



AMPLIANDO HORIZONTES

BROADENING HORIZONS

del 4 al 7 de octubre 2016

4-7 October 2016

Gijón



**CONGRESO
NACIONAL**

61st NATIONAL CONFERENCE

**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA HOSPITALARIA**

SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY

www



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

D. MIGUEL ANGEL CALLEJA HERNÁNDEZ

VICEPRESIDENTE

DÑA. ANA LOZANO BLÁZQUEZ

TESORERO

D. JAVIER GARCIA PELLICER

SECRETARIA

DÑA. MONTSERRAT PÉREZ ENCINAS

DELEGADO AUTONÓMICO ANDALUCÍA

D. RAMÓN MORILLO VERDUGO

DELEGADO AUTONÓMICO ARAGÓN

DÑA. M. DOLORES SOLANO ARAMENDIA

DELEGADO AUTONÓMICO BALEARES

D. PERE VENTAYOL BOSCH

DELEGADO AUTONÓMICO CANARIAS

D. HECTOR ALONSO RAMOS

DELEGADO AUTONÓMICO CANTABRIA

DÑA. MARIA OCHAGAVIA SUFRATEGUI

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. ANDRES NAVARRO RUIZ

DELEGADO AUTONÓMICO EXTREMADURA

DÑA. M. JOSE IZQUIERDO PAJUELO

DELEGADO AUTONÓMICO GALICIA

DÑA. GUADALUPE PIÑEIRO CORRALES

DELEGADO AUTONÓMICO LA RIOJA

DÑA. PILAR BLAZQUEZ BEA

DELEGADO AUTONÓMICO NAVARRA

DÑA. AZUCENA ALDAZ PASTOR

DELEGADO AUTONÓMICO PAÍS VASCO

DÑA. Mª DOLORES MARTINEZ GARCIA

DELEGADO AUTONÓMICO PRINCIPADO DE ASTURIAS

DÑA. CRISTINA CALZÓN BLANCO

VOCAL DE RESIDENTES

D. MANUEL SORIA SOTO

ISBN: 978-84-617-5735-0
DEPÓSITO LEGAL: M-39256-2016

MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL 61 CONGRESO SEFH

PRESIDENTA

CRISTINA CALZÓN BLANCO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, AVILÉS

COORDINADOR DE COMUNICACIONES
MIGUEL ALAGUERO CALERO
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO

TESORERA

MÓNICA CARBAJALES ÁLVAREZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES, GIJÓN

COORDINADOR DE MATRIZ DE ACTOS CIENTÍFICOS

JUAN JOSÉ CORTE GARCÍA
HOSPITAL FUNDACIÓN JOVE, GIJÓN.

COORDINADORA CIENTÍFICA

ANA LOZANO BLÁZQUEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES, GIJÓN

COMMUNITY MANAGER

ROSANA RAMOS APARICIO
UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, AVILÉS

MIEMBROS

SANDRA ALBIÑANA PÉREZ
HOSPITAL ARQUITECTO MERCIDE, FERROL

HÉCTOR ALONSO RAMOS
HOSPITAL DR. NEGRÍN, LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS

JOSÉ MIGUEL BREA CORRAL
HOSPITAL ÁLVAREZ BUYLLA, MIERES

EDURNE FDEZ. DE GAMARRA MARTÍNEZ
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA

JAVIER GARCÍA PELLICER
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, VALENCIA

LETICIA GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO

GLORIA HERVÁS LEYVA
CENTRO PENITENCIARIO DE GRANADA

M^a JESÚS LAMAS DÍAZ
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

M^a TERESA LLANOS GARCÍA
FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, GIJÓN

RAMÓN MORILLO VERDUGO
HOSPITAL VALME, SEVILLA

JAVIER SÁEZ DE LA FUENTE
HOSPITAL INFANTA LEONOR, MADRID

SONIA TEMBRÁS MARTÍNEZ
HOSPITAL VALLE DE NALÓN, LANGREO



PRESENTACIÓN

Del 4 al 7 de Octubre se desarrollará la próxima edición del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), que es el evento científico por excelencia en el marco de la Farmacia Hospitalaria en España.

Nuestro lema “Ampliando Horizontes” será el hilo conductor de un Congreso que pretende ser el Congreso de todos y para todos. Un Congreso que recoja los cambios que está viviendo nuestra profesión y que atienda las necesidades y demandas de los socios que formamos la SEFH. En su elaboración nos guía la idea de aprender, reconocer el trabajo y compromiso de nuestros compañeros que día a día construyen esta profesión y la necesidad de afrontar nuevos retos que la hacen y la harán crecer.

En este sentido nos hemos planteado varias líneas estratégicas que conformaran nuestro programa científico: ampliando horizontes en la continuidad asistencial y atención primaria, ampliando horizontes en la Farmacia Clínica en colaboración con otras Sociedades Científicas y otros profesionales y ampliando horizontes Internacionales, acercando el desarrollo de nuestra profesión a otros países que puedan beneficiarse de nuestra experiencia y viceversa.

El 61 Congreso contará este año por primera vez con un único Comité, formado a partes iguales por miembros de Asturias y miembros del resto de España, con una importante representación de la Junta de Gobierno de la SEFH. Todos estamos trabajando con un objetivo único; ofrecer un programa científico de altísimo nivel y un congreso pensado en los congresistas, los socios de la SEFH, los ponentes y todos aquellos que lo harán posible con su colaboración. Contamos con un marco incomparable para el desarrollo del 61 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Gijón, una ciudad que comparte muchos adjetivos con nuestra sociedad científica, activa, enérgica, inquieta y vital, que crece y se redescubre constantemente con múltiples actividades y que tiene mucho que ofrecer al congresista. Dentro de esta gran ciudad dispondremos de un espacio único, un espacio diferente. Un recinto ferial que alberga el Palacio de Congresos, con una amplia zona de exposición y varios pabellones que en su momento se personalizaran para ser la pequeña ciudad del Congreso, y que nos permitirá desarrollar de una forma original nuestro programa científico y todas las actividades de este evento.

Conocimiento, futuro, vida y Gijón, eso será nuestro Congreso y en este gran proyecto queremos contar contigo ¿te lo vas a perder?

Dra. Cristina Calzón Blanco
Presidenta del 61 Congreso

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández
Presidente de la SEFH

SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA 44

962. CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN AL INGRESO EN UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN.....44

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD 44

493. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA Y DE LOS RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA DIRIGIDO A LA DISMINUCIÓN DE SANGRADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.....44

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/ FARMACOGENÉTICA 45

243. LOS POLIMORFISMOS FCGR2A H131R Y FCGR3A F158V Y LA RESISTENCIA A TRASTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO.....45

18. PREDICTORES FARMACOGENÉTICOS DE RECIDIVA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE BASADO EN CAPECITABINA..... 46

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA 46

801. DOSE-BANDING EN LA PREPARACIÓN DE GANCICLOVIR INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....46

963. OPTIMIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE ELABORACIÓN DE CÁPSULAS DE ETINILESTRADIOL DE MUY BAJO PESO 47

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD 48

134. PROGRAMA DE GESTIÓN EFICIENTE DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS 48

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS 49

717. MONITORIZACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON HEPATITIS C EN TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA Y RIBAVIRINA.....49

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN 49

313. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE NUTRICIÓN PARENTERAL CON FORMULACIÓN LIPÍDICA MIXTA CONTENIENDO ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN PACIENTE NEONATO PREMATURO.....49

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA..... 50

710. BEVACIZUMAB PUEDE SER INFUNDIDO CON SEGURIDAD A UNA VELOCIDAD DE 0,5 MG/KG/MIN DESDE LA PRIMERA DOSIS.....50

118. EPIRRUBICINA, OXALIPLATINO Y CAPECITABINA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO AGAMENON 51

128. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE 5-FLUOROURACILO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO. 51

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS 52

537. ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA DESPRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN DEMENCIA 52

1109. ESTUDIO DE FIABILIDAD EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE DESPRESCRIPCIÓN LESSCHRON 53

446. IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE PRESCRIPCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....53

1137. VALIDACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA SEFH EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UN HACLE.....54



CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA..... 55

1285. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON DIETA CETOGÉNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO 55

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS 56

205. COMPARACIONES INDIRECTAS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS Y PSORIASIS: ¿QUÉ MEDIDA ESTADÍSTICA UTILIZAR? 56

CLASIFICACIÓN: VIH 57

1204. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ACTIVO. ESTUDIO INFAMERICA 57

COMUNICACIONES PÓSTER EN PAPEL**CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA 59**

1162. ADHERENCIA A INMUNOMODULADORES ORALES VERSUS INYECTABLES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....59

599. ADHERENCIA EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES: UN RETO A CONSEGUIR 59

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA 60

583. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO EN LA ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL PERFIL ARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES COMPLEJOS EN LAS MÚLTIPLES TRANSICIONES ASISTENCIALES ENTRE UN CENTRO SOCIO SANITARIO Y SU HOSPITAL DE REFERENCIA 60

289. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA HIPOGLUCEMIANTE: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS.....61

490. ESTRATEGIA DE DESPRESCRIPCIÓN DE CITICOLINA EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA 61

1233. INCORPORACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL A LA CONSULTA DE TELEMEDICINA EN PRISIÓN.....62

580. OPTIMIZACIÓN DEL APOORTE DE SODIO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS EFERVESCENTES.....62

1289. TRIPLE WHAMMY. INFORMANDO A MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE PACIENTES EN RIESGO.....62

1050. UTILIZACIÓN DE BIFOSFONATOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INSTITUCIONALIZADOS.....64

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS) 65

803. FALSOS POSITIVOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ASPERGILOSIS INVASORA, ¿DEBEMOS SEGUIR PENSADO EN PIPERACILINA/TAZOBACTAM? 65

248. IMPACTO DEL PARÁMETRO CMAX/ CMI SOBRE LA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON AMIKACINA EN PACIENTES CRÍTICOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA 65

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD 66

721. EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA y ANGIOEDEMA NO HISTAMINÉRGICO 66

32. LACERACIONES CUTÁNEAS POR TRATAMIENTO CON COLAGENASA EN LA CONTRACTURA DE DUPUYTREN 67

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/ FARMACOGENÉTICA 67

847. CONCENTRACIONES DE INFlixIMAB, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y RESPUESTA PASI EN PACIENTES CON PSORIASIS.....67

73. CORRELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A LENALIDOMIDA Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE 68

617. ESTUDIO DE LA POSIBLE INFLUENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL ACLARAMIENTO DE VALPROICO EN PACIENTES ADULTOS.....69

805. EXPOSICIÓN A 5-FLUOROURACILO COMO MARCADOR DE NEUTROPENIA GRAVE EN PACIENTES CON CÁNCER GASTROINTESTINAL.....69

365. INFLUENCIA DE VARIABLES CLÍNICAS FRENTE PRESENCIA CYP2C19*2*3 EN LA RESPUESTA A CLOPIDOGREL EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA.....70

479. LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB PREDICEN UNA REDUCCIÓN ÓPTIMA DE DOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....71

370. MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VORICONAZOL EN PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN FÚNGICA ACTIVA.....71

348. RESULTADOS DEL USO DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO TRAS INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA CON STENT.....72

536. VALIDACIÓN DEL ENZIMOINMUNO ENSAYO DE ARK® PARA LA DETERMINACIÓN SÉRICA DE LA MOTRIGINA.....73

1190. VARIABILIDAD EN LA EXPOSICIÓN A MICAfungina EN DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES 73

185. VARIANTES GENÉTICAS EN ERCC1 Y ERCC2 SE ASOCIAN CON UN MAYOR RIESGO DE NEUTROPENIA Y NEUROTOXICIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA T RATADAS CON TAXANOS 74

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA..... 75

586. ANÁLISIS DEL COSTE EVITADO AL SERVICIO AUTONÓMICO DE SALUD COMO CONSECUENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA INTRAVENOSA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....75

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA 75

358. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOS FÓRMULAS MAGISTRALES DE TACRÓLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE INFILTRADOS SUBEPITELIALES SECUNDARIOS A CONJUNTIVITIS POR ADENOVIRUS.....75

87. ESTABILIDAD DE UNA SOLUCIÓN DE CLORURO CÁLCICO EMPLEADA PARA REPOSICIÓN INTRAVENOSA DE CALCIO EN LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO 76

389. ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD DE MEZCLAS TERNARIAS DE METAMIZOL, METOCLOPRAMIDA Y TRAMADOL EN CLORURO SÓDICO 0.9%.....77

525. ESTUDIO DE ACTIVIDAD BIOLÓGICA DE INFliximab.....77

589. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE UNA MEZCLA ANALGÉSICA DE ROPIVACAÍNA 3MG/ML, KETOROLACO 0,3MG/ML Y ADRENALINA 0,005MG/ML PARA USO EN ARTROPLASTIAS DE CADERA Y RODILLA 78

