA PLATAFORMA PARA LA GESTIÓN INTEGRADA DE PACIENTES INFECTADOS CON VIH

AUTORES: Blasco Segura P, Monte Boquet E, Ortega García P, Ortega González E, Martínez Arroyo AM, Poveda Andrés JL.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Avinguda de les Tres Creus, 2, 46014. Valencia. España

OBJETIVOS: desarrollar una plataforma de gestión integrada de pacientes infectados con VIH que permita una evaluación a tiempo real de cada uno de los pacientes y de la totalidad de la población tratada por el Servicio de Enfermedades Infecciosas del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se consultó a un panel de expertos para conocer las necesidades básicas en la gestión de pacientes con VIH. Dicho panel incluyó al Servicio de Farmacia, de Enfermedades Infecciosas, de Análisis Clínicos y de Microbiología. Una vez definidos los requerimientos, se diseñó una herramienta de inteligencia orientada a crear un sistema de información organizado cuya administración construya conocimiento enfocado a la consecución de unos objetivos. Gracias a la inteligencia de la aplicación informática (Business Intelligence, BI) los datos se agrupan de forma multidimensional (fecha, acumulados mensuales, acumulados anuales, comparativo de periodos...). La aplicación se despliega en servidores propios o externos. El acceso se consigue mediante un portal web.

RESULTADOS: Se ha desarrollado una plataforma para la gestión de pacientes, que actúa no sólo como base de datos, sino como herramienta para su interpretación y evaluación a tiempo real. La información se organiza en diferentes vistas, donde se elaboran gráficos y tablas que muestran los contenidos de forma estructurada. La información se obtiene de diferentes fuentes, consiguiendo sinergias que ayuden en la toma de decisiones.

- Cuadro de mando general: permite la integración de los datos recogidos para todos los pacientes, mostrando la información agrupada por sectores (información clínica, de tratamiento y farmacoeconómica). Evalúa las características epidemiológicas propias de la población, resultados en salud y el manejo de fármacos antirretrovirales (TAR). La información de costes y resultados en salud permite la optimización de recursos, y se introduce la evaluación farmacoeconómica constante para la toma de decisiones.

- Vista del paciente: organiza información del paciente en secciones. El farmacéutico suministra datos sobre la dispensación, proporcionando información relativa a la adherencia estimada a partir de los registros de dispensación. El médico crea los registros con la información clínica relevante. Los datos de Análisis Clínicos y Microbiología se actualizan automáticamente. La base de datos contiene todos los registros históricos de la información, posibilitando análisis retrospectivos.

- La aplicación permite la configuración de perfiles de usuario distintos según el área competencial.

CONCLUSIONES: Se ha desarrollado una plataforma de gestión de pacientes que permite la integración de la información procedente de diferentes servicios (Enfermedades infecciosas, Farmacia, Análisis clínicos y Microbiología). Dicha integración permite una lectura e interpretación a tiempo real de los principales parámetros e indicadores tanto globales (de la población tratada en su conjunto) como individuales (de cada paciente por separado), mejorando la eficacia en la gestión de estos pacientes. Para el Servicio de Farmacia, el acceso a la información clínica de forma estructurada, puede resultar de gran utilidad (acuerdos de riesgo compartido, resultados en salud vs costes) ayudando en la toma de decisiones.

120. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE ERRORES DE CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH HOSPITALIZADOS

AUTORES: Pablos Bravo S, Garcia Muñoz C, Lazaro Cebas A, Nieves Sedano M, Ferrari Piquero Jm.

Hospital Universitario 12 De Octubre. Avd. De Córdoba, S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Conciliar el tratamiento antirretroviral (TARV) al ingreso de pacientes con infección VIH y detectar la frecuencia de errores.

Evaluar las características y el impacto de los errores de conciliación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 3 meses de duración (Marzo-Mayo 2015).

Se localizaron de forma diaria los TARV de pacientes ingresados a través del programa de prescripción HP-HCIS®. Los ingresos de fines de semana y festivos se detectaban en el siguiente día laboral. Se comparó el TARV al ingreso con el tratamiento prescrito en los informes de la consulta de VIH del Hospital, así como con el tratamiento recogido en

Farmacia, registrado en el programa de dispensación a pacientes externos Farhos®, con el fin de detectar posibles discrepancias.

En caso de discrepancia, el farmacéutico contactó con el médico prescriptor, telefónicamente o mediante una recomendación incluida en la historia clínica del paciente. Se consideró que el error había llegado al paciente en aquellos casos en los que enfermería había firmado la administración del fármaco sin haberse corregido el error previamente. Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), tipo de discrepancia (omisión, dosis, secuencia horaria, medicamento erróneo), interacción del TARV con medicación concomitante y gravedad de la interacción según la base de interacciones VIH de la Universidad de Liverpool, necesidad de ajuste del TARV por insuficiencia renal. También se registró en caso de error, el tiempo de exposición al mismo, si este llegó al paciente y la respuesta a la intervención farmacéutica.

RESULTADOS: 76 pacientes fueron tratados en el periodo del estudio, suponiendo un total de 84 ingresos (1,10 ingresos/paciente). El 75% fueron hombres y la edad media de los pacientes fue 49 años (29-69). Todas las discrepancias detectadas fueron no justificadas y se consideraron errores de conciliación al necesitar la corrección por parte del médico.

Se detectaron 30 errores, afectando a 27 pacientes (35%). El error más frecuente fue dosis incorrecta del fármaco (n=10; 33,3%). El resto de errores encontrados fueron: secuencias horarias incorrectas (n=8; 26,7%); omisión de tratamiento al ingreso (n=7; 23,3%) y prescripción errónea del medicamento (n=5; 16,7%). Se encontraron interacciones graves entre el TARV y el tratamiento concomitante en 5 de los ingresos (6%) y moderadas en 66 casos (78,6%). Entre las interacciones moderadas, se intervino en la de darunavir/ritonavir con atorvastatina 40 mg, requiriendo bajada de dosis de esta última. De los cinco pacientes que tuvieron un aclaramiento de creatinina inferior a 50 ml/min (29-40), en dos casos no se ajustó la dosis de lamivudina a la función renal. El 61,9% de las intervenciones realizadas fueron aceptadas, la mediana de tiempo de exposición del paciente al error fue de 68 horas (14-332). La intervención del farmacéutico evitó que el error alcanzara al paciente en el 26,3% de los casos.

CONCLUSIONES: El ingreso al hospital es un punto crítico en el que se generan errores de conciliación del TARV con frecuencia, pudiendo tener importantes consecuencias para el paciente. La conciliación de la medicación por parte de un farmacéutico puede ayudar a detectar y corregir estos errores.

CLASIFICACIÓN: VIH

755. DETERMINACIÓN DE LOS FÁRMACOS RESPONSABLES DEL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL POR EFECTOS ADVERSOS

AUTORES: Perpinya Gombau M, Colomer Paires J, Gómez Lozano A, De Puig Cabrera E, Malla Canet D, Mallart Romero L.

Hospital Santa Caterina. Dr. Castany S/N. Girona. España

OBJETIVOS: Determinar las principales fármacos causantes del cambio del tratamiento antiretroviral por efecto adverso, en los pacientes tratados en el período de enero de 2014 a mayo de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de una cohorte de 257 pacientes en tratamiento antiretroviral de dispensación ambulatoria. Se recogieron los datos sociodemográficos, duración del tratamiento, el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral plasmática, fármacos implicados y causas del cambio de tratamiento.

RESULTADOS: De la cohorte de 257 pacientes en seguimiento de atención farmacéutica en la Consulta Externa del Servicio de Farmacia se detectaron 39 (15,2%) pacientes que requirieron cambio de tratamiento por efecto adverso, realizándose en total 51 cambios de tratamiento ya que 10 pacientes precisaron 2 cambios de tratamiento y 2 pacientes 3 cambios. Las características de los pacientes en estudio por efecto adverso fueron 27(60,9%) hombres, edad media 51,9 (22-86), nadir de CD4 340 (23-1295, carga viral basal inicial 539.726,2 (215-4630000), tiempo de años desde el diagnóstico 12,8 (2-27), recuento de CD4 en el momento del cambio 550,8 (12-1190), carga viral indetectable en el momento del cambio 24 (61,5%), adherencia al tratamiento 32 (82,0%), coinfección con el VHC 14(33,3%), primera línea de tratamiento antiretroviral 10(25,6%), segunda línea de tratamiento antiretroviral 10(25,6%), tercera línea o más líneas de tratamiento antiretroviral 17 (43,6%). Los fármacos causantes del cambio de tratamiento fueron tenofovir 16 cambios (31,4%) por disminución de la densidad mineral ósea detectada en el T-score lumbar y femoral entre -1,5 y -4 en 10 (19,6%) pacientes, disminución del filtrado glomerular detectado por la fórmula CKD-EPI en tres determinaciones seguidas por debajo de 60 mL/minuto en 5 (9,8%) pacientes, colitis isquémica en 1(2%) caso, 9 (17,6%) pacientes por análogos de la timidina asociada lipoatrofia y anemia macrocítica, efavirenz 8 (15,7%) pacientes por toxicidad del sistema nervioso central, lopinavir 6 (11,8%) por dislipidemia y trastornos digestivos, darunavir 4 (7,8%) por dislipidemia y trastornos digestivos, etravirina 2 (3,9%) por rash

cutáneo, abacavir y raltegravir 1 (2%) por hepatotoxicidad, rilpivirina 1(2%) intolerancia digestiva, nevirapina 1(2%) rash cutáneo y abacavir/Lamivudina 1(2%) por causa inespecífica.

CONCLUSIONES: El principal fármaco implicado en los cambios de tratamiento antiretroviral por efecto adverso fue tenofovir por toxicidad ósea y renal.

Los pacientes en tratamiento con tenofovir requieren monitorización de los indicadores de daño óseo y renal.

CLASIFICACIÓN: VIH

953. DOLUTEGRAVIR: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO

AUTORES: Lorenzo Lorenzo K, Alvarez Payero M, Casanova Martinez C, Cendon Otero Ma, Lago Rivero N, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Universitario De Vigo (Eoxi Vigo). Pizarro, 22. Pontevedra. España

OBJETIVOS: El objetivo es evaluar la efectividad virológica e inmunológica del dolutegravir en la terapia antirretroviral (TAR) en adultos con VIH, valorando a su vez la seguridad del fármaco en términos de afectación renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes tratados con dolutegravir (50mg/24h) y sin tratamientos nefrotóxicos concomitantes, entre enero y mayo del 2015.

Se diferenciaron dos subgrupos: naive y pretratados.

Para la evaluación de la respuesta virológica e inmunológica se midió la carga viral plasmática (CVP) y número de linfocitos CD4, respectivamente, antes de iniciar el tratamiento con dolutegravir y después de 30 días de tratamiento.

Para la valoración de la afectación renal se midieron la creatinina sérica, urea y filtrado glomerular (FG) basales y a los 30 días del inicio. Se consideró afectación renal: filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/m²

Los datos se recogieron desde la consulta de pacientes externos de Farmacia, del programa de dispensación ambulatoria y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS: En el período de estudio, 61 pacientes (70,5% en estadio C3) iniciaron tratamiento con dolutegravir, de los cuales 50 pacientes (82%) en biterapia con lamivudina/abacavir. 17 pacientes (27,87%) fueron excluidos por no completar los 30 días mínimos de tratamiento.

De los 44 pacientes incluidos, 30 (68,18%) fueron hombres con una media de edad de 48,12 años(25-66) y 14 (31,82%) fueron mujeres con una media de edad de 46,5 años (18-54).

Subgrupo de pacientes naive: 4 pacientes (9,09%). En 30 días de tratamiento los 4 pacientes (100%) redujeron la CVP a menos de 20 copias/ml. 2 pacientes (50%) aumentaron el número de linfocitos CD4 y 2 pacientes (50%) disminuyeron los linfocitos CD4 una media de 102,5/mm³ (15,7%). Los 4 pacientes (100%) experimentaron un aumento medio de la creatinina sérica de 0,225mg/dl, manteniendo 3 pacientes (75%) un FG superior a 60 ml/min/m² y 1 paciente (25%) experimentó un descenso de FG a 29ml/min/m² que motivó la suspensión del fármaco.

Subgrupo de pacientes pretratados: 40 pacientes (90,91%). 38 pacientes (95%) mantuvieron la CVP por debajo de 20copias/ml y 2 pacientes (5%) tuvieron un aumento transitorio de CVP superior a 100copias/ml. 21 pacientes (52,5%) disminuyeron el número de linfocitos CD4 una media 69,45/mm³ (14,8%) y 19 pacientes(47,5%) lo aumentaron una media de 92,5/mm³ (77,23%). 29 pacientes (72,5%) tuvieron un aumento medio de creatinina sérica de 0,13mg/dl, conservando los 40 pacientes (100%) un FG superior a 60ml/min/m².

En ninguno de los subgrupos se apreciaron cambios significativos en los niveles de urea plasmática.

CONCLUSIONES: El dolutegravir ha demostrado ser un fármaco efectivo en el control de la respuesta virológica tanto en pacientes naive como pretratados. Sin embargo, al inicio del tratamiento hay una alta proporción de pacientes con baja respuesta inmunológica.

A corto plazo, la terapia con dolutegravir muestra un buen perfil de seguridad a nivel renal. No obstante, requiere una monitorización periódica para evaluar la toxicidad renal a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: VIH

904. EFECTIVIDAD DEL CAMBIO A BITERAPIA CON DRV/R MÁS 3TC EN PACIENTES VIH POSITIVOS PRETRATADOS

AUTORES: Dominguez Cantero M, Huertas Fernández Mj, Suarez Carrascosa Fj, García Martín F, Romero Hernández I, Gallego Muñoz C.

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Ana De Viya 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad del switching a biterapia con darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r) asociado a lamivudina (3TC) en pacientes VIH previamente tratados.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo. Selección de los pacientes mediante el programa de prescripción asistida Athos-Prisma® desde enero del año 2012. La consulta de los datos clínicos y analíticos se realizó en la historia clínica digital. Se excluyeron aquellos pacientes que carecían de determinaciones de la carga viral plasmática (CVP) tras la instauración de la biterapia. La efectividad de la biterapia fue definida como la suma del porcentaje de pacientes con ausencia de fracaso virológico (FV) (dos determinaciones consecutivas de CVP 24 semanas después del cambio, >50 copias/mL o una >400 copias/ml y/o dos o más repuntes virológicos transitorios ("blips") valores de CVP aislados y transitorios entre 50 y 200 copias/mL) y/o sin de fracaso del tratamiento (FT) (suspensión de la biterapia por otras causas). Otras variables analizadas: demográficas (edad, sexo), TAR previo, CD4, coinfección VHC, CV 6 meses antes y 24 semanas tras la instauración de la biterapia, motivo del switch y adherencia al tratamiento. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango, las variables cualitativas como frecuencias.

RESULTADOS: 19 pacientes tuvieron un cambio a biterapia, dos excluidos por carecer de control de la CV tras el switch. Mediana de 54 (36-74) años, 50% hombres, recuento de CD4 642 cel/ml (471-1694), 50% coinfectados por VHC. El 70,6% mantenían un adherencia >90% , siendo tratados previamente con: IP (47,05%; 8/17), ITINN+2 ITIAN (35,29%; 6/17) y IP+2 ITIAN (11,76%; 2/17). 81,25% (13/16) de los pacientes con CVP indetectable 6 meses previos al cambio. La causa principal de switching fue por toxicidad al tratamiento antirretroviral (68,75%; 11/17), introducción de 3TC en pacientes con sospecha de bajo cumplimiento (18,75%; 3/17), simplificación (6,25%, 1/17) y el resto por causa desconocida. Los pacientes permanecieron con CVP indetectable durante una media de 68 (17-168) semanas. Adherencia a la biterapia: >90% en el 87,5%, adherencia entre 89-75% para el 12,5% y menor del 75% en el 6,25% de los casos analizados.

La efectividad global de la biterapia en nuestros pacientes alcanzó el 81,25%. Solo hubo tres casos en los que el switch no fue efectivo: dos pacientes, con buena adherencia al TAR cambiaron la biterapia por FT, uno debido a toxicidad metabólica tras permanecer dos años en tratamiento, el otro cambió a DRV/r en monoterapia por causas desconocidas, el tercero, mal adherente, suspendió el tratamiento por FV.

CONCLUSIONES: A pesar del escaso número de pacientes, el switch a DRV/r+3TC permitió mantener durante un elevado periodo de tiempo la CV indetectable.

El cambio a biterapia en nuestro estudio tuvo un buen perfil de efectividad, siendo una opción de tratamiento en pacientes que presentaron efectos adversos al TAR.

CLASIFICACIÓN: VIH

277. EFICACIA E IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN MONOTERAPIA

AUTORES: Moreno Carvajal MT, González Rosa V, Bancalero Herrera P, Gómez Germá P, Terrón Pernia A, Gázquez Pérez R.

Hospital de Jerez de la Frontera. Carretera de Circunvalación s/n C.P 11407. Cádiz. España

Introducción:

El tratamiento de la infección por VIH ha evolucionado rápidamente y el tratamiento antirretroviral (TAR) ha dado lugar a una disminución significativa de la mortalidad y la morbilidad. La monoterapia (MT) disminuye la toxicidad asociada al tratamiento, limita las interacciones, mejora el cumplimiento del tratamiento y disminuye los costes.

OBJETIVO: Describir la efectividad de la monoterapia en nuestra área sanitaria e identificar las principales causas de fracaso de la monoterapia.

Analizar la reducción del coste anual derivada del uso de la monoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal y descriptivo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes VIH ambulatorios tratados con IPs en monoterapia (DRV/r o LPV/r) hasta la fecha de recogida de datos (Marzo 2015).

Las variables recogidas fueron: sexo, recuento de linfocitos CD4 nadir, recuento de linfocitos CD4 basal, duración de TAR previo y motivos de cambio a monoterapia.

Para medir la efectividad se analizó la respuesta virológica (carga viral plasmática) y el fracaso terapéutico, que se definió como dos determinaciones consecutivas con > 50 copias/mL. El impacto económico se calculó como la diferencia de coste anual entre el TAR anterior y el tratamiento anual con MT.

RESULTADOS: Se identificaron 70 pacientes, de los cuales 3 sufrieron pérdida de seguimiento. De los 67 pacientes incluidos (58 hombres y 9 mujeres), 12 fueron tratados con LPV/r y 55 con DRV/r. Tasa media CD4 nadir: 210 ±

131 cel/mL. Tasa media CD4 basal: 628 ± 348 cel/mL. Duración de TAR hasta inicio de MT: $11,4 \pm 5,7$ años. Todos los pacientes cumplían los criterios de GESIDA de indicación de MT: sin antecedentes de fracaso previo a IP, CVP indetectable al menos 6 meses previos al inicio y buena adherencia al TAR. Respecto al motivo de inicio de la MT, el 46.3% fue por simplificación de la pauta, 50.7% por toxicidad y 3% por otras causas. Respecto a la CVP y teniendo en cuenta que el 71.6% de los pacientes llevan más de 72 semanas de tratamiento, el número de blips fue sólo de 19 (7 de ellos < 50 cop/mL y 2 pacientes > 200 cop/mL). El 92.5% se mantuvo en monoterapia sin criterios de fracaso virológico. Tres pacientes (4.5%) presentaron algún efecto secundario pero no fue motivo de modificación de tratamiento. En un 7.5% (5) de los pacientes se suspendió el tratamiento: en un caso debido a fracaso virológico (2 cargas virales consecutivas > 50 copias/mL) y al resto (4) le fue suspendido de forma temporal para iniciar tratamiento para la hepatitis C.

El ahorro medio estimado por paciente fue de 3656.3 ± 1745.9 €/año, obteniéndose un ahorro anual de 230.349.7 €.

Conclusión: Sólo un paciente presentó fracaso virológico con la monoterapia, pero no apareció ninguna mutación de resistencia a IP y reforzando el TAR se consiguió nuevamente la indetectabilidad. Por lo tanto, la monoterapia con IP potenciado (DRV/r ó LPV/r) en pacientes candidatos puede ser una opción terapéutica coste-efectiva.

CLASIFICACIÓN: VIH

183. EFICACIA, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAST/EMTRICITABINA/TENOFOVIR EN DOSIFICACIÓN UNITARIA.

AUTORES: Urda Romacho J, Fernandez Martin Jm, Fayet Perez A, Martos Rosa A, Gonzalez Vaquero D, Morales Molina Ja.

Hospital De Poniente. Ctra. Almerimar S/N. Almería. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia, seguridad y adherencia del tratamiento con Elvitegravir/Cobicistast/Emtricitabina/Tenofovir (EVG/COB/FTC/TDF), administrado en dosis única, en pacientes infectados por VIH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, de 13 meses de duración, de todos los pacientes tratados con EVG/COB/FTC/TDF desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital. Datos recogidos: sexo, edad, existencia de coinfección, estadio clínico, tratamiento antirretroviral (TAR) previo a EVG/COB/FTC/TDF, motivos del cambio de TAR, reacciones adversas (RA) y adherencia al tratamiento. Las determinaciones de carga viral (CV), linfocitos CD4, hemoglobina, neutrófilos, AST, ALT, bilirrubina, triglicéridos, filtrado glomerular (FG), creatinina, potasio y fósforo se realizaron al inicio y a las semanas 4, 12, 24 y 48. Los datos se obtuvieron del registro de dispensación del Servicio de Farmacia y de la historia clínica electrónica (ARIADNA®).

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio iniciaron tratamiento con EVG/COB/FTC/TDF 24 pacientes. Hombres 21/24 (87,5 %), edad media 41 ± 10 años. 6/24 pacientes (25 %) coinfectados VHC. Clasificación según estadio de la enfermedad: A1; 9/24 pacientes (37,5 %); A2, 6/24 pacientes (25 %); C3, 5/24 pacientes (20,8 %); A3, 3/24 pacientes (12,5 %) y B3, 1/24 paciente (4,2 %). Clasificación según TAR previo: 7/24 (29,2 %) con inhibidores análogos de la transcriptasa inversa (ITIAN); 5/24 pacientes (20,8 %) presentaban combinación de ITIAN e inhibidores de la proteasa; 12/24 pacientes (50 %) naïve. Motivos de cambio de TAR: simplificación 5/12 (41,6 %) y aparición de resistencias 4/12 (33,3 %). RA: 9/24 pacientes (37,5 %); 6/9 (66,6 %) a nivel del SNC (cefaleas, mareos). A la semana de iniciar el tratamiento en 4/6 pacientes (66,6 %) desapareció la RA. Adherencia > 95 %: 21/24 pacientes (87,5 %). Clasificación según CV: indetectable a semana 24, 12/24 pacientes (50 %); CV detectable pendiente de alcanzar semana 24, 10/24 (41,6 %), de los cuales, 8/10 (80 %), experimentaron un descenso > 2 log de la CV en la semana 12 de tratamiento y 2/10 pacientes (20 %), sin datos disponibles. 2/24 pacientes (8,3 %) suspendieron tratamiento con EVG/COB/FTC/TDF, uno por mala tolerancia y otro por resistencias. Pacientes que incrementaron linfocitos CD4: 18/24 (75 %). Aumento medio 178,5 células/mm³ (rango: 49- 330). Clasificación según alteraciones parámetros analíticos: 5/24 pacientes (20,8 %) presentaron elevación de creatinina por encima de los valores de referencia. Ningún paciente con $FG < 60$ mL/min. Resto de parámetros analíticos sin alteraciones reseñables.