30. EVALUACIÓN DE LA BIOPERMANENCIA OCULAR «IN VIVO» DE TRES FORMULACIONES OFTÁLMICAS DE CISTEAMINA CLORHIDRATO 79

487. SUSPENSIÓN DE CEFUROXIMA POR DESABASTECIMIENTO COMERCIAL: VALIDACIÓN GALÉNICA Y EFECTIVIDAD.....79

979. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO PARA DETERMINACIÓN DE CLONIDINA CLORHIDRATO POR CROMATOGRFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS 80

164. VALIDACIÓN GALÉNICA Y MICROBIOLÓGICA DE UN JARABE DE ETAMBUTOL PARTIENDO DE MATERIA PRIMA 81

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD..... 81

1000. EFICIENCIA DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA CON SOPORTE ELECTRÓNICO INTELIGENTE.....81

839. EFICIENCIA DE UNA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE UN HOSPITAL TERCIARIO Y LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DE SU ÁREA DE INFLUENCIA. ..82

1148. INTEGRACIÓN DEL FARMACEUTICO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
REUMATOLOGÍA-FARMACIA: UN PASO HACIA LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLOGICA. 82

271. MEJORA DE LA FARMACIA EXTERNA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO 82

1307. PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO EN UN CENTRO PRIVADO SANITARIO Y SOCIAL DE MENOS DE CIEN CAMAS. ANÁLISIS TRAS UN AÑO DE TRABAJO. 84

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS 85

275. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C.....85

1254. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, ADHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTIVIRALES DIRECTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C. 86

734. LA IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO EN LA DETECCIÓN DE INTERACCIONES CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C..... 86

838. REGISTRO DE UTILIZACIÓN DE AGENTES ANTIVIRALES PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C 87

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS 88

688. QUALITATIVE AND ECONOMICAL IMPACT OF SEMI-AUTOMATED VALIDATION TOOLS ON DETECTION OF POTENTIAL DRUG RELATED PROBLEMS IN HOSPITALIZED PATIENTS.....88

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN 89

467. IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA SOBRE LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL GENERAL PRIVADO.....89

1217. REQUERIMIENTOS DE INSULINA EN LA TRANSICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A PLANTA EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL: UN ENTRAMADO COMPLEJO 89

1299. VALIDACIÓN DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL.....90

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA..... 91

117. CAPECITABINA Y CISPLATINO A DOSIS REDUCIDAS EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO AGAMENON 91

424. DETECCIÓN Y APROXIMACIÓN A LAS CONSECUENCIAS DE LA INFRADOSIFICACIÓN EN EL PACIENTE OBESO ONCOLÓGICO.....91

1253. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SORAFENIB EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA. 91

151. FACTORES DE RIESGO DE TOXICIDAD ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA TRIPLE INTRATECAL ESTANDARIZADA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS. 93

195. SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN CONCOMITANTE DE TRASTUZUMAB CON ANTRACICLINAS Y TAXANOS EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA.....93

1170. UTILIDAD DEL CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA DOSIFICACIÓN DE CITOSTÁTICOS PARA CONOCER LA EXACTITUD Y PRECISIÓN CON LA QUE SE TRABAJA.....94

119. VALOR PRONÓSTICO DE LA INTRODUCCIÓN TEMPRANA DE TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS EN EL CÁNCER GÁSTRICO: EL CASO DE LA TERAPIA ANTI-HER2.....95

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS 96

213. ABORDAJE DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO 96

120. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CON PROPIEDADES ANTICOLINÉRGICAS EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.....	96	330. PARTICIPACIÓN Y EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE FARMACIA EN UNA ESCUELA DE CUIDADORES	104
219. ANÁLISIS Y MANEJO CLÍNICO DE LA INTERACCIÓN LEVOFLOXACINO-ACENOCUMAROL	97	138. PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN, UNA APROXIMACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA ADECUACIÓN DE TRATAMIENTOS.....	105
511. APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE TRASPLANTADO	98	1277. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN EN CENTROS SOCIO SANITARIOS. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS.	106
311. CAMBIOS DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO DE UN PACIENTE CRÓNICO MAYOR.....	98	CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO	106
122. CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ORALES SÓLIDOS ADMINISTRADOS EN UNA RESIDENCIA SOCIO SANITARIA POR SUS TIEMPOS DE DISPERSIÓN Y LA POSIBILIDAD DE SER ADMINISTRADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN.....	99	312. EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR "NO VALVULAR" QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS	106
434. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN POBLACIÓN RESIDENCIAL ANCIANA CON Y SIN DEMENCIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS.....	100	1008. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS Y LA INFLUENCIA DE LA EDAD.....	107
1237. EFECTIVIDAD DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	100	28. SEGURIDAD IN VITRO DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIFACTOR DE CRECIMIENTO VASCULAR ENDOTELIAL UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD.	108
442. ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	101	CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS	108
561. EVALUACIÓN DE LA TERAPIA INHALATORIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	102	773. EFICACIA COMPARADA DE SECUKINUMAB Y OTROS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS PSORIÁSICA.....	108
153. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA ADECUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE PERSONAS RESIDENTES EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	103	CLASIFICACIÓN: URGENCIAS.....	109
464. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE LA INADECUACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DE LA FORMA FARMACÉUTICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	103	1292. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	109
		338. RELEVANCIA CLÍNICA DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	110

CLASIFICACIÓN: VIH 111

863. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/EMTRICITABINA/ TENOFORVIR Y DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/LAMIVUDINA EN PACIENTE VIH POSITIVO 111

144. LAMIVUDINA MÁS DARUNAVIR POTENCIADO CON RITONAVIR EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.....111

527. VALORACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES VIH DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACEUTICA 112

COMUNICACIONES PÓSTER EN FORMATO ELECTRÓNICO**CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA 115**

1179. ADHERENCIA AL TATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE 115

843. ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN UNA COHORTE DE ADULTOS INFECTADOS POR VIH: FACTORES DE INFLUENCIA 115

652. ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN EDAD INFANTIL E INFLUENCIA DEL DISPOSITIVO DE ADMINISTRACIÓN 116

484. ADHERENCIA Y PERSISTENCIA A FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO RETROSPECTIVO 117

860. ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CITAS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS 118

1242. ESTUDIO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH 118

351. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA E IMPACTO ECONÓMICO DEL COMBO FTC/TDF/EFV VERSUS LA ASOCIACIÓN FTC/TDF MÁS EFV EN PACIENTES VIH-1 119

1005. INFLUENCIA DE LA COMPLEJIDAD EN LA ADHERENCIA AL DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL 120

757. MODELO PREDICTIVO PARA ESTIMAR LA PROBABILIDAD DE FALTA DE ADHERENCIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.....120

186. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO ARMS PARA LA MEDIDA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.....121

1010. UTILIDAD DE LA MONITORIZACION FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB COMO PREDICTOR DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO 122

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA 122

406. AMPLIANDO HORIZONTES EN LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO.....122

749. ANALISIS DE LA ADECUACIÓN A LA TERAPIA ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR 123

382. ANALISIS DE LA EVOLUCION DEL INDICADOR DE RECETA MEDICA DE ARAII.....124

249. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO QUE SUPUSIERON LOS DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS EN UN ÁREA SANITARIA DE 300.000 HABITANTES DESDE EL AÑO 2013 HASTA EL 2015 125

152. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO ESTRATIFICADO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR ENTRE NIVELES ASISTENCIALES, COORDINADOS POR EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL. 125

11. CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL INGRESO DE PACIENTES CON CIRUGÍA PROGRAMADA. NUEVA COMPETENCIA DEL SERVICIO DE FARMACIA.....126

1206. DESARROLLO DE UN PROGRMA DE REVISIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÓNICO AMBULATORIO 126

41. DISPENSACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN UNA CONSULTA DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL.....	127	388. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD PENITENCIARIO: ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS.....	135
884. ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DETECTADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	128	282. IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL COMO MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES.....	136
423. ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	129	923. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONCILIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: INTERVENCIÓN Y REGISTRO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	137
1141. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN UN ÁREA DE SALUD.....	130	677. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN URGENCIAS: POSIBLE INDUCCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	138
1065. ESTUDIO PILOTO DE LA ADECUACIÓN DE LA DOSIS DE SITAGLIPTINA CON O SIN METFORMINA A LA FUNCIÓN RENAL DEL PACIENTE	130	43. INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	138
392. ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y ENDOCRINOLÓGICOS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO.....	131	851. INTERVENCIONES EN CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	139
499. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	132	245. MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES MAYORES: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA.....	140
123. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES AL ALTA HOSPITALARIA: OPORTUNIDAD DE MEJORA.....	133	593. REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ANCIANOS POLIMEDICADOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.....	140
103. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN POR RECETA MÉDICA A TRAVÉS DE INDICADORES	133	466. ¿SE ADECUA LA PRESCRIPCIÓN AL ALTA HOSPITALARIA AL ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD (ISC)?	141
255. FACTORES DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	134	CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS) 142	
175. IMPACTO ANUAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	135		
		830. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS.....	142
		324. ADECUACIÓN DEL USO DE VANCOMICINA IV EN UN HOSPITAL GENERAL	143

993. ALCANCE DEL CESE TEMPORAL DE ACTIVIDAD DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS	143	1089. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE COLISTIMETATO SÓDICO INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL TERCARIO.....	151
194. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS	144	909. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE POSACONAZOL EN PROFILAXIS DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.....	152
126. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA).....	145	147. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FLUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	153
1003. CANDIDIASIS INTRA-ABDOMINAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR	145	425. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS TRANSVERSAL EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL.....	154
141. COLISTIMETATO SÓDICO INHALADO EN PACIENTE CRÍTICO: ¿QUÉ HA CAMBIADO TRAS CONSENSUAR LA PAUTA ÓPTIMA?	146	36. EVALUACION DE LA UTILIZACION Y EFECTIVIDAD DE UNA SOLUCION ORAL DE VANCOMICINA PARA EL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE	154
759. DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	147	491. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN UN INDICADOR PARA OPTIMIZACIÓN EN EL USO DE ANTIMICROBIANOS CONSENSUADO CON UN SERVICIO DE HEMATOLOGIA.....	155
1180. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD INTERVENCIONISTA DEL RESIDENTE DURANTE LA ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	148	1177. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA UROLÓGICA	156
518. DISEÑO DE UN INDICADOR DE CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN EL ÁREA DE URGENCIAS.....	148	148. EVENTOS ADVERSOS DE MICAFUNGINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	157
874. DISMINUCIÓN DE RESISTENCIAS EN INFECCIÓN URINARIA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO TRAS UNA INTERVENCIÓN	149	1132. IMPACT OF AN ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP-LED INTERVENTION FOR STAPHYLOCOCCUS AUREUS BACTERAEEMIA.....	157
1158. EFECTIVIDAD CLÍNICA DE FOSFOMICINA-TROMETAMOL EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	150	285. IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN CODIGO SEPSIS INTRAHOSPITALARIO EN LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS Y RESULTADOS CLÍNCIOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	158
950. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS VISCERAL.	150	824. INCIDENCE AND TREATMENT OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION IN ADULTS: A RETROSPECTIVE REVIEW	158

1265. INCIDENCIA DE LA TOXICIDAD MUSCULAR EN PACIENTES TRATADOS CON DAPTOMICINA. ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO Y MONITORIZACIÓN DE MARCADORES SÉRICOS.....	159	1280. TERAPIA ANTIMICROBIANA CON DAPTOMICINA: INFECCIONES TRATADAS, CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y ETIOLOGÍA. EVALUACIÓN DE DOSIS, DURACIÓN DE TRATAMIENTOS Y GRADO DE CURACIÓN.	170
1112. INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS: ESTUDIO DEL TRATAMIENTO Y EFICACIA	160	917. TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR DE LA NEUMONÍA VIRICA GRAVE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.	170
242. INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA INFECCIÓN ABDOMINAL COMPLICADA	161	1071. TRATAMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO.....	171
251. INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS SOBRE EL ENFERMO CRÍTICO HEMATOLÓGICO.....	161	1317. USO DE COLISTINA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA	172
1126. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO HOSPITALARIO.....	162	1102. USO Y EFECTIVIDAD DE TOBRAMICINA INHALADA EN PACIENTES CRÍTICOS	172
936. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS SOBRE ANTIMICROBIANOS EN EL PACIENTE CRÍTICO	163	670. UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CAUSADAS POR BACILOS GRAMNEGATIVOS MULTIRESISTENTES.....	173
706. MANEJO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA MALARIA	163	252. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	174
1224. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA	164	743. CASO CLÍNICO DE ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA Y SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO	174
1020. PROGRAMA PAMACTA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL ASESORAMIENTO Y CONTROL DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA.....	165	1120. ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	175
929. PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....	166	431. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	176
973. REVISION DE LA ADECUACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS.....	167	1095. EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO CON TERAPIA ENZIMATICA SUSTITUTIVA A BAJAS DOSIS EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER.....	176
310. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO CON COLISTINA INHALADA.....	167	719. ENFERMEDADES RARAS NO ONCO-HEMATOLÓGICAS: APROXIMACIÓN A SU PREVALENCIA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO.....	177
495. SEGUIMIENTO DEL CIRCUITO DISEÑADO PARA LA REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO SUSCEPTIBLE DE OPTIMIZACIÓN	168		
556. SIMULACIÓN DE LA BIOACTIVIDAD LOCAL DE CEFTAZIDIMA INCORPORADA A UN CEMENTO POLIACRÍLICO UTILIZADO EN ARTROPLASTIA	169		

557. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NINTEDANIB EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	177	966. CAUSAS DE NO CONFORMIDAD A LAS SOLICITUDES DE EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS CLÍNICOS PRESENTADOS A UN CEIC.....	186
587. LUMACAFITOR-IVACAFITOR: NUEVO ENFOQUE TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUISTICA	178	591. ENSAYOS CLÍNICOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL TERCARIO: PERFIL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.....	187
419. NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	179	1107. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL GRAVIMÉTRICO POST-ELABORACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS	188
161. NUTRICIÓN PARENTERAL LIBRE DE AMINOÁCIDOS RAMIFICADOS PARA EL MANEJO URGENTE DE UNA DESCOMPENSACIÓN GRAVE DE LA ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE.....	179	951. EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE DOBLE CHEQUEO EN LA CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE PROTOCOLOS QUIMIOTERÁPICOS EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS	188
683. PIRFENIDONA, PRIMER FÁRMACO AUTORIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD TRES AÑOS DESPUÉS DE SU AUTORIZACIÓN	180	355. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN UNA UNIDAD DE PACIENTE EXTERNO ONCOHEMATOLÓGICO TRATADO CON FÁRMACOS ORALES EN INVESTIGACIÓN.....	189
417. TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDADES LISOSOMALES.....	181	75. GESTIÓN DE CADUCIDADES EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS	190
CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS 182		CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD 192	
975. ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE UNIDADES RELATIVAS DE VALOR.....	182	435. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO TRATADO EN EL CONTEXTO DE ENSAYO CLÍNICO.....	190
1133. AHORRO EN FÁRMACOS CON ENSAYOS CLÍNICOS.....	182	569. RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN CÁNCER DE MAMA.....	191
505. ANÁLISIS DEL ACCESO A LA INNOVACIÓN TERAPÉUTICA A TRAVÉS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA	183	1078. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO A LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LAS GUÍAS KDIGO Y RECOMENDACIONES S.E.N. EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CONCERTADO ADSCRITO AL HOSPITAL	192
1051. ANÁLISIS DEL REAL DECRETO 1090/2015 POR EL QUE SE REGULAN LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS, LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y EL REGISTRO ESPAÑOL DE ESTUDIOS CLÍNICOS.....	184	898. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	193
184. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS REALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	184	1131. AFLIBERCEPT EN EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD REFRACTARIA A OTROS ANTIANGIOGÉNICOS	193
968. CARACTERIZACIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS Y ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DERIVADA EN UN SERVICIO DE FARMACIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA SU GESTIÓN	185	675. ANÁLISIS A 10 AÑOS DEL USO DE INFlixIMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN.....	194

279. ANÁLISIS COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD ENTRE INFLIXIMAB MARCA DE REFERENCIA E INFLIXIMAB BIOSIMILAR.....	195	784. EFECTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES AMBULATORIOS	203
524. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE PARCHES DE CAPSAICINA POR EL SERVICIO DE UNIDAD DEL DOLOR DE UN HOSPITAL GENERAL.....	195	988. EFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS ANTI-TNF EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA	204
840. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y EFICACIA DE HIERRO CARBOXIMALTOSA	196	106. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT EN PATOLOGÍA NEOVASCULAR TRAS RESPUESTA INADECUADA A RANIBIZUMAB.....	205
740. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO: TERIFLUNOMIDA Y DIMETIL FUMARATO	197	660. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO.....	205
925. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	198	783. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	206
325. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE FIDAXOMICINA EN INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	198	713. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	207
549. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	199	832. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA GRAVE.....	208
336. CINACALCET EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL CON HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO	200	276. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE.....	208
1247. DIMETILFUMARATO: TRASLADANDO LOS DATOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. NUESTRA EXPERIENCIA	201	350. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DEXMEDETOMIDINA EN LA SEDOANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO	209
1234. DISMINUCIÓN DE DOSIS O AMPLIACIÓN DE INTERVALO: ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE	201	306. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	209
158. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL CINACALCET EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO SIN HEMODIALISIS.....	202	920. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE TERIFLUNOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....	210
256. EFECTIVIDAD COMPARATIVA ANTIVITAMÍNICOS K Y ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: RESULTADOS EN VIDA REAL.	203	1105. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA CON EL CAMBIO A TOCILIZUMAB SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	211

439. EFECTO DE LA CONVERSIÓN A BELATACEPT EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN.....	211	224. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA PROFILAXIS DE LA ÚLCERA DUODENAL Y/O GÁSTRICA INDUCIDA POR EL TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.....	221
890. EFECTOS ADVERSOS COMO MOTIVO DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS.....	212	833. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMA B EN UN HOSPITAL PROVINCIAL DE REFERENCIA.....	222
415. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....	213	698. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PACLITAXEL-ALBÚMINA EN CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	222
1128. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS INMUNOMODULADORES ORALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE: DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA.....	214	267. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	223
922. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....	214	965. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL COLIRIO SUERO AUTÓLOGO AL 20%.....	224
960. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE STENT.....	215	789. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ELTROMBOPAG EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA.....	224
643. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN Y MATERIAL RECIBIDO AL ALTA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES	216	885. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO	225
724. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL PERTUZUMAB EN CANCER DE MAMA METÁSTASICO.....	216	157. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	226
967. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR TRAS LA SUSTITUCION DE LA MARCA ORIGINAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	217	818. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FÁRMACOS ORALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	226
823. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE UREA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA.....	218	726. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA (RESTASIS®).....	227
222. ESTUDIO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA SEGÚN LA INFLUENCIA DEL TIPO DE ANEMIA Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE COLESTEROL Y FUNCIÓN RENAL	219	974. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y CONDICIONES DE USO DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....	228
509. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.....	219	648. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	228
804. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INFLIXIMAB-BIOSIMILAR EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	220	47. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	229

65. EVALUACION DE LAS ALTERACIONES METABOLICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO CON ARIPIRAZOL Y CLOZAPINA	230	616. INFLUENCIA DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA Y LA DURACIÓN DE LA TERAPIA EN EL DESCENSO DEL RECuento PLAQUETARIO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON LINEZOLID.....	238
771. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	231	1302. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA EL CONTROL Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS	238
1011. EVALUACIÓN DEL PERIODO DE LAVADO DE NATALIZUMAB A FINGOLIMOD	231	826. MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS ATROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS CON GOLIMUMAB COMO TERAPIA BIOLÓGICA	239
659. EXPERIENCIA AUTORREFERIDA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C	232	748. METAANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DAPAGLIFLOZINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.	240
1038. EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA	232	883. MOTIVOS DE DISCONTINUACIÓN Y SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON INFlixIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	241
413. EXPERIENCIA DE USO Y EFECTIVIDAD DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO	233	1123. OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA ALÉRGICA PERSISTENTE GRAVE Y EVALUACIÓN DE SU IMPACTO ECONÓMICO.....	241
46. EXPERIENCIA DEL USO DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA MODERADA-GRAVE	234	187. OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS	242
632. EXPERIENCIA EN EL USO DE OMALIZUMAB (XOLAIR®) EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA SEVERA REFRACTARIOS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL.....	234	604. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS	243
872. FINGOLIMOD: BALANCE BENEFICIO-RIESGO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE CUATRO AÑOS DESPUÉS DE SU COMERCIALIZACIÓN.....	235	596. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PRIMERA LÍNEA CON INFlixIMAB Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN	243
66. HIPERPROLACTINEMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO INYECTABLE DE LARGA DURACION CON PALIPERIDONA Y RISPERIDONA	236	1094. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS.....	244
865. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA PAUTA BASAL-BOLUS DE INSULINA PROTOCOLIZADA EN EL NÚMERO Y GRAVEDAD DE HIPER E HIPOGLUCEMIAS EN EL PACIENTE INGRESADO.....	236	539. PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS NEUROLÓGICOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS	245
2. INFLUENCIA DE LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES TRATADOS CON ESTIMULANTES ERITROPOYÉTICOS EN PREDIALISIS	237	911. PROTOCOLIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA HEMOGLOBINA EN PACIENTES PERIQUIRÚRGICOS.....	246
		60. REAL WORLD DATA DE TRES FÁRMACOS DE ALTO IMPACTO EN ONCOLOGÍA.....	246

940. REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS EN UN MÓDULO DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS ONCOHEMATOLÓGICOS.....	247	101. TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN LA PRACTICA CLÍNICA Y RESULTADOS EN SALUD: ¿VAMOS POR BUEN CAMINO?.....	256
935. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE	248	924. USO DE AFLIBERCEPT EN PACIENTES REFRACTARIOS A OTROS ANTIANGIOGÉNICOS ...	257
774. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA MEDIANTE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL..	249	631. USO DE OXICODONA INTRAVENOSA A ALTAS DOSIS EN EL CONTROL DEL DOLOR.....	257
1281. RESULTADOS EN SALUD DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE TRATADOS CON TERIFLUNOMIDA	249	715. UTILIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA.....	258
454. RESULTADOS EN SALUD DE LOS TRATAMIENTOS LIBRES DE INTERFERÓN EN LA HEPATITIS C CRÓNICA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	250	662. VEDOLIZUMAB: UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	259
427. RESULTADOS EN SALUD TRAS CAMBIO DE PROTOCOLO DE INMUNOSUPRESION CON BASILIXIMAB EN TRASPLANTE HEPATICO	251	869. ¿TIENE REPERCUSIONES CLÍNICAS EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE ARAII?	259
288. RIESGO DE DESCOMPENSACIÓN ASOCIADA AL USO DE INHIBIDORES DE LA DPP-4 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	252	CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/ FARMACOGENÉTICA 260	
655. RITUXIMAB: EVALUACIÓN DE SU USO FUERA DE INDICACIÓN Y GRADO DE EVIDENCIA	252	299. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN LAS DETERMINACIONES DE ANTICUERPOS ANTI-TNF-ALFA MEDIANTE ENZIMOINMUNOANÁLISIS.....	260
173. SWITCHING ENTRE INFLIXIMAB BIOSIMILAR Y SU PRODUCTO DE REFERENCIA: ANÁLISIS DE PRIMEROS CASOS.....	253	1055. ANÁLISIS DE MARCADORES GENÉTICOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD PARA EL PEMETREXED EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.	260
691. TOLERABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE PEMETREXED EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN EL ENTORNO ASISTENCIAL.	253	728. ANÁLISIS FARMACOCINETICO/ FARMACODINAMICO DE 8 GRAMOS DE IPERACILINA/TAZOBACTAM EN PERFUSIÓN CONTINÚA EN PACIENTE CRÍTICO.	261
1214. TOLVAPTAN: MANEJO DE LA HIPONATREMIA REFRACTARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA	254	377. COMPARATIVA DE LA INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS CYP2C19 Y ABCB1 EN EL TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR PERIFERICA Y PACIENTES TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....	262
906. TRANSICIÓN A INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA EN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO: RESULTADOS EN SALUD E IMPACTO ECONÓMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	255	745. CORRELACIÓN ENTRE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL GEN MDRI Y TEMBLOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES	263
1229. TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	255	1228. DETERMINACIÓN DE LA INMUNOGENICIDAD DE FARMACOS BIOLÓGICOS.....	263

928. DOSIFICACIÓN DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA?	264	579. IMPLICACIÓN DEL HLA-B18 EN LA PROGRESIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CO-INFECTADOS VIH/VHC	273
984. DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN FUNCIÓN DEL PESO CORPORAL TOTAL O DEL PESO CORPORAL MAGRO.....	265	1142. IMPORTANCIA DEL MOMENTO DE ADMINISTRAR EL METOTREXATE INTRATECAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATE A DOSIS ALTAS.	273
77. EFECTOS ADVERSOS CONDUCTUALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DRAVET ASOCIADOS A INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....	265	718. INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS EN LOS GENES UGT1A1, ABCB1, ABCC2 Y SLCO1B1 SOBRE LA TOXICIDAD DEL IRINOTECAN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON METASTÁSICO.....	274
1052. EVALUACIÓN DE DIFERENTES FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR APLICADAS A LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE AMINOGLUCÓSIDOS.....	266	744. INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL CYP3A4, CYP3A5 Y MDR1 EN LOS REQUERIMIENTOS DE DOSIS DE TACROLIMUS EN PACIENTES ADULTOS TRASPLANTADOS RENALES.....	274
1044. EVALUACIÓN DE LA DOSIFICACIÓN ADECUADA DE VANCOMICINA EN BASE AL PESO REAL DE LOS PACIENTES.....	267	52. INTERACCION ACENOCUMAROL-MICONAZOL: MODELO FARMACOCINETICO-FARMACODINAMICO	275
976. EVALUACIÓN DEL USO DE LA MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	268	582. KIR2DS2 COMO IMPORTANTE PREDICTOR DE DESARROLLO TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON INTERFERON PEGILADO.	275
1006. IDENTIFICACIÓN DE HAPLOTIPOS QUE PREDICEN TOXICIDAD POR IRINOTECÁN A PARTIR DE VARIANTES EN LOS GENES UGT1A1, UGT1A7 Y UGT1A9	268	109. MONITORITZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB, RESPUESTA PASI Y COSTES ASOCIADOS EN PACIENTES CON PSORIASIS.	277
1060. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIANTE AR-V7 EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO.....	269	1176. MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADALIMUMAB.	277
206. IMPACTO DE LOS POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO ÚNICO DE ABCB1 SOBRE EL TRANSPORTE DE ANTRACICLINAS EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.....	270	1172. MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE INFLIXIMAB.....	278
504. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE INFLIXIMAB MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DEL FÁRMACO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS	270	1030. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB ORIGINAL Y BIOSIMILAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	279
321. IMPLEMENTANDO LA FARMACOGENÉTICA EN UN SERVICIO DE FARMACIA.....	271	451. NIVELES PLASMÁTICOS DE MEROPENEM EN PACIENTES SÉPTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS Y TRATADOS CON PERFUSIÓN CONTINUA DEL ANTIBIÓTICO	280
362. IMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ANTI-TNF	272	1178. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA ANTIBIÓTICA EN PACIENTE CRÍTICO: DOSIFICACIÓN DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN PERFUSIÓN CONTINUA.....	280

592. OPTIMIZACIÓN FARMACOCINÉTICA/
FARMACODINÁMICA DEL MEROPENEM
MEDIANTE MONITORIZACIÓN
FARMACOCINÉTICA EN EL PACIENTE CRÍTICO.....281

340. POLIMORFISMO CYP2C19*2 EN EL
TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE TRAS
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR 282

385. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE
LA TÉCNICA DE MONITORIZACIÓN DE
CLOZAPINA MEDIANTE HPLC.....283

932. UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE
LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE
LEVETIRACETAM, LAMOTRIGINA Y
TOPIRAMATO 284

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA..... 285

1106. ANÁLISIS COSTE-EFICACIA DE CEFTAROLINA
FRENTE A LA COMBINACIÓN DE VANCOMICINA Y
AZTREONAM EN EL TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS
COMPLICADAS 285

81. ANALISIS COSTE-UTILIDAD DE LA
COLAGENASA EN LA CONTRACTURA DE
DUPUYTREN 285

560. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE NIVOLUMAB
EN MONOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL
MELANOMA METASTÁSICO 286

1074. ANALISIS DE LA POSOLOGIA Y COSTES
ASOCIADOS DE LOS FARMACOS ANTI-FACTOR
DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE.....287

1155. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y DEL
COSTE EVITADO DEBIDO A LA INTRODUCCIÓN
DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL 287

1181. ANÁLISIS DE LOS COSTES DE LA
ELABORACIÓN DE CICLOS DE QUIMIOTERAPIA
CON ANTELACIÓN A SU CONFIRMACIÓN.....288

1076. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS PARA
ESCLEROSIS MÚLTIPLE DISPENSADOS EN UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN LA DÉCADA
2005-2015 289

674. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL
CONSUMO DE NEOSTIGMINA FRENTE A
SUGAMMADEX DURANTE LOS AÑOS 2012-2015 ...289

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA..... 290

528. COSTE DE LA QUIMIOTERAPIA EN EL
CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN ESPAÑA 290

777. COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO
MODIFICADOR DE PRIMERA LINEA CON
INTERFERON BETA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE
REMITENTE-RECURRENTE.....291

529. EL CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN
ESPAÑA: CARGA ECONÓMICA - ESTUDIO
OVARCOST 291

316. ESTIMACIÓN DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO
DEL USO DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 EN UN
ÁREA DE SALUD 292

79. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS
ANTICOAGULANTES ORALES ENTRE 2008 Y 2015
Y HEMORRAGIAS ASOCIADAS A LOS MISMOS
ENTRE 2012 Y 2015. 293

1147. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA
INCORPORACIÓN DE TRASTUZUMAB
SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL DE
SEGUNDO NIVEL 293

364. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN FÁRMACOS
BIOLÓGICOS PARA ENFERMEDADES
DIGESTIVAS 294

341. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO
DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL
COMPARÁNDOLO CON EL GASTO NACIONAL,
DURANTE EL QUINQUENIO 2010-15.....295

546. IMPACTO DE UTILIZACION BIOSIMIL
ARES EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCARIO.....295

627. IMPACTO ECONÓMICO DE LA
OPTIMIZACIÓN E INTENSIFICACIÓN DE
TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS.....296

943. IMPACTO ECONÓMICO Y CLINICO DEL
USO DE UN FÁRMACO BIOSIMILAR DE
INFLIXIMAB.....297

274. INCLUSIÓN EN GUÍA DE INFLIXIMAB
BIOSIMILAR: IMPACTO ECONÓMICO Y
CLÍNICO 298

430. LA OPTIMIZACIÓN CON
IMMUNOSUPRESORES BIOLÓGICOS REDUCE
EL COSTE DEL TRATAMIENTO DE LA
PSORIASIS 299

742. LOS TÉCNICOS DE FARMACIA HOSPITALARIA, PROFESIONALES QUE CONTRIBUYEN A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.....	299	910. ELABORACIÓN DE POSACONAZOL SOLUCIÓN PARA ADMINISTRACIÓN VÍA ENDOBRONQUIAL Y EN NEBULIZACIÓN EN PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL SEVERA POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM.....	308
405. MODELO DE MARKOV PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTES ESPAÑOLES NO CANDIDATOS A TRASPLANTE.....	300	877. ELABORACIÓN DE VANCOMICINA 10 MG/ML Y AMIKACINA 10 MG/ML DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENTRICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	309
277. OPTIMIZACIÓN DE LAS PRESENTACIONES DE RITUXIMAB EN LINFOMA NO HODGKIN	301	642. ENTEROCOLITIS NECROSANTE Y OSMOLALIDAD DE FÓRMULAS ORALES LÍQUIDAS PARA NEONATOS.....	309
223. TOXINA BOTULÍNICA: EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN Y COSTES	301	204. ESTABILIDAD DE FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN.....	310
722. TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO VERSUS TRASTUZUMAB INTRAVENOSO: ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES	302	455. ESTABILIDAD QUÍMICA DE SOLUCIONES PARA INFUSIÓN DE MEROPENEM. ESTUDIO A 24 HORAS.....	311
CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA 302		602. ESTANDARIZACIÓN EN LA SOLICITUD Y ELABORACIÓN DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS...311	
408. ANÁLISIS DEL GASTO DE AFLIBERCEPT FRENTE A RANIBIZUMAB INTRAVITREOS.....	302	697. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EFICACIA DE UNA LOCIÓN DERMOPROTECTORA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS	312
436. ANÁLISIS GRAVIMÉTRICO PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE UN SISTEMA MANUAL DE FABRICACIÓN DE SOLUCIONES DE NUTRICIÓN PARENTERAL.....	303	294. EXPERIENCIA EN DESENSIBILIZACIÓN A FÁRMACOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	313
609. BEVACIZUMAB COLIRIO EN EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	304	513. FENOBARBITAL 1% SUSPENSIÓN ORAL: FORMULACIÓN, CONTROL DE CALIDAD Y MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA.	313
1209. CIDOFOVIR EN CREMA: FORMULACIÓN Y EFICACIA EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE VERRUGAS VULGARES EN UN PACIENTE VIH.....	304	653. FORMULACIÓN DE IDEBENONA PARA ATAXIA DE FRIEDREICH	314
772. COMPATIBILIDAD FÍSICA DE LA ADMINISTRACIÓN EN Y DE CEFTAROLINA-FOSAMILO CON VARIOS ANTIBIÓTICOS CON ACTIVIDAD FRENTE A GRAM POSITIVOS	305	585. FORMULACIÓN DE PAROMOMICINA TOPICA AL 15% EN COLD-CREAM COMO TRATAMIENTO DE LEISHMANIOSIS CUTÁNEA EN PEDIATRÍA.....	315
482. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN JARABE DE ISONIAZIDA 50MG/ML PARA USO PEDIÁTRICO.....	306	594. FORMULACIÓN DE POMADA INTRANASAL DE PROPRANOLOL 0,5% EN VASELINA ESTÉRIL COMO TRATAMIENTO DE LAS EPIXTASIS POR TELANGIECTASIA HEREDITARIA HEMORRÁGICA.....	316
1127. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN COLIRIO DE LINEZOLID 0.2% ELABORADO EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN QUERATITIS BACTERIANAS RESISTENTES A VANCOMICINA Y CEFTAZIDIMA.....	307	1256. GEL DE FLUCITOSINA Y ANFOTERICINA B E N EL TRATAMIENTO DE VULVOVAGINITIS RECURRENTE POR CANDIDA GLABRATA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	316
750. ELABORACION DE PARCHES EPICUTANEOS PARA EL DIAGNOSTICO DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA A PRINCIPIOS ACTIVOS	307		

995. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN A
MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO
ANTINEOPLÁSICOS 317

91. GOTÍCULAS DE SILICONA EN JERINGAS
PRECARGADAS PARA ADMINISTRACIÓN
INTRAVÍTEA 318

1218. IMPLEMENTACION EN LA DISPENSACION
DEL TRITURADO DE COMPRIMIDOS PARA
PACIENTES GERIATRICOS CON DISFAGIA 319

573. PROGRAMA DE ELABORACIÓN DE BOMBAS
ELASTOMÉRICAS CON ANTIBIÓTICOS PARA
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO 319

349. REETIQUETADO DE DOSIS UNITARIAS
MEDIANTE EL SISTEMA DALE COLOR A TU
DOSIS UNITARIA 320

673. REVISIÓN DE LAS CONDICIONES DE
MANIPULACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS EN
EL ÁREA DE FARMACOTECNIA 321

1031. SELECCIÓN DE MEZCLAS DE ANTIBIÓTICO
Y HEPARINA PARA EL SELLADO DE CATÉTERES
EN HEMODIÁLISIS 321

296. UTILIZACIÓN DE COLIRIO DE SUERO
AUTOLOGO ELABORADO EN UN SERVICIO DE
FARMACIA HOSPITALARIO 322

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS 323

198. ANÁLISIS DEL CONTENIDO EN LÁTEX DE
LOS PRODUCTOS SANITARIOS INCLUIDOS EN
UN HOSPITAL PRIVADO 323

33. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR
VÍA INHALATORIA Y NASAL 324

564. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE
INHALADORES EN PACIENTES MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS 324

76. GESTIÓN DE ABSORBENTES DE
INCONTINENCIA EN RESIDENCIAS DE UN
ÁREA SANITARIA 325

844. IMPLANTACIÓN DE NUEVA TECNOLOGÍA
SANITARIA A TRAVÉS DE LA COMISIÓN DE
FARMACIA 326

739. REVISION DE PRODUCTOS SANITARIOS
EN PROTESIS DE RODILLA 327

1282. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO
DE ADMINISTRACIÓN LOCK AND GO DE
FÁRMACOS PELIGROSOS 327

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD 328

866. ADECUACIÓN Y GESTIÓN DE BOTIQUINES EN
LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS
Y URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DE UN
ÁREA DE GESTION SANITARIA 328

1201. ALERTAS IGNORADAS EN ALERGIA A
MEDICAMENTOS: UNA OPORTUNIDAD DE
MEJORA 329

293. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA
POR UN FARMACÉUTICO RESIDENTE DE 4º AÑO
EN UNA PLANTA DE ONCO-HEMATOLOGÍA 329

426. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO
DE FARMACIA ANTE LAS PETICIONES DE
MEDICACIÓN A TRAVÉS DEL TUBO
NEUMÁTICO O VÍAS ALTERNATIVAS 330

887. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE
MEDICAMENTOS EN CONDICIONES
DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS 331

169. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES
FARMACÉUTICAS REALIZADAS ANTES Y
DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA
PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA 332

790. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES
FARMACOTERAPÉUTICAS: IDENTIFICACIÓN
DE OPORTUNIDADES DE MEJORA 332