CONCLUSIONES: EVG/COB/FTC/TDF ha demostrado eficacia en cuanto a disminución de la CV y aumento de linfocitos CD4. Los pacientes presentaron alta adherencia y buena tolerancia, siendo la cefalea al inicio del tratamiento la principal RA. EVG/COB/FTC/TDF en régimen único constituye una opción alternativa para inicio o simplificación del TAR.

336. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y ADHERENCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH

AUTORES: De Temple Pla M, Ramió Montero E, Jaume Gaya M, El Hilali Masó N, Pi Sala N, Aguas Compaired M. Capiro Hospital Universitario Sagrat Cor. Viladomat 288. Barcelona. España

OBJETIVOS: Comparar la adherencia al TAR según el registro de dispensaciones y valorar su concordancia respecto a la carga viral plasmática(CV) como prueba de referencia.

Conocer mediante una encuesta y entrevista, la satisfacción de los pacientes con el Servicio de Farmacia(SF), así como detectar errores de medicación(EM) del tratamiento antirretroviral(TAR) e interacciones con la medicación habitual.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo (año 2014) realizado en un hospital universitario en el que se calculó la adherencia al TAR mediante el registro de dispensaciones (considerando adherencia $\geq 95\%$) y se comparó con la CV. Estudio de seguimiento mediante la realización de una encuesta diseñada según nuestras inquietudes, para conocer la satisfacción de nuestros pacientes con el SF (tiempo espera, atención recibida, satisfacción TAR,..) y entrevista para detectar EM con respecto a la administración del TAR e interacciones.

Análisis estadístico: estudio descriptivo de las variables, comparación de las cualitativas con test exacto de Fisher y comparación de medias con t-Student. Los datos fueron analizados con el programa Stata_13.0.

RESULTADOS: Se evaluaron 58 de los 61 pacientes con TAR durante el 2014 (2 abandonos y 1 exitus): la media de edad fue 52,5 años(SD=9,7) y el 77,6% fueron hombres. El 82% tenían CV indetectable y la media de CD4 fue 706,8/mm³(SD=312)(8,6% ≤ 200 células/mm³). La media de nºfármacosTAR/día fue 2,8(SD=0,5), nºtomosTAR/día 1,2(SD=0,4) y nºcomprimidosTAR/día 2,1(SD=1,5) sin diferencias estadísticamente significativas respecto a la adherencia ni la CV. La media de adherencia fue del 95,8% (52%-100%) con un 82,5% de adherentes (83% con CV indetectable) y 17,5% no adherentes (78% con CV indetectable)(F=0,118;p=0,666).

En la entrevista, el 96% conocía la pauta de TAR correctamente (frecuencia y restricciones alimenticias) y de los 6 pacientes que cometían errores, la mitad tenían CV detectable (F=3,92;p=0,083). La media de fármacos habituales concomitantes fue de 1,86 fármacos/paciente(SD=3,4) y se revisaron las interacciones de 236 fármacos obteniendo 2 importantes y 25 sin relevancia clínica significativa.

La encuesta desveló que el 87,5% consideraba razonable el tiempo de espera, el 98% veía adecuada la atención recibida por los técnicos/administrativos y el 33% desconocía la existencia de un farmacéutico a su disposición. Los que lo sabían, un 63,6% estaba muy satisfecho y un 31,8% bastante satisfecho con la atención recibida y a un 96% las intervenciones farmacéuticas le resolvieron sus dudas. El 70% estaba muy satisfecho con el TAR, 26% bastante satisfecho y el 4% regular.

CONCLUSIONES: Más del 80% de los pacientes tiene CV indetectable y son adherentes según el registro de dispensaciones, pero la asociación entre ambas variables y con el nºcomprimidos/día no es significativa.

La entrevista ha permitido detectar EM relacionados con la administración que se han corregido e interacciones con la medicación habitual que se han informado y resuelto.

La encuesta de satisfacción ha revelado que la mayoría de los pacientes están contentos con el SF y con su TAR. Sin embargo, a pesar de realizar atención farmacéutica en los inicios y los cambios, un tercio de los pacientes desconocía la posibilidad de consultar a un farmacéutico, de manera que hemos podido informar adecuadamente sobre ello.

456. ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD DEL PACIENTE VIH POSITIVO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

AUTORES: Rodríguez Quesada P, Sánchez-Rubio Ferrández J, Iglesias Peinado I, Molina García T. Hospital Universitario de Getafe. Carretera de Toledo km 12,5. Madrid. España

OBJETIVOS: La cronicación de la infección por el VIH desde la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha conllevado el envejecimiento progresivo de la población tratada y un aumento de su fragilidad.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la fragilidad de los pacientes VIH positivos, así como su impacto sobre la adherencia al TARGA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo. Se reclutaron todos los pacientes VIH positivos mayores de 18 años con al menos 6 meses en tratamiento con TARGA que acudieron durante un período de dos meses a la

consulta de pacientes externos de nuestro hospital, previa aceptación de participación a través de un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del centro.

Para la evaluación de la fragilidad de los pacientes, se utilizó el índice VACS (Veterans Aging Cohort Study), el cual se basa en los siguientes parámetros: edad, sexo, raza, niveles de CD4, carga viral, niveles de hemoglobina, niveles de transaminasas (GOT y GPT), recuento plaquetario, nivel de fibrosis hepática (según fibroscan), niveles de creatinina sérica (Cr), estimación de filtrado glomerular (EFG) y presencia o no de hepatitis por virus C infección por virus de la hepatitis C (VHC). Este índice estima el riesgo de mortalidad por todas las causas a los 5 años. Los datos se recogieron a través de la aplicación Servolab® y la historia clínica del paciente. Para el cálculo del valor del índice VACS se utilizó la calculadora online de la Yale School of Medicine. Se consideraron pacientes con elevada fragilidad aquellos con una mortalidad estimada a los 5 años mayor al 10% (VACS>25)

Para la evaluación de los niveles de adherencia, se utilizó el cuestionario de adherencia SMAQ y el registro de dispensación de medicación de los últimos 6 meses en el módulo de Gestión de Pacientes Externos de aplicación Farmatools®. Se consideraron adherentes los pacientes con un nivel $\geq 95\%$.

Se compararon los porcentajes medios de mortalidad estimada para los pacientes adherentes y no adherentes mediante una prueba U de Mann-Whitney. Asimismo se comparó la adherencia entre los pacientes de elevada y baja fragilidad mediante una prueba Chi-cuadrado. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó la aplicación SPSS versión 15.0 y se consideró un nivel de significación del 95%.

RESULTADOS: Se incluyeron 211 pacientes. Edad media $45,8 \pm 9,3$ años. El 74,9% fueron varones. Un 92,4% de los pacientes llevaban en tratamiento más de 5 años. El 61,1% de los pacientes se consideraron adherentes. La mortalidad media estimada a los 5 años según el VACS index fue del $5,9 \pm 6,4\%$ con un 17,1% de los pacientes con mortalidad estimada $>10\%$ (VACS>25). No hubo diferencias en la fragilidad estimada entre el grupo de pacientes adherentes y no adherentes ($6,1$ vs $5,8\%$; $p=0,695$). Se encontró una tendencia a un menor % de adherencia en el grupo de pacientes de elevada fragilidad, pero no se alcanzó significación estadística. (OR=1,73; IC95% 0,8-3,6; $p=0,135$)

CONCLUSIONES: La fragilidad de los pacientes medida a través del VACS no se correlacionó con la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: VIH

410. ESTUDIO DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN PACIENTES CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORES: Taberner Bonastre P, Sangrador Pelluz C, Maiques Llácer Fj, Barraón Pérez L, Flores Cid J, Soler Company E. Hospital Arnau De Vilanova. San Clemente, 12. Valencia. España

OBJETIVOS: Analizar el grado de cumplimiento de los criterios de selección de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para recibir monoterapia según las guías GESIDA. Evaluar la efectividad de la monoterapia con inhibidores de la proteasa potenciados (IPr) y estudiar las causas de suspensión de esta estrategia terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de dos años (enero de 2013 a diciembre de 2014). Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido o recibían monoterapia con IPr durante el periodo de estudio, con determinación de la infección del virus de la hepatitis B (VHB), analítica a los 6 meses pre-inicio de la monoterapia de linfocitos CD4 y de carga viral (CV) y al menos un control de CV a los 6 meses post-inicio con IPr. La monoterapia incluía: darunavir/ritonavir (DRV/r) y lopinavir/ritonavir (LPV/r).

Se consideró que los pacientes cumplían criterios para iniciar monoterapia si tenían CV 100 linfocitos CD4/ml y ausencia de hepatitis B crónica.

En la evaluación de la efectividad, la terapia se consideró efectiva si la era CV

Se registraron variables demográficas, CV, VHB y linfocitos CD4 pre-inicio de la monoterapia; CV a los 6 meses post-inicio y tiempo con IPr. Los datos se extrajeron de las aplicaciones informáticas Farmasyst®, OrionClinic® y Servolab®.

RESULTADOS: Se identificaron 35 pacientes en monoterapia, un 4% del total de pacientes VIH. La media de edad de la población era de 43,6 años (SD 7,20) y el 73% eran varones.

En cuanto al grado de cumplimiento de los criterios GESIDA para iniciar monoterapia un 97,1% (34/35) cumplían los criterios. El único caso que no se adecuaba a los criterios establecidos fue por tener una CV superior a lo recomendado. Se prescribió DRV/r al 77,1% de los pacientes y LPV/r al 22,9%.

En cuanto a los tratamientos previos el 54,3% (19/35) recibían 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) y 1 IP; el 20% (7/35) 2 ITIAN y 1 inhibidor de la proteasa (IP); el 5,7% (2/35) 3 ITIAN y el 20% (7/35) otras combinaciones.

La efectividad del tratamiento fue del 97,1% (34/35) a los 6 meses, siendo el único caso un fracaso a la monoterapia. La media de duración de la monoterapia fue de 27,1 meses (SD 11,84).

En el momento del estudio un 17,1% (6/35) había abandonado la monoterapia: 5,7% (2/35) por ineffectividad, 2,9% (1/35) por posible toxicidad, 2,9% (1/35) por potencial interacción con el tratamiento para la hepatitis C, 2,9% (1/35) por diagnóstico de tumor y un 2,9% (1/35) por causa no justificada.

CONCLUSIONES: El grado de cumplimiento de los criterios de las guías GESIDA para el inicio con monoterapia se aproxima al 100% en nuestra población. Aunque el grado de efectividad de la monoterapia es muy alto, en el momento del estudio se observó aproximadamente un 17% de abandono por distintos motivos.

Entre las limitaciones del estudio, la falta de datos para analizar las mutaciones en el gen de la proteasa.

CLASIFICACIÓN: VIH

413. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RILPIVIRINA EN EL TRATAMIENTO DEL VIH

AUTORES: Gómez Márquez Am, López Doldán Mdc, Casado Vázquez L, Fernández González Mp, Varela Correa Jj, González Pereira Me.

Complejo Hospitalario Universitario De Ourense. C/Ramon Puga 52-54. Ourense. España

OBJETIVOS: Introducción: Rilpivirina (RPV) es un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN) comercializado sólo o en combinación con Emtricitabina y Tenofovir fumarato. Tanto el grupo español para el estudio del sida (GESIDA) como la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) recomiendan su uso en el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en adultos sin mutaciones de resistencia conocidas a los ITINN y carga viral de ARN del VIH-1 ≤ 100.000 copias/mL.

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones en la prescripción de RPV y la efectividad del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluye a pacientes adultos con VIH-1 que iniciaron tratamiento con RPV en nuestro hospital (noviembre 2013 - marzo 2014). A través de la historia clínica informatizada se recogieron las siguientes variables: demográficas (sexo y edad), fecha de diagnóstico de la enfermedad, test de resistencias, clasificación de la infección, infección por VHC y/o VHB, días a tratamiento con RPV y tipo de paciente (naive o pretratado). Para analizar la efectividad recogimos datos de carga viral (CV) y linfocitos CD4+ al inicio y a los de tres meses de tratamiento.

RESULTADOS: Durante este periodo 12 pacientes iniciaron tratamiento con RPV en nuestro centro. La mediana de edad fue 37,2 años (23-52) y el 33,3% eran mujeres. En 4/12 pacientes la enfermedad era de diagnóstico reciente (100.000 copias/ml en 2 pacientes. Un 33,3% (4/12) habían sido tratados previamente; para un paciente (1/12) se solicitaba inicio con RPV tras llevar años sin tratamiento (presentaba CV

CONCLUSIONES: La prescripción de RPV cumple en la mayoría de los casos las indicaciones de la AEMPS y GESIDA. La incorporación de RPV a la terapia antirretroviral se muestra como una opción segura y efectiva en pacientes naive y en aquellos pretratados con efectos adversos al TAR si bien es necesario realizar estudios a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: VIH

743. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN PACIENTES NAIVE

AUTORES: Iniesta Navalon C, Franco Miguel Jj, Rentero Redondo L, Gascon Canovas Jj, Garcia Coronel M, Onteniente Candela M.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Av. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y las causas de discontinuación del tratamiento en pacientes naive con tratamiento antirretroviral (TARGA).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo realizado en un Hospital de referencia de área. Se incluyeron todos los pacientes naive VIH positivos ≥ 18 años que recogían medicación antirretroviral (ARV) en el Servicio de Farmacia y que iniciaron el tratamiento durante el periodo de 2008-2014. Para cada paciente se realizó un seguimiento de 48 semanas desde el inicio del TARGA.

Mediante la revisión de la historia clínica se recogieron datos sociodemográficos, clínicos (patologías crónicas, carga viral y CD4) y referentes al tratamiento ARV (principio activo y duración de tratamiento). Se calculó la adherencia a partir de los registros de dispensación. También se determinó el índice de complejidad al TARGA mediante la escala de Martin et al1.

Nuestro resultado primario fue la supresión viral tras 48 semanas de tratamiento, definida como una carga viral Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba de U Mann-Whitney, y la prueba de Chi-Cuadrado para las variables cualitativas. Se realizó una regresión logística multivariante para determinar los factores asociados a la discontinuación del TARGA. Todos los análisis se realizaron con el SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 99 pacientes (77,8% hombres), edad media 38,9±11,7 años. La coinfección por VHB (25,3%), VHC (15,2%) y las enfermedades psiquiátricas (12,1%) fueron las patologías más prevalentes.

El 88,9% de los pacientes tenían una carga viral basal >50 copias/ml y el 71,7% presentaban unos CD4 < 0,001).

Tras 48 semanas de tratamiento el 64,6% de los pacientes alcanzaron el éxito terapéutico, no encontrando diferencias significativas entre régimen-ITINN basados en NNRTI frente régimen-PI (62,3% vs 70,6%; p=0,592).

La duración de tratamiento fue inferior a 48 semanas para el 26,3% de los pacientes. Los principales motivos de discontinuación fueron por efecto adverso (69,2%) (intolerancia digestiva y hepatitis tóxica). La segunda causa fue el abandono del tratamiento (23,1%).

El índice de complejidad se asoció a la discontinuación del TARGA en las primeras 48 semanas de tratamiento (OR: 1,9 [IC95%: 1,3-2,7]).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio la eficacia fue similar para regimenes basados en IP o NNRTI, en pacientes naive. Una cuarta parte de los pacientes naive no cumplieron las 48 semanas de tratamiento, siendo el índice de complejidad la única variable asociada a este hecho.

Bibliografía

1. Martin S, Wolters PL, Calabrese SK, Toledo-Tamula MA, Wood LV, Roby G The Antiretroviral Regimen Complexity Index. A novel method of quantifying regimen complexity. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45:535-44.

CLASIFICACIÓN: VIH

457. EVALUACIÓN DE LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICAN LA FALTA DE ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS VIH POSITIVOS

AUTORES: Rodríguez Quesada P, Sánchez-Rubio Ferrández J, Iglesias Peinado I, Molina García T. Hospital Universitario de Getafe. Carretera de Toledo km 12,5. Madrid. España

OBJETIVOS:

La cronificación de la infección por el VIH desde la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) conlleva que los pacientes se vean sometidos a tratamientos prolongados en los que la adherencia puede verse comprometida por factores personales.

El objetivo del presente estudio es analizar los motivos que aducen los pacientes para no ser adherentes al TARGA y su relación con la adherencia real del paciente al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional prospectivo en el que se reclutaron todos los pacientes VIH positivos mayores de 18 años con, al menos, 6 meses en tratamiento con TARGA que acudieron durante un período de dos meses a la consulta de pacientes externos de nuestro hospital, previa aceptación de participación a través de un consentimiento informado tras lectura de hoja de información al paciente. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del centro.

Para la evaluación de los niveles de adherencia, se utilizó el cuestionario de adherencia SMAQ y el registro de dispensación de medicación de los últimos 6 meses en el módulo de Gestión de Pacientes Externos de aplicación Farmatools®. Se consideraron adherentes los pacientes con un nivel ≥95% en ambos.

Para la identificación de los motivos de no adherencia, se realizó una pregunta abierta por escrito en la que se pedía enumerar (si existían), los motivos que se consideraban como limitadores de la adherencia al TARGA.

Se comparó la media de motivos alegados por los pacientes adherentes y no adherentes mediante una prueba tipo U de Mann-Whitney.

Para analizar la influencia de argumentar motivos sobre la adherencia real así como la influencia de cada motivo, se llevó a cabo un análisis univariante para cada uno de ellos mediante una prueba Chi cuadrado o test exacto de Fisher.

RESULTADOS: Se incluyeron 211 pacientes. Edad media $45,8 \pm 9,3$ años. El 74,9% fueron varones. El 61,1% de los pacientes se consideraron adherentes. El 49,29% de los pacientes tuvo motivos para no ser adherente. La media de motivos por paciente fue de $0,56 \pm 0,63$.

El hecho de justificar la falta de adherencia con algún motivo fue una variable significativa para la no adherencia ($OR=3,01$; $IC_{95\%} 1,97-4,61$; $p<0,01$). Los motivos más frecuente para la no adherencia entre los pacientes adherentes y los no adherentes fueron los olvidos (13,41 vs 42,64%), efectos adversos (3,66 vs 6,98%) y viajes (2,44 vs 6,20%).

El único motivo que se relacionó significativamente con la falta de adherencia fueron los olvidos ($OR=3,18$; $IC_{95\%} 1,77-5,70$; $p<0,01$)

Los paciente no adherentes alegaron mayor número de motivos (media 0,74 vs 0,27) con una diferencia de medias de 0,48; $IC_{95\%} 0.32-0.63$).

CONCLUSIONES: 1.- El hecho de justificar la falta de adherencia al TARGA con algún motivo constituye un factor de riesgo para la no adherencia.

2.- El único motivo que se relacionó con la falta de adherencia real al TARGA fueron los olvidos.

3.- Los pacientes no adherentes alegaron un mayor número de motivos para no serlo.

CLASIFICACIÓN: VIH

627. EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS TRAS TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA

AUTORES: Salom Garrigues C, Parés Marimon RM, Ferrández Martí D, Losada Doménech A, Serrais Benavente J, Perelló Juncà A.

Consorci Sanitari de l'Anoia. Avinguda Catalunya 11. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de pacientes VIH con inhibidores de la proteasa (IP) se ha asociado con alteraciones metabólicas del perfil lipídico y la glucemia.

OBJETIVO: Describir el porcentaje de aparición de alteraciones metabólicas en pacientes VIH tratados con inhibidores de la proteasa en nuestro hospital.

METODOLOGIA:

Estudio descriptivo retrospectivo desde abril de 2012 a abril de 2015 en un hospital general.

Se seleccionaron los pacientes que habían estado con tratamiento con un IP durante el periodo de estudio a través del programa de dispensación ambulatoria. Se excluyeron los que estaban en tratamiento menos de 3 meses y los que habían iniciado antes del año 2006 por no tener acceso a las analíticas.

Los IP estudiados han sido DARUNAVIR 600 i 800, LOPINAVIR/RITONAVIR, ATAZANAVIR Y FOSAMPREXIR. Como variables se han analizado las alteraciones metabólicas incluyendo aumento de colesterol, triglicéridos y/o glucosa.

RESULTADOS: 67 pacientes recibieron tratamiento con IP. De ellos se excluyeron 4 por llevar sólo un mes de tratamiento y 20 por haber iniciado antes del 2006.

43 pacientes se incluyeron en el estudio de los cuales 28 (65%) fueron hombres y 15 (35%) mujeres con una media de edad de 47.32 ± 9.87 años. La duración del tratamiento con inhibidores de la proteasa presentó una mediana de 39 con un intervalo 5-93 meses.

25 (58%) pacientes presentaron alteraciones metabólicas, 9 antes de iniciar el tratamiento con inhibidores de la proteasa y 16 las presentaron después del inicio. En cuanto al tipo de alteraciones metabólicas el colesterol se elevó en 12 pacientes, los triglicéridos en 11 y la glucosa en 9.

A 14 (56%) pacientes se les ha prescrito algún fármaco para el tratamiento de las alteraciones metabólicas.

CONCLUSIONES: Se observa la aparición de alteraciones metabólicas en un elevado número de pacientes posterior al inicio del tratamiento con IP.

No obstante, los resultados obtenidos no permiten concluir que estas alteraciones se deban exclusivamente al tratamiento con IP. Factores como tratamientos concomitantes, edad, estilo de vida y adherencia permitirían una evaluación más rigurosa del efecto de los inhibidores de la proteasa sobre el perfil lipídico y glucosa.

CLASIFICACIÓN: VIH

963. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE VIH POSITIVO SOBRE SU ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: López Esteban L, Martín Blas C, Onteniente González A, Reques Sastre B, Sánchez-Rubio Ferrández J, Molina García T.

Hospital Universitario De Getafe. Crta. De Toledo Km 12,500. Madrid. España

OBJETIVO: El conocimiento de los pacientes VIH positivos sobre la enfermedad y su tratamiento se ha relacionado con la adherencia y resultados clínicos. El objetivo es determinar el grado conocimiento de estos pacientes sobre la enfermedad y su tratamiento así como analizar las variables relacionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes VIH positivos que recogieron medicación en un periodo de 3 semanas. Criterios inclusión: mayor de 18 años, firma del consentimiento y con capacidad para realizar la entrevista. A partir de la bibliografía se diseñó un cuestionario estructurado con respuestas abiertas y cerradas que incluyó datos sociodemográficos (edad, sexo, nacionalidad, estudios) y clínicos (tiempo desde el diagnóstico, tiempo de tratamiento, naïve, CD4, carga viral (CV), cambio de tratamiento en los últimos 6 meses, tipo de transmisión, coinfección VHC). Se evaluó el conocimiento sobre la enfermedad mediante 37 ítems sobre cuatro dimensiones: mecanismo del VIH(1), transmisión(15), seguimiento/monitorización(5) y tratamiento(16). Se consideró conocimiento adecuado si respondía correctamente más del 85% y no fallaba ninguno de los 13 aspectos considerados críticos.