447. ANÁLISIS DE LAS LLAMADAS RECIBIDAS
EN UN SERVICIO DE FARMACIA 333

768. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN NUEVO
SISTEMA DE CITA PREVIA EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL SERVICIO DE FARMACIA DE
UN HOSPITAL COMARCAL 334

207. ANÁLISIS DEL TIEMPO HASTA LA
FINANCIACIÓN DE LOS NUEVOS FÁRMACOS
AUTORIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE
LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO
ECONÓMICO 334

517. ANÁLISIS E IMPACTO DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES EXTERNOS INTEGRADA EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA	335	346. DESCRIPCIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO INTEGRADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE TUBO PNEUMÁTICO	344
930. ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A CENTROS SOCIO-SANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	336	686. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN FARMACÉUTICO ESPECIALISTA TRAS SU INCORPORACIÓN EN UN HOSPITAL PRIVADO	344
680. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS APLICADO AL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO TRAS LA ROBOTIZACIÓN E INFORMATIZACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA	336	870. DESVÍOS DE PROGRAMACIÓN EN UN HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE E IMPACTO EN EL ÁREA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS	345
189. APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN Y EFQM PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL EN HOSPITAL DE BAJO NIVEL DE INFORMATIZACIÓN.....	337	16. EFICIENCIA ECONÓMICA BASADA EN LA SELECCIÓN DE PROVEEDOR EN EL TRATAMIENTO DE LA XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA.....	346
590. APORTACIONES DEL PASE DE GUARDIA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LA MEJORA DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA	338	1306. ENCUESTA DE CONTENIDO DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA.....	346
891. AUDITORIA DEL VISADO DE RECETAS DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN.....	339	39. ESTIMACION DE LOS COSTES DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	347
421. BIOSIMILARES: IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA EN UN SERVICIO DE SALUD	339	1035. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS Y SEDANTES EN UN AREA DE SALUD.....	348
1166. CICLO DE MEJORA EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO.....	340	149. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NATALIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.....	348
433. CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA GRIPE ESTACIONAL 2016 EN PACIENTES QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO	341	902. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RANIBIZUMAB (LUCENTIS®).....	349
1077. DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS: UN RETO PARA FARMACIA HOSPITALARIA, DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA.....	341	577. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TICAGRELOR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	350
1248. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REVISIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE ALMACENAMIENTO PARA REDUCIR LOS ERRORES DE DISPENSACIÓN.....	342	1169. EVALUACION DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LINEZOLID EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA.....	350
1007. DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE COSTES EN UN SERVICIO DE UCI LIDERADO POR EL SERVICIO DE FARMACIA.....	343	461. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA (PROYECTO SATISFAR).	351
		100. EVALUACIÓN DE UN NUEVA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL.....	352
		104. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE DOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN TRASPLANTE HEPÁTICO	353

1075. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL.....	353	1156. IMPACTO ECONOMICO DE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACEUTICO AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES.	362
1235. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS: INTEGRACIÓN DE UN COORDINADOR DEL CIRCUITO.....	354	45. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y ELABORACIÓN DE COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO AL 30% PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE.....	362
897. EVOLUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EXTRANJEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS.....	355	1202. IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN INDIVIDUALIZADA DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A.....	363
994. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS.....	355	574. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITA PREVIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS	364
664. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN UN CENTROS SOCIO SANITARIO DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.	356	576. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES TRASPLANTADOS	365
343. EVOLUCIÓN DEL REACONDICIONADO DE FORMAS ORALES SÓLIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA SOCIO SANITARIO.....	357	687. INCORPORACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS EN EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	365
422. GESTIÓN DE LA CAPACIDAD DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: ¿QUO VADIS?.....	357	26. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....	366
50. GESTIÓN DE VISITAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES TRATADOS CON MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA	358	1246. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PRIVADA	367
182. GESTION Y HOMOGENIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE GERIATRÍA.....	359	478. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS: ¿CÓMO LO HACEMOS?.....	367
250. GRADO DE PENETRACIÓN DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR	360	4. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. DESCRIPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	368
799. GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS	360	841. MEJORA DE LA CALIDAD DE PREPARACIÓN EN DOSIS UNITARIAS	369
1082. IMPACTO DE LA VALIDACION FARMACEUTICA DE LOS TRATAMIENTOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION	361	808. OFF-LABEL USE OF BOTULINUM TOXIN TYPE A: DRUG USE EVALUATION STUDY ...	370
		378. REORIENTANDO EL SERVICIO DE FARMACIA HACIA UN PROCESO ASISTENCIAL INTEGRAL DEL PACIENTE	371
		1032. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL TRABAJADOR EN UN ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN SEGURA.	371

998. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN EL ÁREA DE FARMACIA ONCOLÓGICA.....372

380. SOLUCIONES DE METACOLINA PARA PROVOCACIÓN BRONQUIAL. IMPACTO ECONÓMICO DE LA ELABORACIÓN PROPIA VERSUS ELABORACIÓN POR TERCEROS.....373

142. TRANSFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE SELENE * EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA. 373

445. TRIAJE FARMACÉUTICO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO, UN CAMINO PARA INDIVIDUALIZAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA. 374

1195. VALORACIÓN DEL PROTOCOLO DE USO DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN CARDIOVERSIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR...375

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS..... 376

615. CONDICIONES DE UTILIZACIÓN DE CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 376

503. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS 376

700. DESCRIBIR EL PERFIL DE UTILIZACIÓN Y COSTE DE LOS HEMOSTÁTICOS UTILIZADOS EN LA HEMORRAGIA MASIVA.....377

526. ESTUDIO DE PRESCRIPCIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....378

1225. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES..379

981. MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DE USO DE CONCENTRADO DE COMPLEJO P ROTROMBÍNICO INACTIVADO 381

44. UTILIZACION DE COMPLEJO PROTROMBINA EN LA PRACTICA CLÍNICA Y ANALISI DE EVIDENCIAS EN EFICACIA Y SEGURIDAD 381

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS 382

871. ANÁLISIS DE LA EFICACIA A LARGO PLAZO DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....382

1293. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE INGRESO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VHB EN UNA COHORTE ANDALUZA 383

624. ANÁLISIS DE LAS ACTUACIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA 384

964. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES PRESENTADAS ENTRE LOS AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VIRUS HEPATITIS C Y LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE.....384

506. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS REALIZADAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C 385

1205. ANÁLISIS DE TASAS DE RECIDIVA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA Y ADECUACIÓN DE LAS PAUTAS DE RETRATAMIENTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. 386

290. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS FRACASOS AL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA 387

822. ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA DE SEGUNDA GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA: EXPERIENCIA EN VIDA REAL.....387

853. ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN HEPATITIS C CRÓNICA. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LOS PRIMEROS PACIENTES TRATADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. .388

1241. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA.....389

136. ATENCIÓN FARMACEUTICA AL PACIENTE CON HEPATITIS C.....390

1298. CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO HABITUAL EN PACIENTES A RAÍZ DE LA INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA.....	390	31. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO DE OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR ± DASABUVIR ± RIBAVIRINA DURANTE 12 SEMANAS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	397
1081. EFECTIVIDAD DE ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA EN PACIENTES PRETRATADOS CON INHIBIDORES DE PROTEASA EN MONOTERAPIA	391	1212. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR Y SIMEPREVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPO 1	398
971. EFECTIVIDAD DE LOS ANTIVIRALES FRENTE A LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS VHC/VIH Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	392	754. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES INFECTADOS POR HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPO 1 B NO CIRRÓTICOS	399
714. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS DIRIGIDOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	392	807. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA ARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC.....	399
565. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C	393	402. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR Y DASABUVIR FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	400
515. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	394	1185. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL ACTUAL EN PACIENTES CON HEPATITIS C.....	401
474. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	394	881. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS HEPATITIS C	402
1143. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C ...	395	678. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA RECURRENCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO	403
165. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	396	298. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS LIBRES DE INTERFERON CON LA TRIPLE TERAPIA CON UN INHIBIDOR DE LA PROTEASA EN HEPATITIS C	403
733. EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA ADMINISTRADOS A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEPATITIS C EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	396	225. ESTUDIO DE SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C: INFLUENCIA DE LA RIBAVIRINA.....	404
177. EFECTIVIDAD DE REGIMENES BASADOS EN SOFOSBUVIR LIBRES DE INTERFERON EN PACIENTES CIRRÓTICOS GENOTIPO 1 CON INFECCIÓN CRÓNICA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C	397	412. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B CRÓNICA DURANTE UN AÑO	405
		394. ESTUDIO DEL FRACASO TERAPÉUTICO DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS DE LA HEPATITIS C LIBRES DE INTERFERON	405

420. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS POTENCIALES INTERACCIONES RELACIONADAS CON LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C	406	1019. NUEVAS TERAPIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C. ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO Y RESULTADOS EN SALUD	413
512. EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES MONOINFECTADOS CON VIRUS DE LA HEPATITIS C	407	1049. NUEVOS AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS EN HEPATITIS C: RESULTADOS PRELIMINARES EN VIDA REAL	414
937. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD RESPECTO A LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE A LA HEPATITIS C EN PACIENTES MONOINFECTADOS	408	727. PACIENTES CIRRÓTICOS CON VIRUS DE LA HEPATITIS C GENOTIPO 3: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCION DIRECTA	415
1199. EVOLUCIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE HEPATITIS C	408	163. REDUCCIÓN DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES TRATADOS CON RIBAVIRINA Y ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA LA HEPATITIS C.	415
1297. IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON HEPATITIS C	409	1259. RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES INFECTADOS POR VIRUS DE HEPATITIS C GENOTIPO 3.	416
1230. INFLUENCIA DE LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA GLOBAL EN LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES CO-INFECTADOS VIH/VHC EN TRATAMIENTO FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	410	14. RETRATAMIENTO EN PACIENTES CON FRACASO TERAPÉUTICO PREVIO A ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA HEPATITIS C: IDENTIFICACIÓN DE PAUTAS PREFERENTES	417
1267. INFLUENCIA DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DIRECTO FRENTE A LA HEPATITIS C EN LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA.	411	730. SITUACIÓN CLÍNICA PREVIA AL INICIO DE TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC. ¿SE ADECUA EL PERFIL DE LOS PACIENTES VIH QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTI-VHC A LAS DIRECTRICES DEL PLAN NACIONAL?	417
760. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO ASISTENCIAL: VALOR AÑADIDO EN LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL PARA LA HEPATITIS C	411	166. TRATAMIENTO ANTIVIRAL PARA LA HEPATITIS C EN RECIDIVA POST-TRASPLANTE HEPÁTICO.....	418
732. INTERACCIONES ENTRE PLANTAS MEDICINALES Y ALIMENTOS CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C: UN TEMA A TENER EN CUENTA.	412	CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS 419	
665. LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR FOR 8 WEEKS IN NON-CIRRHOTIC, MONOINFECTED AND CO-INFECTED HIV/HCV PATIENTS WITH GENOTYPE 1 HEPATITIS C INFECTION: REAL LIFE EXPERIENCE.....	413	323. CALIDAD DE LAS APLICACIONES DE HEPATITIS C PARA DISPOSITIVOS MÓVILES MEDIANTE EL CUESTIONARIO MARS	419
		613. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SOPORTE A LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS.....	419
		692. DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN SERVICIO DE FARMACIA	420

532. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS CUENTAS DE TWITTER PERTENECIENTES A ORGANIZACIONES DEL ÁMBITO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA	421	1189. UTILIZACIÓN DE INTERNET Y ACCESIBILIDAD A DISPOSITIVOS MÓVILES EN USUARIOS DE UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS.....	430
654. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.....	421	1196. ALIMENTACIÓN TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO HOSPITALIZADO TRAS LA DONACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LECHE MATERNA HUMANA	431
1244. HERRAMIENTA ELECTRÓNICA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA: VALORACIÓN DE LOS MÉDICOS	422	107. AMPLIANDO HORIZONTES. EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PEDIÁTRICAS.....	432
953. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.....	423	904. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL A LAS RECOMENDACIONES EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	433
381. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO DE E-INTERCONSULTA ENTRE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL Y DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA SANITARIA.	423	227. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL SERVICIO DE FARMACIA	434
269. INFORMATIZACIÓN DE LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y FUERA DE GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	424	232. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOS: IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA	434
1034. INFORME ELECTRÓNICO DE MEDICACIÓN AL ALTA MEDIANTE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES: PILOTAJE DE LA INTEGRACIÓN APD ATHOS-PRISMA® Y RECUERDAMED®	425	1046. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE NUTRICIÓN PARENTERAL	435
753. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO	426	1012. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES DOMICILIARIOS CON NUTRICIÓN ARTIFICIAL POR Sonda.	436
864. NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN.....	427	1175. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y NUTRICIONAL EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA DIFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	436
492. PREVENCIÓN DE LA HIPONATREMIA INDUCIDA POR FÁRMACOS CON AYUDA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	428	489. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASOGÁSTRICA.....	437
1312. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS: VALIDACIÓN ELECTRÓNICA SEMIAUTOMATIZADA.	428	476. CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE PORTADOR DE Sonda DE ALIMENTACIÓN: UN NUEVO RETO	438
1097. PROYECTO BISAFE: DESARROLLO DE UN BUNDLE INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS MEDIANTE E-ESTÁNDARES.....	429	793. ESTUDIO DEL USO DE SUPLEMENTACIÓN ORAL EN NIÑOS CON RETRASO PONDEROESTATURAL CON UNA FÓRMULA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN POLVO Y DE SABOR NEUTRO.	439
1047. USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LOS CENTROS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EUROPA	430		

630. EVALUACION DE LA INDICACION Y SEGURIDAD DE LA NUTRICION PARENTERAL EN UN HOSPITAL GENERAL DE TERCER NIVEL	439	17. ¿UTILIZAMOS BIEN LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO?	449
71. EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MULTIINGRESO EN UN ÁREA DE SALUD	440	CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA..... 450	
308. EVOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL	441	212. ALTERACIONES EN LOS PARÁMETROS QUE MIDEN LA FUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HEPATOPATÍA VIRAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON PACLITAXEL SEMANAL	450
438. HIPOFOSFATEMIA EN PACIENTE CRÍTICO CON NUTRICIÓN PARENTERAL	442	1273. ANÁLISIS DE DOSIFICACIÓN DE CARBOPLATINO EN PACIENTES OBESOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	450
68. INFLUENCIA DEL USO HEPARINA EN LA ESTABILIDAD DE NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS	442	428. ANÁLISIS DE INGRESOS EN ONCOLOGÍA POR TOXICIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA	451
907. MEJORANDO LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN POR SONDA EN INTENSIVOS: APORTACIÓN DEL FARMACÉUTICO	443	247. ANÁLISIS DE LA DOSIFICACIÓN DE CARBOPLATINO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ..	452
1021. SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN EN LA NUTRICION PARENTERAL PERIFÉRICA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA	443	738. ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA Y RENAL EN PACIENTES TRATADOS CON GEFITINIB Y ERLOTINIB	452
1165. SUPLEMENTACIÓN CON ZINC Y VARIACIÓN DE ZINC PLASMÁTICO EN PACIENTES CON HIPOZINQUEMIA EN NUTRICIÓN PARENTERAL	444	1167. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y TOLERANCIA A CARFILZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAÍDA O REFRACTARIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	453
656. TASA DE UTILIZACIÓN Y VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA NUTRICIÓN ESTÁNDAR DE INICIO EN PREMATURO DE BAJO PESO PREPARADA POR STOCK	445	522. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: HER2 POSITIVO VERSUS TRIPLE NEGATIVO.	453
97. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN EL SUR DE ESPAÑA	446	1125. ANALISIS DE LAS INTERACCIONES E INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y TERAPIA ALTERNATIVA REGISTRADAS DURANTE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO	454
113. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS MEDIANTE EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT Y EL MÉTODO DE CHANG	446	852. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	455
1208. VARIABILIDAD EN EL CONTROL GRAVIMÉTRICO DE NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS	447	752. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE RITUXIMAB EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	455
1290. VOLUMEN DE FLUIDOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN PARENTERAL ...	448	685. ANÁLISIS DEL USO DE ERLOTINIB Y GEFITINIB EN CANCER DE PULMON NO MICROCITICO	456
797. ¿SE REALIZA UN ADECUADO SEGUIMIENTO DURANTE LA TERAPIA CON NUTRICIÓN PARENTERAL?	448		

555. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO MULTIPARAMÉTRICO PARA EVALUAR LA IDONEIDAD DE INICIO DE TRATAMIENTO CON ACETATO DE ABIRATERONA POSTQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	457	913. EFECTIVIDAD Y ADECUACIÓN A CRITERIOS DE LA COMISIÓN DE FARMACIA DE EVEROLIMUS EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO HORMONOSENSIBLE	465
1213. APLICACIÓN DE CRITERIOS DE FUTILIDAD EN EL USO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA.....	457	942. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN SIN QUIMIOTERAPIA PREVIA O POSTQUIMIOTERAPIA	465
792. ATENCION FARMACÉUTICA A PACIENTES CON CANCER DE OVARIO EN UN HOSPITAL COMARCAL	458	1101. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO PREVIAMENTE NO TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA.....	466
80. BENDAMUSTINA EN MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO O EN RECAIDA.....	458	1015. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABAZITAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN	467
215. CALCULO DE DOSIS DE CARBOPLATINO: INFLUENCIA DEL MÉTODO ANALÍTICO EMPLEADO EN LA DETERMINACIÓN DE CREATININA.....	459	709. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CANCER DE PULMON NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO	467
888. COMBINACIÓN DE PANITUMUMAB Y QUIMIOTERAPIA BASADA EN FLUOROURACILO CON OXALIPLATINO COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.....	460	876. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO.	468
828. DESVIACIONES EN LOS TIEMPOS DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	461	987. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO (TAS-102) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.....	469
618. DOSE BANDING DE LEVOFOLINATO CÁLCICO EN CÁNCER COLO-RECTAL METASTÁSICO.....	461	459. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON GEMCITABINA MÁS CAPECITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO POLITRATADOS	469
551. DOSIFICACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS EN PACIENTES CON PESOS EXTREMOS.....	462	955. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL VISMODEGIB EN PACIENTES MAYORES CON CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.....	470
982. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSIN KINASA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.....	463	1009. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE POMALIDOMIDA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	471
945. EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB EN CANCER COLORRECTAL METASTASICO	463	1140. EFECTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	472
788. EFECTIVIDAD DEL USO LA AZACITIDINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA Y SÍNDROME MIELODISPLÁSICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.....	464	196. EFICACIA Y SEGURIDAD DE CRIZOTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.....	472

367. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ERIBULINA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA METASTASICO.....	473	707. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PEMETREXED EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE PULMON METASTÁSICO.....	481
1061. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN CANCER DE PULMON NO MICROCITICO ESCAMOSO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.....	474	1041. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ELTROMBOPAG	482
395. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE BEVACIZUMAB EN GLIOMAS RECURRENTES DE ALTO GRADO	475	383. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON PLATINO/PEMETREXED SEGUIDO DE MANTENIMIENTO CON PEMETREXED EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	483
498. ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN POSTQUIMIOTERAPIA.....	476	1191. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	483
623. ESTUDIO DE LA POLIFARMACIA CONCOMITANTE EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA.	476	736. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. COMPARACIÓN CON RESULTADOS PREVIOS	484
543. ESTUDIO DE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA INTRATECAL CON METOTREXATO, CITARABINA E HIDROCORTISONA EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN	477	1160. EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN PARA PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL CON CETUXIMAB EN TERCERA LÍNEA EN MONOTERAPIA	485
236. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS ORALES CUANDO LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ES MENOR O IGUAL A TRES MESES.....	477	606. EVALUACION DE RESULTADOS EN SALUD DE AZACITIDINA EN SINDROME MIELODISPLÁSICO.....	485
1093. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CRIZOTINIB:EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	478	651. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON EVEROLIMUS (AFINITOR®).....	486
124. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.....	479	610. EVALUACIÓN DEL GRADO DEL CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES	486
1272. ESTUDIO DEL PERFIL DE TOXICIDAD ASOCIADO A LA ADMINISTRACIÓN DE L-ASPARAGINASA EN PACIENTES ADULTOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA	479	159. EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS.....	487
699. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	480	125. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ABIRATERONA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PROSTATA.	488
858. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO CON ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CANCER DE PRÓSTATA.....	481	941. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PERTUZUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA METASTASICO.....	488

156. EXPERIENCE WITH ABIRATERONE ACETATE IN PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER BEFORE CHEMOTHERAPY 489	265. HIPOCALCEMIA CON DENOSUMAB EN LA PREVENCIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL ESQUELETO EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS DE TUMORES SÓLIDOS 498
806. EXPERIENCIA CLÍNICA CON NINTEDANIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD 489	1149. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR TRATADOS CON INMUNOQUIMIOTERAPIA 498
1271. EXPERIENCIA DE USO DE FOTEMUSTINA EN EL TRATAMIENTO DE GLIOMAS RECURRENTES.....490	203. HIPONATREMIA EN PACIENTES CON CANCER DE PULMON MICROCITICO: INCIDENCIA Y MANEJO 499
199. EXPERIENCIA DE USO DE NIVOLUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES.....491	970. IMATINIB EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.....500
1087. EXPERIENCIA DE USO DE POSACONAZOL EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO CON TOXICIDAD PREVIA A VORICONAZOL.....491	916. IMPACTO DE LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL HEPÁTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS REFRACTARIAS A LA TERAPIA CONVENCIONAL 501
1070. EXPERIENCIA DE USO DE RUXOLITINIB EN LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CORTICORESISTENTE.....492	703. ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS DERIVADO (DNLR) COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON ABIRATERONA EN PRIMERA LÍNEA.....501
991. EXPERIENCIA DE USO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN UN HOSPITAL TERCARIO 493	1013. INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS EN EL BENEFICIO ESPERADO DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL LOCALIZADO.....502
814. EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE BRENTUXIMAB VEDOTIN EN LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA O REFRACTARIO 493	1069. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK GUIDELINES: ¿REFERENCIA TAMBIÉN PARA EL USO PROFILÁCTICO DE FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS? 503
912. EXPERIENCIA DEL USO DE DABRAFENIB EN MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO CON MUTACIÓN BRAF V600.....494	1163. NEFROTOXICIDAD ASOCIADA A INHIBIDORES BRAF, VEMURAFENIB Y DABRAFENIB: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LOS EVENTOS COMUNICADOS AL SISTEMA EUROPEO DE FARMACOVIGILANCIA (EUDRAVIGILANCE). 503
1291. EXPERIENCIA DEL USO DE PAZOPANIB EN SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADO.....495	456. NEUTROPENIA ASOCIADA A LA COMBINACIÓN DE PLATINOS CON VINORELBINA EN EL DÍA 1 DE TRATAMIENTO. 504
547. EXPERIENCIA DEL USO DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO 496	1135. NIVOLUMAB: EXPERIENCIA DE USO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.....505
764. EXPERIENCIA EN EL USO DE AXITINIB EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. 496	
108. FOLFIRINOX VERSUS ERLOTINIB MÁS GEMCITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO.....497	

625. NIVOLUMAB: RESULTADOS PRELIMINARES DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	505	1103. SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE METOTREXATO A ALTAS DOSIS EN PERFUSIÓN 24 HORAS EN ADULTOS.....	515
1026. ONCO-INMUNOTERAPIA: USO DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.....	506	899. TOXICIDAD DE NIVOLUMAB EN PACIENTE ONCOLÓGICO	516
572. OPTIMIZACIÓN DE DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA EN EL TRATAMIENTO DE CANCER DE OVARIO RECURRENTE.....	507	779. TOXICIDAD OCULAR POR IPILIMUMAB EN PACIENTES CON MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO.....	517
1266. PAPEL ACTUAL DE LA FOTEMUSTINA EN EL MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO.....	508	55. TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES.....	518
918. PERFIL DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE DENOSUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	508	302. USO CONCURRENTES DE TAMOXIFENO Y MEDICAMENTOS INHIBIDORES DEL CITOCROMO CYP2D6 EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA.....	518
7. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE 5-AZACITIDINA	509	856. UTILIZACIÓN DE ANTITUMORÁLICOS FUERA DE INDICACIÓN EN ONCOLOGÍA: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.	519
1258. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO AL PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	510	1023. UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	520
62. QUIMIOEMBOLIZACIÓN CON DOXORUBICINA EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO.....	511	488. ¿SUFREN LOS PACIENTES A TRATAMIENTO CON AZACITIDINA AGRESIVIDAD TERAPÉUTICA?.....	520
366. RAMUCIRUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD	511	CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS 521	
457. REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. ¿SON LOS RESULTADOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL SIMILARES A LOS DEL ENSAYO CORRECT?.....	512	443. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTIHIPERTENSIVOS A LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE	521
676. RESPUESTA A ENZALUTAMIDA POST ABIRATERONA.....	513	318. ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INGRESADOS EN TRAUMATOLOGÍA.....	522
1188. RESULTADOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL ABORDAJE FARMACOTERAPÉUTICO DEL CÁNCER DE PANCREAS METASTÁSICO BASADOS EN NAB-PACLITAXEL.	514	611. AMPLIANDO HORIZONTES EN RESIDENCIAS DE MAYORES: INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA REDUCCIÓN DE INTERACCIONES DE MEDICAMENTOS	522
214. SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA.	514	533. AMPLIANDO LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA: REVISIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN PACIENTES ANCIANOS EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO.....	523
88. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DE USO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.....	515	666. ANÁLISIS DE FÁRMACOS Y FACTORES DE RIESGO QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.....	524

817. ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	524	614. EL FARMACÉUTICO DE RESIDENCIAS Y LA REDUCCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS	532
1284. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	525	292. ESTIMACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. PROYECTO IMPACTO.....	533
612. ANÁLISIS DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.....	526	209. ESTUDIO DE PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.....	533
639. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS O CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	526	1243. EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA Y DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO	534
54. ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE PSIQUIATRICO CRONICO: DEFICIENCIA DE HORMONA DE CRECIMIENTO ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ARIPIRAZOL Y CLOZAPINA	527	761. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE INMUNOMODULADORES EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS 51 MESES DE IMPLANTACION.....	535
190. CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	528	762. FACTORES ASOCIADOS A CAÍDAS EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO	536
846. CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL	529	1002. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA TRAS EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ICTUS EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR SEGÚN LOS CRITERIOS CHA2DS2-VASC.....	537
453. CONCILIACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL INGRESO EN PACIENTES CRÓNICOS FRÁGILES. CUANTO ANTES MEJOR.....	529	605. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS AL INGRESO Y AL ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	537
1053. CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO AL USO RACIONAL DE LOS INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA Y LA MEMANTINA EN PACIENTES CON ALZHEIMER	530	855. PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR OSTEOPORÓTICA	538
286. DEFINICION DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	530	13. PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL.....	539
150. DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN FASE AVANZADA	531	767. RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA.....	539
1226. DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN UN MEDIO RESIDENCIAL GERIÁTRICO	532	200. RIESGO DE PROLONGACION DEL INTERVALO QT EN PACIENTES PSIQUIATRICOS ANCIANOS	540
		702. SEGUIMIENTO TERAPEÚTICO DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON DIMETILFUMARATO	541

1198. USO DE QUETIAPINA FUERA DE INDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS	541	326. EVALUACIÓN DEL USO DE PICIBANIL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUILOTÓRAX.....	550
541. VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE DESPRESCRIPCIÓN EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO	542	354. INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL ACLARAMIENTO DE LEVETIRACETAM EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	551
305. VALORACIÓN DEL POTENCIAL DE DESPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN CUATRO CENTROS SOCIO SANITARIOS	543	663. UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTI CMV INTRAVENOSA DURANTE EL EMBARAZO PARA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN MATERNO FETAL.....	551
CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA.....	544	CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO	552
798. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA EN PEDIATRIA (PROA-NEN).....	544	1084. ADECUACIÓN A LAS NUEVAS RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA ASOCIADA A NATALIZUMAB	552
850. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS EN PEDIATRIA.....	544	575. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES SEGÚN LOS CRITERIOS DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	553
825. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EXTERNO PEDIÁTRICO CON SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO TIPO FINLANDÉS Y EN TRATAMIENTO CON ALBÚMINA ENDOVENOSA DOMICILIARIA. «HOME DELIVERY»	545	650. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES MAYORES AL DOCUMENTO DE CONSENSO «PRÁCTICAS SEGURAS PARA EL USO DE OPIOIDES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO».....	554
132. DISEÑO DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN SISTEMAS DE INFUSIÓN CONTINUA EN LA UNIDAD DE CURAS INTENSIVAS PEDIÁTRICAS	546	90. ADECUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ORALES EN PACIENTES CON Sonda DE ALIMENTACIÓN.....	555
1220. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INTERFERON ALFA2B EN EL TRATAMIENTO DEL CRANEOFARINGIOMA.....	546	34. ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN DE REACTIVACIÓN DE LA HEPATITIS B SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB	555
1022. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE INFliximab INNOVADOR AL BIOSIMILAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN	547	167. ADMINISTRACIÓN Y EYUNAL DE MEDICAMENTOS: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS.....	556
403. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EMPLEO DE BUDESONIDA VISCOSA.....	548	636. ALERGIA A MEDICAMENTOS: COMPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN DIFERENTES BASES DE DATOS	557
494. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS.	549	407. ALERGIAS A MEDICAMENTOS: ANALISIS Y REGISTRO EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA.	558
1182. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL INFANTIL	549	521. AMPLIACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE AJUSTE DE FÁRMACOS POR INSUFICIENCIA RENAL.....	558

931. ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACION EN UNA UNIDAD MEDICA CON PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION EN FORMATO PAPEL	559	112. CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE MEDICAMENTOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO	568
669. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	562	952. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.....	569
472. ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD Y VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA TRAS EL CAMBIO DE TRASTUZUMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO	561	1305. CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO GENERAL HOSPITALARIO PARA LA ADECUADA MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS	569
337. ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS POR LINEZOLID ORAL.....	561	63. DEFICIENCIA DE SOMATOTROPINA ASOCIADA AL TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO CON ARIPIPAZOL O RISPERIDONA	570
145. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA ERA DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA LA HEPATITIS C.....	562	82. DESABASTECIMIENTO DE MODECATE®: CONSECUENCIAS EN UN CENTRO PSIQUIÁTRICO DE LARGA ESTANCIA.....	571
226. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN CIRUGÍA GENERAL	563	566. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA IDENTIFICAR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS.....	571
1171. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS RELACIONADAS CON EL RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT.....	563	174. EFECTOS ADVERSOS ASOCIADA AL USO DE FÁRMACOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS.....	572
1150. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LOS PROCESOS DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DURANTE EL AÑO 2015	564	708. EFECTOS ADVERSOS HEMORRÁGICOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA	573
1203. ANALISIS DE LOS ERRORES POTENCIALES DE UNA UNIDAD DE REENVASADO Y ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS	565	216. EL FARMACÉUTICO COMO MIEMBRO DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA: IMPORTANCIA DE LA CONCILIACIÓN.	573
600. ANÁLISIS DE POSIBLES PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE HIERRO SACAROSA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA DE PACIENTES INGRESADOS.....	565	1222. ENCUESTA A TRAVÉS DE TWITTER® SOBRE LA APARIENCIA DEL ENVASADO PRIMARIO DE CALCIFEDIOL SOLUCIÓN ORAL Y SU VÍA DE ADMINISTRACIÓN.....	574
237. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS.....	566	886. ENCUESTA SOBRE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR Sonda: BUSCANDO MEJORAR EN CUIDADOS INTENSIVOS.....	575
1286. APORTE FARMACOLÓGICO DE SODIO EN PACIENTES HIPERNATRÉMICOS	567	133. ERRORES DE CONCILIACIÓN ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INTEGRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	576
396. AVANZANDO EN LA SEGURIDAD DEL MANEJO DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS	567	64. ERRORES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN SEMANAL DE METOTREXATO ORAL	576

668. ESTRATEGIAS IMPLANTADAS PARA MINIMIZAR LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS ORALES EN EL SERVICIO DE FARMACIA.....	577	554. ICTUS ASOCIADO AL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO EN UN ÁREA DE SALUD.....	586
895. ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CRÍTICOS: ¿PONEMOS REMEDIO ANTES DE QUÉ APAREZCA?.....	578	915. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA MEDIANTE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS.....	586
679. ESTUDIO COMPARATIVO DE EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS CON UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD.....	578	658. IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO CON FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA EN PACIENTES AMBULATORIOS.....	587
758. ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS CON FUNCIÓN RENAL ALTERADA.....	579	37. IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF TREATMENT PROTOCOLS USING HIGH-ALERT MEDICATIONS IN CRITICALLY ILL PATIENTS.....	587
958. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL ENVASADO Y ETIQUETADO DE NUEVAS PRESENTACIONES DE MEDICAMENTOS ANTES DE SU ADQUISICIÓN.....	580	921. IMPACTO DEL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES VERSUS ANTAGONISTAS H-2 EN LA EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN.....	588
571. EVALUACIÓN DE LAS ALERTAS GENERADAS POR UN SISTEMA EXPERTO EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN EN ONCOHEMATOLOGÍA.....	580	578. IMPACTO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE NUEVAS MEDIDAS EN LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS.....	589
794. EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN: OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	581	25. IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA A PARTIR DE LA DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ERRORES DE MEDICACIÓN.....	589
746. EVALUACION DEL RIESGO DE CETOACIDOSIS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS CON UN INHIBIDOR DE SGLT2.....	582	452. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA ESTANDARIZADO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICAS.....	590
1144. FACTORES DE RIESGO Y PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES DADOS DE ALTA POR UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA.....	582	481. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA INTEGRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE POTASIO.....	591
411. FARMACOVIGILANCIA NUEVOS TRATAMIENTOS EN HEMATOLOGÍA: IBRUTINIB, IDELALISIB, ALEMTUZUMAB, OFATUMUMAB Y OBINITUZUMAB.....	583	1042. INCREMENTO EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA: IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.....	592
1152. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADO AL USO DE FOSFOMICINA INTRAVENOSA.....	584	115. INFLUENCIA DE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO SOBRE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS.....	592
1129. HIPOGLUCEMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON TIGECICLINA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	585	105. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD.....	593
997. HIPOPOTASEMIA ASOCIADA AL USO DE FOSFOMICINA INTRAVENOSA.....	585		

363. INTERACCIONES FARMACEUTICAS DETECTADAS EN LA VALIDACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS 594	23. REDUCCION DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS EN ANCIANOS DE UCI CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES 603
1033. INTERVECIONES FARMACEUTICAS EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN NEONATOLOGIA.....594	444. REENVASADO DE MEDICACION HOSPITALARIA 603
507. MEDICAMENTOS CON ALERTAS DE SEGURIDAD: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. 595	570. SEGUIMIENTO DE LA AFECTACIÓN HEMATOLÓGICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE LARGA DURACIÓN CON LINEZOLID.....604
882. MEDICAMENTOS ORALES DE ALTO RIESGO DISPONIBLES Y CONDICIONES DE MANIPULACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 596	462. SEGURIDAD EN TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON DISFAGIA.....605
873. MINIMIZANDO ERRORES EN NUTRICIÓN PARENTERAL.....597	486. TOCILIZUMAB INTRAVENOSO: AJUSTE DE DOSIS POR EFECTOS ADVERSOS.....605
473. NOTIFICACIONES AL SINASP ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL.....597	480. TOLERABILIDAD CUTÁNEA DE PEGINTERFERÓN BETA-1A SUBCUTÁNEO EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE.....606
297. OPTIMIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: ADAPTACIÓN A LA SITUACIÓN ACTUAL.....598	398. TOLERANCIA A NUEVOS TRATAMIENTOS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA 607
831. PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR FÁRMACOS.....599	238. TOLERANCIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO, TERIFLUNOMIDA Y ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE Y RECURRENTE.....608
361. PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: DETECCION Y PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN.....599	1067. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA SECUNDARIA A LINEZOLID 608
693. PRESCRIPCIÓN DE DIGOXINA EN EL PACIENTE ANCIANO 600	497. UTILIDAD DE LAS SEÑALES ALERTANTES DEL MODULO DE MEDICAMENTOS 609
146. PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE REVISIÓN DE CARROS.....601	240. UTILIDAD DE UN CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL 609
704. PROYECTO DE ADECUACION NUTRICIONAL Y FARMACOTERAPEUTICA EN FUNCION DEL RIESGO DE DISFAGIA EN PACIENTES CON DEMENCIA ATENDIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.....601	1154. UTILIZACIÓN DEL CMBD PARA LA DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS POR ANTICOAGULANTES.....610
584. REACCIONES ADVERSAS GRAVES ATRIBUIDAS A TERAPIAS BIOLOGICAS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES REUMATICAS 602	689. VACUNACIÓN EN PACIENTES QUE INICIAN TERAPIA BIOLÓGICA.....611
	861. VALIDACIÓN EN CIRUGÍA DE UN MÉTODO PARA NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ERRORES DE MEDICACIÓN 612

344. VARIABILIDAD EN EL REGISTRO DE ALERGIAS ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES	612

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS 613

1139. ADAPTACIÓN AL PROTOCOLO DE PROFIL AXIS QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO.	613
769. ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO INTRAVÍTREO CON AFLIBERCEPT Y RANIBIZUMAB COMO TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN OFTALMOLOGÍA	614
93. COMPARACIÓN INDIRECTA ENTRE PEGINTERFERÓN BETA-1A Y OTROS INTERFERONES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE. META-ANÁLISIS BASADO EN MODELOS BAYESIANOS.	615
1134. EFICACIA COMPARADA DE IXEKIZUMAB Y OTROS TRATAMIENTOS PARA PSORIASIS REFRACTARIA	615
775. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS MODERADA-SEVERA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS EN RED	616
469. EVALUACIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO DE FÁRMACOS CON NUEVA INDICACIÓN EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON ESMO MAGNITUDE OF CLINICAL BENEFIT SCALE Y ASCO FRAMEWORK FOR ASSESSING VALUE IN ANCE CARE	617
1216. FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO	617
460. INTENSIDAD DE DOSIS EN LOS TRATAMIENTOS DE LAS ALTERACIONES VISUALES RELACIONADAS CON DEGENERACIÓN O EDEMA MACULAR REALIZADOS CON AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB Y/O DEXAMETASONA	618