Se determinó el grado de alfabetización sanitaria mediante el cuestionario SAHL-S (Short Assessment of Health Literacy-Spanish).

Se estudió la asociación de las variables con el conocimiento mediante análisis bivariado: test X² o exacto de Fisher para las categóricas y la prueba t de Student o U de Mann-Whitney para las numéricas.

RESULTADOS: Se incluyeron 27 pacientes (81,5% varones de edad 45,9±10,7 años), 85,2% españoles, 7,4% sin estudios.

La media del valor CD4 fue 661,9±334,0; el 96,3% tenían CV indetectable; ninguno naïve. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta iniciar tratamiento: 16,4±8,9 años; y en tratamiento: 11,57±6,4 años. El 55,6% presentaban coinfección VHC.

El porcentaje medio de respuestas correctas fue 77,7±24,5 (96,3±0,2 para mecanismo de acción, 91,9 ±0,1 para transmisión, 71,1±0,3 para seguimiento y 80,8±0,14 para tratamiento).

El error más frecuente sobre aspectos críticos fue la actitud ante el olvido de alguna toma (44,4%), seguido del conocimiento del concepto de CV (33,3%) y la creencia de poder practicar sexo sin protección durante el tratamiento (11,1%). Un 7,4% erró sobre la transmisión por fluidos corporales, pensaba que retirar el pene antes de la eyaculación impedía la infección, o tenían conocimiento erróneo sobre las consecuencias de la interrupción del tratamiento. Un 3,7% consideraron que el lavado de genitales impediría el contagio, o no conocía su tratamiento habitual. Todos conocían la posibilidad de transmisión por vía sexual, anal o vaginal, sin protección, que el tratamiento es crónico y la pauta correcta del mismo.

El 66,7% de los pacientes no tuvieron un conocimiento adecuado y fallaron en algún aspecto crítico, a pesar de que el grado de alfabetización sanitaria fue óptimo.

Se encontró una relación significativa entre la nacionalidad no española y el grado de conocimiento (OR=1,64 IC95% 1,18-2,28; p<0,05) y una tendencia en el caso de la edad (diferencia de medias=6,3 años IC95% -2,4-15,1;p=0,149).

CONCLUSIONES: El conocimiento de la enfermedad y del tratamiento es deficitario en los pacientes VIH positivos. La nacionalidad no española puede ser un factor de riesgo para un menor grado de conocimiento.

CLASIFICACIÓN: VIH

805. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ABACAVIR/LAMIVUDINA + RILPIVIRINA EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

AUTORES: Castiella García M, Arazo Garces P, Navarro Aznarez H, Abad Sazatornil Mr, De La Llama Celis N, Galindo Allueva M.

Hospital Univ. Miguel Servet. P^a Isabel La Católica, 1--3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de abacavir/lamivudina + rilpivirina como estrategia de tratamiento de pacientes con infección VIH, tanto en naïve como en cambio de tratamiento (switching) en la práctica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, retrospectivo de pacientes con VIH a los que se dispensó desde el área de pacientes externos del Servicio de Farmacia, la combinación abacavir/lamivudina (ABC/3TC)+rilpivirina (RPV) desde 31/07/2013 hasta 21/04/2015. Se recogieron: datos demográficos, tratamientos previos y posteriores (si procede), motivo del cambio a ABC/3TC+RPV. Parámetros de eficacia: carga viral (CV), recuento de linfocitos CD4 y cociente CD4/CD8. Parámetros de seguridad: efectos adversos y datos bioquímicos (creatinina, fósforo, triglicéridos, colesterol, HDL, LDL, bilirrubina, AST, ALT) basales, a las 4 y a las 24 semanas. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas, del programa de dispensación a pacientes externos y del programa de gestión del servicio de farmacia.

RESULTADOS: Se incluyeron 31 pacientes, edad media 43±9años, 71% hombres. Mediana de seguimiento de 21,4 semanas (máximo 89, mínimo 2). Se utilizó como estrategia el switching en el 74,2% de los pacientes. Los tratamientos previos más frecuentes fueron tenofovir/emtricitabina + RPV (40%) y abacavir/lamivudina + efavirenz (33,3%). El motivo por el que se cambió de tratamiento fue: efectos adversos 61,9% (13 casos), cambio proactivo 19% (4 casos), inicio de tratamiento para hepatitis C 9,5% (2 casos), resistencias 4,75% (1 caso) y abandono 4,75% (1 caso). Los efectos adversos que motivaron el cambio: dislipemias 23,1%, alteraciones del sistema nervioso central 23,1%, gastrointestinales 15,4%, óseos 15,4%, renales 7,7%, reducción de fósforo 7,7% y bilirrubinemia 7,7%. Al inicio del tratamiento 58,1% presentaron CV indetectable (0,05). Tras una mediana de 11,86 semanas (máximo 34 mínimo 6,57)vuelve a cambiar de tratamiento el 16,1% de los pacientes, por intolerancia a ABC/3TC (80%), 10% por resistencias y 10% por abandono. En cuanto a la seguridad, no se objetivaron alteraciones del perfil hepático ni renal estadísticamente significativas en semanas 4 y 24 en naive y en switching. La tolerabilidad registrada fue buena sin evidencia de efectos adversos reseñables. Sólo 1 paciente tuvo que cambiar el tratamiento por hipersensibilidad a ABC/3TC. El precio medio por paciente al mes con las terapias previas fue 524,9€ y se produce un ahorro medio de 8±135€ con la combinación a estudio.

CONCLUSIONES: La combinación ABC/3TC+RPV supone una alternativa coste efectiva de tratamiento en pacientes con VIH.

La tolerancia es buena, no se observan alteraciones del perfil de seguridad (hepático, renal y lipídico).

La combinación de ABC/3TC + RPV no supone un incremento del coste frente a las terapias de primera línea.

CLASIFICACIÓN: VIH

125. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE TENOFOVIR/EMTRICITABINA/ELVITEGRAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORES: Menendez Naranjo L, Muñoz Contreras C, Almanchel Rivadeneyra M, Fernandez De Palencia Espinosa Ma, Sanchez Garre Mj, De La Rubia Nieto Ma.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid - Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Tenofovir/emtricitabina/elvitegravir/cobicistat (TDF/FTC/EVG/Cobi) en pacientes infectados por VIH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con tenofovir/emtricitabina/elvitegravir/cobicistat desde su disponibilidad en nuestro hospital (mayo del 2014) hasta febrero del 2015 inclusive. Toda la información se obtuvo mediante el programa de prescripción electrónica Silicon® para pacientes ambulatorios y la revisión de historia clínica electrónica (Selene®). Las variables recogidas fueron las siguientes: edad, sexo, motivo de prescripción del tratamiento (paciente de inicio o naive: simplificación; fracaso virológico), carga viral (CV) del virus en semana 4, 12 y 24, valor de creatinina (Cr) previa y post-tratamiento en semana 4 y efectos adversos relacionados con la medicación. La eficacia se objetivó por la consecución de la supresión virológica (SV) definida como la detección de CV del virus inferior a 50 copias/ml.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 13 pacientes iniciaron tratamiento con TDF/FTC/EVG/Cobi, 12 varones y 1 mujer, con una edad media de 47,4 años. La media de tratamiento con TDF/FTC/EVG/Cobi fue de 4,6 meses. Todos los pacientes que iniciaron ya habían sido tratados previamente con al menos un régimen antirretroviral, a 3 de ellos se les prescribió por fracaso virológico y a 9 como terapia de simplificación del tratamiento antirretroviral. De estos 9 pacientes a los que se les pauto el nuevo tratamiento: 5 casos fueron para mejorar el perfil de toxicidad con el esquema previo, 2 casos para mejorar la adherencia, 1 caso para corregir efectos adversos y 1 caso para evitar interacciones medicamentosas. Respecto a la eficacia, de los 3 pacientes que iniciaron por FV: en todos ellos hubo disminución de la CV en semana 4 a 84, 476 y 64 copias/ml, alcanzando estos 3 pacientes SV en semana 12. De los 9 pacientes que iniciaron terapia por simplificación del esquema anterior, los resultados en la semana 4 de tratamiento fueron: 1 paciente presento CV de 192 copias/ml, 4 pacientes CV menores a 50 copias/ml y 4 pacientes en los que no se detecto CV. En la semana 12 de tratamiento, 7 pacientes tuvieron CV indetectable, 1 con 22 copias/ml. Para la

semana 24 sólo hay 3 datos de tres pacientes que permanecen indetectables. En cuanto a los valores de creatinina sérica, 3 pacientes presentaron un aumento de ésta (media de 0,23 mg/dl) tras 4 semanas del iniciar tratamiento. No se detectaron reacciones adversas salvo en 1 paciente que presentó náuseas y vómitos que motivaron suspender el tratamiento a los dos meses de iniciarlo.

CONCLUSIONES: TDF/FTC/EVG/Cobi constituye una buena opción de tratamiento para pacientes pretratados ya que demostró alcanzar SV a las 12 semanas en todos los pacientes con FV y mantener la SV en casi todos los casos de simplificación detectándose una baja incidencia de efectos adversos. Las alteraciones de creatinina fueron leves e infrecuentes y no obligaron a suspender ningún tratamiento.

CLASIFICACIÓN: VIH

463. FARMACOTERAPIA Y RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES VIH MAYORES DE 50 AÑOS Y CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO-ELEVADO: ESTUDIO TRANSVERSAL

AUTORES: Machado Domingues EA, Ferrit Martin M, Gutierrez Zuñiga L, Calleja Hernandez MA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Av de las Fuerzas Armadas s/n. Granada. España

OBJETIVOS: Conocer el perfil clínico y farmacoterapéutico de los pacientes en terapia antiretroviral (TARV) con edad superior a 50 años, así como los resultados en salud de la farmacoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, se incluyeron pacientes con más de 50 años en TARV y riesgo cardiovascular (RCV) $\geq 2\%$, según la ecuación SCORE adaptada a la población española. Los pacientes que aceptaron participar firmaron consentimiento informado por escrito. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas, clínicas, relacionadas a infección VIH y relacionadas a la farmacoterapia. Las variables fueron recogidas de la historia clínica, registros de dispensación y entrevista con el paciente. Se han realizado test estadísticos utilizando el programa SPSS y la significación $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 73 pacientes, mayormente hombres (84,90%) con edad media $56,59 \pm 6,40$ años. El tiempo medio desde el diagnóstico fueron $16,54 \pm 6,12$ años y de TARV $13,25 \pm 5,02$ años. El 71,2% presentaban valores de $CD4 \geq 500$ células/mm³ y el 93,2% carga viral (CV) indetectable. La mediana de la adherencia a la TARV medida por los registros de dispensación fue del 97,56% (IQR 90,2-100). Según el cuestionario SMAQ, el 67,1% fueron considerados adherentes. Los inhibidores de la proteasa (IP) fueron el grupo farmacológico más prescrito (69,8%), seguido por los inhibidores de la transcriptasa no análogos de nucleosido (ITINN) (23,3%). El fármaco antirretroviral más prescrito fue el darunavir. El 34,20% tenían prescrito un hipolipemiante y el 31,50% un fármaco antihipertensivo. Las medias encontradas de los principales parámetros clínicos fueron: presión arterial sistólica (PAS) $135,38 \pm 17,79$ mmHg; colesterol total (CT) $194,64 \pm 37,77$ mg/dl; HDL $51,01 \pm 12,01$ mg/dl; triglicéridos (TG) $161,71 \pm 90,65$ mg/dl. Al comparar los pacientes en terapia específica para el control de los factores de RCV y los pacientes sin terapia específica, se verificó que los pacientes con prescripción de antihipertensivos presentaban medida de PAS en media superior a los pacientes sin terapia con diferencia significativa ($143,87 \pm 19,04$ mmHg vs $131,48 \pm 15,90$ mmHg, $p = 0,005$). En los pacientes en terapia hipolipemiante, la media del CT, LDL y TG fue superior a la de los pacientes sin terapia. La diferencia encontrada fue significativa en el CT ($206,76 \pm 31,18$ mg/dl vs $188,33 \pm 38,80$ mg/dl, $p = 0,047$) y los TG ($207,63 \pm 114,04$ mg/dl vs $138,75 \pm 66,58$ mg/dl, $p = 0,01$). Se compararon los parámetros clínicos, los factores de RCV y el riesgo estimado según SCORE entre los pacientes con IP y los sin IP y no se observó diferencia significativa entre las medias de los grupos.

CONCLUSIONES: Los pacientes con terapia para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, presentaban valores medios de los parámetros clínicos más elevados que los que no presentan tratamiento, lo que sugiere la necesidad de estrategias para mejorar su efectividad.

CLASIFICACIÓN: VIH

1160. IMPACTO EN LA SEGURIDAD RESULTANTE DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) EN PACIENTES VIH TRATADOS CON TERAPIAS QUE INCLUYEN TENOFOVIR.

AUTORES: Poyatos Ruiz LI, Garcia-Avello Fernandez-Cueto A, Soriano Martinez M, Montecatine Alonso E, Desongles Corrales T, Lluch Colomer A.

Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Avd. Manuel Siurot S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: evaluar la reducción en la toxicidad, en cuanto a mejoría del estatus renal y óseo, tras aplicar una estrategia de cambio en la Terapia Antirretroviral (TAR) de pacientes VIH tratados hasta el momento con regímenes que incluían Tenofovir como inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótidos (ITIAN).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel entre los meses de septiembre de 2014 y marzo de 2015. Se incluyeron pacientes diagnosticados VIH en tratamiento con TAR que incluyeran Tenofovir, a los que se les realizó cambio en su tratamiento.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, TAR inicial, TAR prescrita tras aplicar la estrategia, Creatinina sérica previa y tras tres meses desde el cambio, estatus óseo (expresado mediante el Índice de T-score (número de desviaciones estándar con respecto al valor medio de la población de 20 a 39 años del mismo sexo) de cadera, columna y esqueleto previo al cambio) y estado de la Densidad de Mineralización ósea (DMO) a los tres meses.

La identificación de pacientes y la recogida de datos se realizó mediante los registros de dispensación del Servicio de Farmacia (ATHOS-APD®) y las historias clínicas correspondientes. Los datos se procesaron en Excel®.

RESULTADOS: de los 137 pacientes identificados sólo se incluyeron aquéllos para los que existían datos de la función renal y ósea en el momento inicial y tras el cambio, en total 57 pacientes (9 mujeres y 48 hombres), con una media de 44 ± 12 años.

El 96.4 % de los pacientes partían de terapias que combinaban Tenofovir/Emtricitabina/Rilpivirina y el 3.6% restante recibían Tenofovir junto con Raltegravir.

El 93% pasó a una terapia con Abacavir/Lamivudina más Rilpivirina y el 7% restante a la combinación de Abacavir/Lamivudina y Dolutegravir.

La Creatinina sérica de partida fue de 0.96 ± 0.22 mg/dl y de 0.9 ± 0.17 mg/dl a los tres meses.

El 100% de los pacientes presentaban niveles de DMO por debajo de los valores normales de referencia, en al menos una de las zonas analizadas (cadera, columna o esqueleto general) evaluados mediante el Índice T-score.

Tras aplicar la estrategia el 43.1% de los pacientes adquirió una DMO normal ($> -1T$), el 41.2% presentaba osteopenia ($-2.5 < T < -1$) y el 7% presentaba osteoporosis ($< -2.5T$).

CONCLUSIONES: el cambio desde terapias antirretrovirales con Tenofovir a otras que excluyen este principio activo en sus combinaciones, supone una mejora en el estatus renal y óseo de los pacientes que reciben dicha intervención. Sin embargo, esta mejoría no es suficientemente significativa.

Son necesarios estudios a largo plazo que ratifiquen este impacto en salud, incluyendo además la evaluación del mantenimiento de los beneficios obtenidos en el tiempo.

CLASIFICACIÓN: VIH

1052. MONOTERAPIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR O LOPINAVIR/RITONAVIR COMO ESTRATEGIA DE SIMPLIFICACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: RESULTADOS CLÍNICOS E IMPACTO ECONÓMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: González García J, González De La Fuente G, García Rosado D, Nazco Casariego G, Hernández Hernández I, Gutierrez Nicolas F.

Complejo Hospitalario Universitario De Canarias. C/Ofra S/N (La Cuesta). Santa Cruz De Tenerife. España

OBJETIVO: Describir la eficacia clínica de los tratamientos en monoterapia con lopinavir/ritonavir o darunavir/ritonavir, así

como estimar el impacto económico que ha supuesto el cambio de triple terapia en el tratamiento antirretroviral a la monoterapia con un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado con ritonavir en pacientes VIH.

MATERIAL Y METODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes que a fecha 1 de marzo de 2014 se encontraban en tratamiento de monoterapia antirretroviral, a los que se les dispensa la medicación en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) del Servicio de Farmacia. Se registraron las siguientes variables obtenidas desde el aplicativo SAP®: tratamiento actual y previo, así como la datos clínicos como la edad, sexo, poblaciones linfocitarias, si presentaban carga viral indetectable, duración de cada uno de los regimenes y el motivo de simplificación del tratamiento antirretroviral. Los precios de los antirretrovirales utilizados fueron los de adquisición por parte del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS: Un total de 953 pacientes se encontraban en tratamiento antirretroviral a fecha de 1 de marzo de 2014, de los que

36 (3,8%) tenían prescrito tratamiento con monoterapia con un IP potenciado con ritonavir: 24 con darunavir/ritonavir y 12 con lopinavir/ritonavir. El 78% de los pacientes eran varones, con una edad media de 48,2 años de edad, y una media de recuento de CD4 de 701 cel/mm³. El 91,6% (33 de los 36 pacientes) presentaban

carga viral indetectable en los últimos 6 meses de tratamiento con monoterapia. Las causas fundamentales para la modificación del tratamiento antirretroviral a monoterapia fueron en el 47% de los casos por efectos secundarios, de los cuales el 17% fue por alteración de la función renal, 29,4% por hiperlipidemia, 17% por trastornos ansioso depresivos y 11,7% por trastornos gastrointestinales. El 53% de los pacientes restante el principal motivo fue la simplificación para mejorar la adherencia al tratamiento.

La mediana de meses de tratamiento ha sido de 23 meses (SD=18,69). La simplificación de los tratamientos en estos pacientes ha supuesto un ahorro acumulado de 263.373,30€ (ahorro medio de 286,12 € por paciente/mes (SD = 155,77€). Las simplificaciones que mostraron unas mayores tasas de reducción de los costes directos de adquisición de los fármacos fueron el cambio de atazanavir/ritonavir+tenofovir+abacavir a darunavir/ritonavir (-54.6% (448,80 €/mes-paciente)), y de atazanavir/ritonavir+tenofovir+efavirenz a lopinavir/ritonavir (-51.6% (445,50 €/mes-paciente)).

CONCLUSIONES: La simplificación del tratamiento antirretroviral se está mostrando, desde hace unos años, como una atractiva

alternativa terapéutica para la minimización de costes. En la actualidad este tipo de tratamiento se aplica en pacientes sin historia previa de fracaso a IP, con una carga viral indetectable durante los últimos 6 meses y signos o síntomas de toxicidad por los análogos de nucleosidos. Futuros análisis mostraran si a largo plazo, esta simplificación del tratamiento resulta ser un alternativa coste/eficaz.

CLASIFICACIÓN: VIH

451. MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE PROTEASA: DURACIÓN DE LA RESPUESTA EN EL TIEMPO Y EVALUACIÓN COMO ESTRATEGIA DE SIMPLIFICACIÓN

AUTORES: Valcarce Pardeiro N, Vilariño Maneiro L, Mariño Callejo AI, Álvarez Díaz H, Casás Martínez A, Rodríguez Penín I.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida da Residencia s/n. A Coruña. España.

OBJETIVOS: La disponibilidad de nuevos fármacos dirigidos contra dianas terapéuticas ha cambiado sustancialmente el panorama del tratamiento del cáncer de células renales metastásico (CCRm) en los últimos años. Dado que la secuencia óptima de tratamiento permanece aún por definir, el presente estudio propone evaluar la situación de los tratamientos en segunda línea de CCRm de células claras y su concordancia con las guías de práctica clínica; así como la efectividad y seguridad de dichos tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CCRm de células claras que iniciaron tratamiento en segunda línea entre enero/2009 y diciembre/2013 en un hospital de tercer nivel. El seguimiento se realizó hasta septiembre/2014 y se recogieron variables demográficas, clínicas y del tratamiento inicial y en segunda línea. Los pacientes se agruparon en función del tratamiento recibido en segunda línea, y se evaluó su concordancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica del National Comprehensive Cancer Network (NCCN v 2.2014). La efectividad se midió como supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y la toxicidad empleando la escala de clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v 4.0). El análisis de los datos se realizó mediante módulo estadístico del programa Microsoft Excel (Office v 2007), estimando las curvas de supervivencia según el modelo de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se identificaron 44 pacientes, de los cuales 33 fueron incluidos en el análisis final. La distribución en función del tratamiento de segunda línea para Everolimus - Sorafenib - Pazopanib - Sunitinb - Temozolomida fue de 11 - 10 - 7 - 3 - 2 pacientes respectivamente. Las medianas de SLP y SG fueron de 8 - 6,25 - 4 - 10 - 6,75 y de 11 - 9,25 - 16 - 18 - 7,25 meses respectivamente. Se precisó modificación de pauta y suspensión de tratamiento por efectos adversos en 8 - 5 - 0 - 2 - 1 y 5 - 2 - 0 - 0 - 2 pacientes tratados respectivamente; presentando un total de reacciones adversas de intensidad moderada-grave de 23 - 12 - 1 - 6 - 5 en los pacientes tratados con Everolimus - Sorafenib - Pazopanib - Sunitinb - Temozolomida respectivamente.

CONCLUSIONES: El tratamiento de segunda línea del CCRm de la población de estudio presenta una alta correlación con las recomendaciones de la guía clínica evaluada. La toxicidad de los nuevos fármacos constituye una pieza clave en la monitorización farmacoterapéutica para la minimización de efectos adversos altamente frecuentes, siendo Pazopanib el fármaco con un perfil más favorable. La valoración de los datos de efectividad del estudio se haya limitada por el tamaño muestral, con tendencia a una prolongación de la SLP para Everolimus. Por ello son necesarios estudios adicionales comparativos sobre la efectividad de los distintos fármacos con un mayor número de pacientes, en los que también se incluya el uso de Axitinib en segunda línea.

993. RALTEGRAVIR, ETRAVIRINA Y DARUNAVIR/RITONAVIR EN PACIENTES CON VIH MULTIRRESISTENTE

AUTORES: Campos Davila E, Roldan Morales Jc, Guerra Estevez D, Ramos Baez Jj, Araujo Rodriguez Fj, Tellez Perez Fdp.

Hospital Sas La Linea. Av. Menendez Pelayo, 103. Cádiz. España

OBJETIVO: En el ensayo TRIO se evaluó la eficacia del tratamiento antirretroviral combinado basado en raltegravir, etravirina y darunavir/ritonavir en pacientes con infección por VIH con múltiples resistencias y con escasas opciones de tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia y seguridad de esta combinación en la práctica clínica habitual en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con VIH multirresistente previamente tratados que iniciaron tratamiento antirretroviral basado en la combinación de raltegravir, etravirina y darunavir/ritonavir entre agosto de 2008 y febrero de 2015. Los datos se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes externos y de las aplicaciones informáticas "Historia de Salud Única (Diraya®)" y "Laboratorio de Hematología IntraLab-IntraHyT®". Para el estudio de la eficacia se consultaron los niveles de carga viral (CV) (copias ARN VIH/ml) y recuento de CD4 (células/mm³) registrados al inicio y durante el tratamiento, mientras que la seguridad se evaluó por la tolerancia y aparición de efectos adversos tras el inicio del tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes, con edades comprendidas entre los 16 y 53 años y una media de seguimiento de su infección por VIH de 14,3 años. La media de seguimiento fue de 62,57 meses. Al inicio del tratamiento, los pacientes presentaban una CV media de 35.156 copias (

CONCLUSIONES: Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en las series del Ensayo Clínico TRIO, ya que la terapia combinada con raltegravir, etravirina y darunavir/ritonavir consigue mantener una CV indetectable en todos los pacientes con infección por VIH multirresistente, mostrando además un buen perfil de seguridad.

322. REACCIONES ADVERSAS PRECOCES Y TARDÍAS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: Cantudo Cuenca Mr, Robustillo Cortes Mdl, Jimenez Galan R, Cantudo Cuenca Md, Calvo Cidoncha E, Morillo Verdugo R.

Hospital Univ. De Valme (Área Gtión Sanitaria Sur). Ctra. Cádiz, Km. 548,9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar el tipo de reacciones adversas (RA) asociados al tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH+ e identificar factores relacionados con el tiempo de aparición.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de especialidades. Se incluyeron pacientes VIH+, que acudieron a la consulta de patologías víricas de farmacia entre el 1-enero-2010 y 31-diciembre-14, y se les modificó el TAR por RA.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo; modo de adquisición de la infección; carga viral plasmática (copias/mL), T-CD4 (células/ μ L) y estadio de la enfermedad según categorías U.S.Centers for Disease Control and Prevention(CDC), previos al cambio de TAR; coinfección con virus de la hepatitis C (VHC) y/o B (VHB); duración y adherencia (registros de dispensación) del TAR modificado, número de regímenes antirretrovirales distintos previos al modificado, tipo de TAR modificado y posterior. El TAR se clasificó en: (1)dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN)+un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINN), (2)dos ITIAN+un inhibidor de la proteasa (IP), (3)dos ITIAN+un inhibidor de la integrasa (II) y (4)otros. Se registró el fármaco responsable, así como la localización de la RA. Las RA se clasificaron atendiendo al tiempo de aparición en "precoces", si aparecieron dentro de los tres primeros meses tras el inicio del tratamiento, y "tardías", si se presentaron con posterioridad. Los datos se recogieron mediante la aplicación de dispensación Farmatools® y la historia clínica electrónica Diraya®, y se analizaron con el programa SPSS®Statistics 20.0, aplicando la prueba chi-cuadrado (intervalo de confianza: 95%).

RESULTADOS: Se incluyeron 142 pacientes, edad media: 47.6 \pm 12.8 años, 78.2% hombres.

La vía parenteral fue el modo de adquisición de la mitad de los pacientes (52.1%). La carga viral fue detectable en el 59.2%, mientras que la mediana de T-CD4 fue 425.5 células/ μ L (IQR: 292.5-622.5), siendo \leq 500 en el 64.1%. El 57.0% de los pacientes tenía sida según las categorías del CDC. Respecto a la coinfección con virus hepatotrópos, el 42.3% presentaba VHC, el 3.5% VHB y el 5.6% ambos. La mediana de la duración del TAR modificado fue 172.0

días (IQR:43.0-866.3). El 59.9% de los pacientes eran no adherentes. El 26.8% no había tenido otros regímenes previos al modificado. El TAR modificado y posterior con mayor frecuencia fue el tipo uno con un 49.3% y 42.3%, seguido del segundo en el 42.3% y 39.4%, y del tercero en un 3.5% y 6.3%, respectivamente.

El fármaco responsable de la RA pertenecía a: ITIAN (35.9%), ITINN (31.7%), IP (31.7%) e II (0.7%). La localización de las RA principales fue: gastrointestinal (31.0%), neuropsiquiátrico (17.6%), cutáneo-hipersensibilidad (15.5%), renal (14.1%). El 45.8% se clasificaron como precoces ; el resto, tardías.

Las variables que mostraron relación estadísticamente significativa con el tiempo de aparición de RA, precoces (45.1%) frente tardíos (54.9%) fueron: estadio sida (38.3% vs. 61.7%; $p=0.039$), adherencia (56.1% vs. 43.9%; $p=0.042$), tratamiento con otros regímenes previos (35.5% vs. 61.5%; $p=0.004$), localización de la RA ($p<0.001$).

CONCLUSIONES: Podría existir relación entre estadio, adherencia, tratamiento con otros regímenes previos y localización de la RA; y el tiempo de aparición de RA en pacientes VIH+.

CLASIFICACIÓN: VIH

721. REPERCUSION DEL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCION DIRECTA SOBRE EL VHC EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL VIH

AUTORES: RODRIGUEZ SAGRADO MA, PARRO MARTIN MA, PINTOR RECUENCO R, VICENTE OLIVEROS N, VELEZ DIAZ-PALLARES M, BERMEJO VICEDO T.

HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. Calle San Modesto. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar las modificaciones en el tratamiento antirretroviral del VIH (TARGA) al iniciar el tratamiento con antivirales de acción directa sobre el VHC (AAD) y su impacto económico

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital general.

Se incluyeron todos los pacientes coinfectados con VIH y VHC que iniciaron tratamiento con AAD del VHC entre el 01 de septiembre de 2014 y el 01 de junio de 2015.

Los pacientes se seleccionaron a través del programa de dispensación a pacientes externos Paciwín®. Se realizó un seguimiento del TARGA y se registraron sus modificaciones para evitar interacciones con los AAD del VHC. Se calculó el número de tomas y el número de comprimidos previos y posteriores al cambio de TARGA.

Se calculó el coste incremental asociado al cambio de tratamiento. El precio de venta final medio (P.V.F.) por unidad se obtuvo del programa de gestión del Servicio de Farmacia Gestowin®

RESULTADOS: Se trataron con AAD 57 pacientes coinfectados. El 47 % ($n=27$) tuvieron que cambiar el TARGA al iniciar con los AAD del VHC. El TARGA previo de estos fue: 6 pacientes con un inhibidor de la proteasa (IP) más 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos (ITIN), 6 pacientes con un inhibidor de la integrasa (INI) más dos ITIN, 3 pacientes con un inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos (ITINN) más dos ITIN, 3 pacientes con un INI más un ITINN, 2 pacientes en monoterapia con IP, 2 pacientes con biterapia con 3TC y 5 pacientes con otras combinaciones. El TARGA posterior fue: 13 pacientes con un INI mas dos ITIN, 9 pacientes con un INI más un ITINN, 2 pacientes con un ITINN más dos ITIN, 2 pacientes con un INI más un ITINN más dos ITIN y 1 paciente con un INI más un ITINN más un ITIN.

En el TARGA previo, 14 pacientes tomaban la medicación dos veces al día (BID) y 13 pacientes una vez al día (QD). Tras el inicio con AAD, el TARGA se modificó de forma que 25 pacientes tomaban la medicación QD y 2 pacientes BID.

El número medio de comprimidos por paciente/día del TARGA previo era de 4,03 y el posterior de 1,77, es decir, hubo una disminución media de 2,26 comprimidos/paciente y día.

El coste medio por paciente del TARGA previo fue de 25,33 € y el posterior de 22,45 €, es decir una disminución de 2,88 €/paciente y día (1.051 €/paciente y año).

CONCLUSIÓN: La introducción del tratamiento con AAD del VHC en pacientes coinfectados implica el cambio de TARGA en la mitad de los pacientes.

Este cambio supuso una simplificación del tratamiento tanto en número de tomas como de comprimidos e implicó una disminución del coste por paciente en el TARGA

884. SITUACIONES DE USO DE DOLUTEGRAVIR EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORES: Muñoz García I, Lacruz Guzmán D, Ferris Villanueva Em, Gutiérrez Cívicos Mdr, García Lagunar Mh, Chica Marchal Am.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Mezquita, S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar el uso de dolutegravir (DTG) en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), (motivo de prescripción y de retirada del fármaco). Comprobar la adecuación de la prescripción al documento "Condiciones de uso de evitegravir y dolutegravir" elaborado por el grupo de trabajo de terapias VIH de la comisión regional de Farmacia y Terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel asistencial. A través del programa informático de gestión farmacéutica (Savac®) se obtuvieron los pacientes a los que se había dispensado DTG desde Octubre de 2014 (fecha en la que se aprobó su uso en el hospital) a Abril de 2015. Mediante el programa de gestión farmacéutica y el programa de historias clínicas (Selene®) se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tratamiento previo, esquema de tratamiento y comorbilidades. Antes del inicio o cambio de tratamiento con DTG se comprobó que se adecuaban al documento de condiciones de uso elaborado por el grupo de trabajo.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 65 pacientes, 43 (66,15%) hombres y 22 (33,85%) mujeres, con una edad media de 45,41 años. De los pacientes incluidos 1 fue éxitus. Se identificaron 5 pacientes naïve y el resto fueron cambios de tratamiento. Los esquemas de tratamiento previos más utilizados fueron: tenofovir/emtricitabina + efavirenz (13,85%), abacavir/lamivudina + efavirenz (10,77%) y abacavir/lamivudina + darunavir + ritonavir (7,69%), tenofovir/emtricitabina + atazanavir + ritonavir (6,15%), abacavir/lamivudina (4,62%), abacavir/lamivudina + lopinavir/ritonavir (4,62%), abacavir/lamivudina + etravirina (3,08%), abacavir/lamivudina + raltegravir (3,08%) y tenofovir/emtricitabina + darunavir + ritonavir (3,08%). Los esquemas de tratamiento con DTG utilizados son abacavir/lamivudina + DTG (64,62%), tenofovir/emtricitabina + DTG (21,54%), darunavir + maraviroc + ritonavir + DTG (3,08%), darunavir + etravirina + abacavir/lamivudina + ritonavir + DTG (1,54%), darunavir + etravirina + ritonavir + DTG (1,54%), lamivudina + DTG (3,08%), rilpivirina + lamivudina + DTG (1,54%), rilpivirina + DTG (1,54%) y lopinavir/ritonavir + lamivudina + DTG (1,54%). Las comorbilidades más frecuentes que supusieron cambio a DTG fueron: dislipemia (14,04%), hipertensión arterial (12,28%), déficit de vitamina D (8,77%), problemas de adherencia (7,89%) e hipercolesterolemia (7,02%). Se tuvo que cambiar el esquema de tratamiento con DTG a raltegravir en 2 pacientes por cefalea y estreñimiento.

CONCLUSIÓN: DTG es un inhibidor de la integrasa de alta barrera genética. Junto a abacavir/lamivudina o tenofovir/emtricitabina es considerado pauta preferente como tratamiento de inicio (GESIDA 2015). Según el documento elaborado por el grupo de trabajo de terapias VIH, en pacientes con cumplimiento irregular es preferible su uso para prevenir la selección de resistencias.

En nuestro estudio, la comorbilidad más frecuente que lleva a la inclusión en el esquema de tratamiento antirretroviral de DTG es la dislipemia. El esquema más prescrito del que forma parte DTG es aquel junto a abacavir/lamivudina. El inicio o cambio de tratamiento con DTG se adecuó al documento elaborado por el grupo de trabajo en todos los pacientes. Serían necesarios más estudios que evaluaran la aparición de efectos adversos, causas de retirada y otras características del nuevo fármaco antirretroviral.

925. TENOFOVIR/EMTRICITABINA/RILPIVIRINA: UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA A TENOFOVIR/EMTRICITABINA/EFAVIRENZ

AUTORES: Casanova Martínez C, López-Gil Otero MDM, Cendón Otero MÁ, Lorenzo Lorenzo K, Otero Millán L, Piñeiro Corrales G.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Calle Pizarro 22. Pontevedra. España

OBJETIVO: Evaluar si el cambio de tenofovir/emtricitabina/efavirenz a tenofovir/emtricitabina/rilpivirina reduce los efectos adversos neuropsiquiátricos debidos a efavirenz manteniendo la efectividad y seguridad en pacientes VIH de nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo que incluye a los pacientes de VIH tratados con el combo tenofovir/emtricitabina/rilpivirina desde octubre 2013 hasta la actualidad. Se analiza el subgrupo de pacientes que previamente han recibido tenofovir/emtricitabina/efavirenz. Los datos necesarios para la realización

del estudio se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica del paciente y del programa informático que registra las dispensaciones ambulatorias de farmacia. Los resultados de esta actividad son recogidos en una hoja de cálculo (Excel®), registrándose los datos demográficos (sexo, edad) y la terapia antirretroviral (TAR) previa a tenofovir/emtricitabina/rilpivirina. Para la valoración de la efectividad, se ha medido a la semana 24: los linfocitos CD4 y la carga viral (CV), considerada indetectable cuando era menor a 20 copias/mL. Cuando no se disponía de los datos a la semana 24, se recogían los de la siguiente analítica. En cuanto a la seguridad, se registraron las reacciones adversas asociadas a estos medicamentos.

RESULTADOS: Se incluyeron a 81 pacientes. La edad media es de 43 años y el 72,8% son hombres. La mediana de duración de tratamiento con tenofovir/emtricitabina/rilpivirina es de 63 (4 - 84) semanas. De los 81 pacientes, 64 recibieron un TAR previo, de los cuales, 50 habían sido tratados con el combo tenofovir/emtricitabina/efavirenz. De estos 50 pacientes, el 88% cambiaron a tenofovir/emtricitabina/rilpivirina por alteraciones en el SNC (pesadillas, ansiedad, insomnio, mareo, depresión) y el 12% restante por elevaciones en los niveles lipídicos. En 47 pacientes se resolvió el efecto adverso asociado a tenofovir/emtricitabina/efavirenz (los 3 restantes se excluyeron por no existir datos de seguimiento). A la semana 0, la media de linfocitos CD4 fue de 747/mm³ y la carga viral inferior a 20 copias/mL. A la semana 24, la media de linfocitos CD4 fue de 838,8/mm³ manteniéndose indetectable la carga viral. En cuanto a la seguridad, destacó la toxicidad a nivel hepático de carácter leve en el 42,6% de los pacientes y a nivel hematológico en el 48,9%. En el 12,8% de los pacientes se suspendió el tratamiento. Los motivos de la suspensión fueron: intolerancia digestiva (3), insuficiencia renal (1), dolores óseos (1) e inicio del tratamiento de hepatitis C (1).

CONCLUSIONES: - La mayoría de los pacientes tratados con tenofovir/emtricitabina/rilpivirina previamente habían recibido el combo tenofovir/emtricitabina/efavirenz.

- El uso de tenofovir/emtricitabina/rilpivirina constituye una alternativa efectiva en los pacientes que presentaron efectos adversos a efavirenz manteniendo una toxicidad aceptable.

CLASIFICACIÓN: VIH

825. USO DEL DOLUTEGRAVIR (DTG) EN PACIENTES INFECTADOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

AUTORES: De Gorostiza Frias I, Alonso Dominguez Mt, Mulet Alberola Am, Manresa Ramon N, Rizo Cerdá Am, Soria Soto M.

Morales Meseguer. Avenida Marques De Los Velez. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar los motivos escogidos para el uso de Dolutegravir (DTG) en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como su efectividad, adherencia y perfil de seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en pacientes infectados por VIH tipo 1 que recibieron tratamiento con DTG de Febrero a Mayo 2015.

Las variables a estudio fueron: sexo, edad, coinfección por VHC, TAR previo y con DTG, motivo del cambio, tiempo en tratamiento, carga viral y recuento de linfocitos CD4 al inicio y mes de tratamiento con DTG, adherencia según dispensaciones, efectos adversos.

Los datos se obtuvieron del programa informático de dispensación de medicamentos a pacientes externos (SAVAC®) y el de historia clínica electrónica (SELENE®) del hospital.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes, todos hombres, con una mediana de edad de 48 años. 3 pacientes (27%) coinfectados por VHC.

10 pacientes eran pre-tratados (91%) y 1 naive (9%). En lo relativo al tratamiento previo, 3 pacientes (27%) llevaban DRV/r, 2 pacientes (18%) ABC/3TC+EFV, 2 pacientes (18%) TDF/FTC+EFV, 1 paciente (9%) TDF/FTC+RAL+DRV/r+ETV, 1 paciente (9%) TDF/FTC+RAL y 1 paciente (9%) FPV/r

En cuanto al TAR con DTG, 8 pacientes (72%) lo llevaban asociado a ABC/3TC, 2 pacientes a TDF/FTC y 1 paciente a TDF/FTC+DRV/r+ETV

Las causas del cambio de TAR fueron: 4 pacientes(36%) por interacción de TAR previo con tratamiento crónico, 2 pacientes(18%) por resistencia a EFV, 2 pacientes(18%) para evitar interacciones con tratamiento para VHC, 1 paciente(9%) por presentar mayor barrera genética, 1 paciente(9%) por efecto adverso a EFV y 1 paciente(9%) para simplificar TAR.

Previo inicio de DTG, 7 pacientes (63%) presentaban CV indetectable, mientras que 4 (27%) CV>20copias, uno (25%) era naive, otro (25%) presentaba resistencia a EFV, otro (25%) efecto adverso a EFV, y el último (25%) presentaba una CV que no se conseguía disminuir. Los 11 pacientes presentaban una mediana de CD4 de 641 cel/μl previo al cambio de TAR.

Tras una media de 3 meses de tratamiento, 7 pacientes (63%) presentaban CV indetectable, 2 (28%) consiguieron negativizarla con respecto al inicio, y 4 pacientes (36%) tenían CV>20 copias, 2 (50%) ya la presentaban al inicio, y los otros 2 (50%) están pendientes de otra determinación para descartar “blips”. El recuento de CD4 tras el inicio del tratamiento no ha sido determinado

Los 11 pacientes (100%) presentaban elevada adherencia al tratamiento.

En lo relativo a la seguridad, 10 de los pacientes no presentaron reacciones adversas, y solo 1 (9%) lo interrumpió por aparición de diarrea intensa.

CONCLUSIONES: Dado el bajo número de interacciones que presenta frente a RAL, DTG se confirma como el tratamiento de elección junto a TDF/FTC o ABC/3TC, para pacientes coinfectados por VHC o aquellos con tratamientos crónicos complejos que pueden presentar numerosas interacciones.

El buen perfil de seguridad así como la posología del DTG le convierte en una buena opción para contribuir a mejorar la adherencia al TAR.

También parece ser eficaz, si bien dada su reciente comercialización en España, se requieren estudios con mayor tamaño muestral para obtener más relevancia estadística.

CLASIFICACIÓN: VIH

834. VARIACIÓN INTERANUAL EN LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES NAÏVE

AUTORES: Gomez Lobon A, Castro Manzanares M, Santandreu Estelrich Mm, Arrufat Goterris G, Sastre Martorell MI, Ventayol Bosch P.

Hospital Universitario Son Espases. Carretera Valldemossa 79, 07120. Islas Baleares. España

OBJETIVO: Las actuales guías GESIDA (Enero 2015) así como su versión precedente (Enero 2014), sitúan a los inhibidores de la integrasa (INI) como fármacos preferentes en las combinaciones de tratamiento antirretroviral (TAR) de inicio.

El objetivo de nuestro trabajo es determinar el tipo de TAR seleccionado por los clínicos de nuestro hospital en pacientes naïve como tratamiento de inicio y comprobar si ha habido un cambio de tendencia relacionado con la publicación de estas guías y con la disponibilidad de nuevos INI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 4 meses de duración. Se incluyeron todos los pacientes naïve que iniciaron TAR entre febrero y mayo de 2015 y se compararon con el mismo periodo de 2014. Se registraron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (carga viral, CD4 y estadio al inicio del TAR) y de tratamiento (TAR elegido).

RESULTADOS: Se seleccionaron un total de 38 pacientes (13 inicios de 2015 y 25 de 2014).

De los 13 inicios de 2015, 11 eran hombres, 5 presentaban CD4500cel/mm³; 6 pacientes iniciaron TAR con diagnóstico tardío (CD4100.000 copias). De los 25 inicios de 2014, 22 eran hombres, 8 presentaban CD4500cel/mm³; 15 pacientes iniciaron TAR con diagnóstico tardío, 8 de ellos con enfermedad avanzada, 8 tenían CV>100.000 copias.

En los 25 inicios del periodo de 2014, 13 pacientes (52%) iniciaron con 2 análogos de la transcriptasa inversa (ITIAN) y un no análogo (ITINN) y 12 con 2 ITIAN y un inhibidor de la proteasa (IP). Dentro de los análogos, la combinación emtricitabina-tenofovir fue la más prescrita (24 de 25 pacientes). De los 13 pacientes con ITINN 11 empezaron con rilpivirina y de los 12 con IP 10 empezaron con darunavir.

En los 13 pacientes que iniciaron en el periodo de 2015, 5 pacientes iniciaron con 2 ITIAN y 1 INI, 5 con 2 ITIAN y 1 ITINN y 3 con 2 ITIAN y 1 IP. Dentro de los análogos, la combinación emtricitabina-tenofovir fue la más prescrita (12 de los 13 pacientes). Elvitegravir y rilpivirina fueron los más utilizados como tercer fármaco (4 y 4 pacientes respectivamente). Los 3 pacientes con IP iniciaron con darunavir; 1 paciente inició con dolutegravir y 1 con efavirenz.

CONCLUSIONES: Los datos obtenidos muestran un cambio de tendencia en las pautas de inicio de TAR. En 2014 la mitad de pacientes iniciaron con ITINN y la mitad con IP, mientras que en 2015 una tercera parte de los pacientes iniciaron con INI. Estos regímenes presentan alta eficacia, menos interacciones, administración única diaria en algunos casos y un coste similar o inferior a otras alternativas. Señalar que, aunque los tres INI aparecían en las guías de 2014 como pautas preferentes junto con ITINN e IP, sólo raltegravir y elvitegravir/cobicistat estaban comercializados en ese momento y raltegravir no fue TAR de inicio en ningún caso.