450. RECOMENDACIONES TEMPORALES DE USO DE MEDICAMENTOS EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS ELABORADAS POR EL «PROGRAMA DE ARMONIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA» DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT	619

800. TOPOLOGÍA Y CONSISTENCIA DE UN METAANÁLISIS EN RED PARA EVALUAR EFICACIA A CORTO PLAZO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS MODERADA-SEVERA	620

933. USO DE TERAPIAS MÁS EFICIENTES EN DIABETES A TRAVÉS DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL	620

667. UTILIZACIÓN FUERA DE INDICACIÓN DE MICOFENOLATO SÓDICO Y MICOFENOLATO MOFETILO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	621

171. ¿SE ADECUA EL USO DE ANTIFÚNGICOS A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?	621

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS 622

160. AMPLIANDO LA CARTERA DE SERVICIOS: FARMACÉUTICO EN URGENCIAS PARA OPTIMIZAR LA CONCILIACIÓN AL INGRESO	622

235. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	623

765. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	624

15. DIFERENCIAS EN LAS INTOXICACIONES POR FÁRMACOS SEGÚN LA INTENCIONALIDAD	624

241. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO ONDANSETRÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS	625

1113. ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MENORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	626

701. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA REDUCIR LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	626

553. ROTACIÓN EXTERNA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y ENTREVISTA CLÍNICA CON EL PACIENTE.....627

CLASIFICACIÓN: VIH 628

85. ANÁLISIS DE LA ALTERACIÓN DE PARÁMETROS DE FUNCIÓN RENAL EN EL USO DE DOLUTEGRAVIR.....628

729. ANALISIS DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH 629

948. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A DOLUTEGRAVIR-ABACAVIR-LAMIVUDINA EN RÉGIMEN DE COMPRIMIDO ÚNICO.....630

53. ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE VIH+ EN MANTENIMIENTO CON METADONA: MANEJO DE LAS INTERACCIONES FARMACOCINETICAS 630

139. CONTENIDO EN LACTOSA DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y PROPUESTAS PARA LOS PACIENTES ALÉRGICOS 631

1301. EFECTIVIDAD DE LA MONOTERAPIA CON DARUNAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES VIH-1 632

399. ESTUDIO DE LA CARGA VIRAL PLASMÁTICA EN PACIENTES A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA 632

671. ESTUDIO DE LAS VARIACIONES DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE CAMBIARON A DARUNAVIR/COBICISTAT 633

835. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN VIH EN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES.....634

770. EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL 2000 AL 2013 Y LA IMPORTANCIA DEL ABANDONO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON VIH.....634

1072. IMPACTO DE LA INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C CRÓNICA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....635

815. MODIFICACIÓN DEL RÉGIMEN ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C CRÓNICA Y COSTES ASOCIADOS 636

903. PERFIL METABÓLICO DE PACIENTES VIH POSITIVO TRAS EL CAMBIO DE TRATAMIENTO A DARUNAVIR POTENCIADO CON COBICISTAT 636

458. PREVALENCIA DE USO DE DROGAS RECREACIONALES Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....637

1063. PREVALENCIA Y PERFIL DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LAS DISTINTAS FAMILIAS DE ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON VIH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 638

197. PROYECTO CRONVIH: APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS A LA POBLACIÓN VIH/SIDA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.....639

372. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRATAMIENTOS CON BITERAPIA EN PACIENTES VIH. RESULTADOS A 24 Y 48 SEMANAS 639

345. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH MAYORES DE 65 AÑOS 640

131. UN AÑO CON ELVITEGRAVIR/COBI/EMTRICITABINA/TENOFOVIR 641

369. VARIACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES TRATADOS CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR 641

1193. VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICO GLOBAL TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES VIH+.....642

Congreso Nacional Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Gijón, del 4 al 7 de Octubre de 2016



COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES PÓSTER EN PAPEL

**COMUNICACIONES PÓSTER
EN FORMATO ELECTRÓNICO**



COMUNICACIONES ORALES



MEJORES COMUNICACIONES ORALES

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

962. CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN AL INGRESO EN UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN

AUTORES: Bilbao Gómez-Martino C, Santiago Pérez A, Borrego Hernández MI, Pacheco Ramos MP, Arenaza Peña A, Arias Fernández ML.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. c/ Profesor Martín Lagos, s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: Medir los indicadores de calidad de la prescripción dentro de un programa piloto de Conciliación de la Medicación(CM) por servicio médico para priorizar la intervención en un hospital de tercer nivel. Comparar estos indicadores según el origen de la prescripción (Urgencias/planta).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes que ingresaron más de 24 horas en Medicina Interna(MIN), Geriatria y Oncología Médica y participaron en el Programa de CM del Servicio de Farmacia durante un periodo de 5 meses (desarrollo secuencial).

Para conciliar la prescripción de ingreso, el farmacéutico obtuvo el tratamiento habitual comparando al menos dos fuentes de información (siendo una de Atención Primaria) y lo confirmó mediante entrevista clínica protocolizada con el paciente o cuidador. Se registró la procedencia de la prescripción: originada y conservada desde Urgencias (prescripción electrónica de campos libres) o prescrita de novo por el médico responsable de planta (prescripción electrónica asistida).

Se recogió el número de errores de conciliación(EC) al ingreso y se calcularon los indicadores de calidad propuestos en el Documento de Consenso en Terminología y Clasificación de CM de la SEFH.

Se analizaron resultados por Servicio y se comparó la procedencia de la prescripción mediante regresión logística con el programa SPSS® v.15.0.

RESULTADOS: Se conciliaron al ingreso 152 pacientes y 1843 líneas de medicación. La distribución fue: Medicina Interna 44,7%, Geriatria 36,8% y Oncología 18,4%.

El 44,7% de las prescripciones procedían de Urgencias (57,4% en MIN, 46,4% en Geriatria y 10,7% en Oncología). Se detectaron un total de 315 EC en 113 pacientes(74,3%).

El porcentaje de pacientes con al menos un EC fue 80,9% en MIN, 71,4% en Geriatria y 64,3% en Oncología. El porcentaje de medicamentos con EC fue 20,6% en MIN, 17,0% en Geriatria y 10,8% en Oncología. El ratio de EC por paciente con al menos un EC fue 2,85 en MIN, 2,82 en Geriatria y 2,5 en Oncología.

Según la procedencia de la prescripción, el porcentaje de casos con al menos un EC fue 80,9% en prescripciones de Urgencias frente al 69,1% en las de planta. El 22,3% de los medicamentos prescritos desde Urgencias tuvieron EC frente al 13,9% de planta. El ratio EC/paciente con EC fue 2,95 en Urgencias frente a 2,64 en planta. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas ($p=0,174$).

CONCLUSIONES: La prescripciones originadas en Urgencias presentan peores indicadores que las prescritas de novo en planta. Estas diferencias se consideran clínicamente relevantes dado el número de pacientes que ingresan a través de Urgencias y conservan su prescripción durante el primer día de ingreso en planta.

El servicio médico que presentó mejores indicadores fue Oncología y el que peores, Medicina Interna. Una posible justificación de estos resultados es la presencia de oncólogo de guardia junto a un estrecho seguimiento de los pacientes del Servicio, frente a la diversidad de integrantes y rotantes en los equipos de guardia de MIN y Geriatria, así como la tendencia de éstos a conservar la prescripción de Urgencias. Estos servicios deberán considerarse prioritarios para CM.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

493. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA Y DE LOS RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA DIRIGIDO A LA DISMINUCIÓN DE SANGRADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

AUTORES: de Lorenzo Pinto A, Bueno Zamora H, Herranz Alonso A, Cuadrado Rodríguez A, Rodríguez González CG, Sanjurjo Sáez M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/Doctor Esquerdo 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Las complicaciones hemorrágicas son las complicaciones no isquémicas más frecuentemente observadas en el manejo del síndrome coronario agudo (SCA) e influyen de manera decisiva en el pronóstico. Sin embargo, no sólo se relacionan con el pronóstico, sino que también suponen un aumento del gasto sanitario.

El objetivo del estudio fue analizar la eficiencia y los resultados en salud de un programa multidisciplinar dirigido a la reducción de sangrados mediante la optimización del empleo de fármacos antitrombóticos en pacientes con SCA. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio analítico, observacional, de cohortes, retrospectivo con evaluación pre-postintervención.

La primera cohorte fue analizada para detectar situaciones que fuesen corregibles y que estuviesen relacionadas con un aumento de hemorragias (PRE: enero-julio 2010). En segundo lugar, se implantó un bundle de intervenciones y, en tercer lugar, se analizó una segunda cohorte de pacientes para evaluar el impacto del bundle en la reducción de sangrados (POST: septiembre 2011-febrero 2012).

Para el análisis de la eficiencia, se tomaron en consideración, por un lado, los ahorros derivados de la prevención de sangrados en pacientes con SCA1 y, por el otro, los costes derivados de la implantación de las intervenciones.

Para el análisis de los resultados en salud, se comparó el porcentaje de sangrados y la tasa de reingresos a los 30 días de ambas cohortes. Este último dato fue proporcionado por el Servicio de Gestión Económica del hospital.

RESULTADOS: Se incluyeron 677 pacientes: 377 en PRE y 300 en POST. Las medidas de intervención consistieron en: 1) Reducir el porcentaje de sobredosificaciones con antitrombóticos: Dicho porcentaje se redujo un 66,3% (17,8% frente a 6,0%, $p < 0,001$).

2) Aumentar el empleo de fármacos con un perfil de seguridad más favorable: El porcentaje de pacientes tratados con fondaparinux fue mayor (2,4% frente a 50,7%; $p < 0,001$).

3) Reducir el empleo de combinaciones con un peor perfil de seguridad: Sólo un paciente recibió la combinación de bivalirudina y abciximab en POST ($p=0,016$).

4) Obligar a la medida del peso corporal: El porcentaje de pacientes pesados aumentó (67,4% frente a 88,7%; $p < 0,001$).

En POST, la probabilidad de desarrollar sangrados se redujo un 29,2% (31,6% frente a 22,4%, RR:0,62; IC95%:0,44-0,88). En PRE, se registraron 15 episodios de sangrados relacionados con una disminución de la hemoglobina $>3\text{g/dL}$ y un episodio de sangrado letal, mientras que en POST, 8 episodios estuvieron asociados con una reducción de la hemoglobina $>3\text{g/dL}$ y no se registró ninguna hemorragia letal.

Gracias a la implantación de las medidas de intervención, el coste anual evitado se estimó en 95.113,6€. En cuanto al retorno de la inversión, se calculó que por cada euro invertido se obtienen 10,1€ de ahorro en el primer año y 36,3€ en los siguientes. En relación a la tasa de reingresos, dicha tasa fue del 7,7% en PRE y del 5% en POST ($p=0,20$).

CONCLUSIONES: El programa multidisciplinar dirigido a la disminución de sangrados ha resultado ser eficiente y tiene potencial para reducir los reingresos de los pacientes con SCA.

1. Soldevila JG, et al. Pharmacoeconomics: Spanish Research Articles 2010;7(4):176-86. <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF03321486#page-1>

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

243. LOS POLIMORFISMOS FCGR2A H131R Y FCGR3A F158V Y LA RESISTENCIA A TRASTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO

AUTORES: Madrid Paredes A, González Chávez J, Martínez-Brocal Ogayar I, Cañadas Garre M.

Xanit Limonar. C/ Era número 6. Málaga. España

OBJETIVO: La citotoxicidad celular dependiente de anticuerpo (ADCC) es uno de los mecanismos de acción de trastuzumab. La ADCC en células inmunes, tales como macrófagos y células natural killer juega un papel importante en el efecto antitumoral de los anticuerpos IgG1. Se han identificado dos polimorfismos genéticos en los genes que codifican los receptores FCGR2A y FCGR3A (FCGR2A H131R y FCGR3A F158V), pero su influencia en la respuesta y la resistencia a trastuzumab sigue siendo controvertida.

El objetivo del estudio fue determinar si los polimorfismos FCGR2A H131R y FCGR3A F158V estaban relacionados 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, edad menarquia, nuliparidad, antecedentes de CM, afectación ganglionar, receptores estrogénicos y progestágenos, antígeno ki67, p53, estadio, tamaño, grado y tipo histológico del tumor y tratamientos prescritos.

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 tumoral embebido en parafina. La detección de los polimorfismos FCGR2A H131R y FCGR3A F158V se realizó mediante PCR tiempo real utilizando sondas TaqMan®. La resistencia a trastuzumab se consideró como la progresión en el primer año de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 85 pacientes. De las variables clínicas y socio-demográficas, sólo una mayor edad de la menarquia se asoció con resistencia a trastuzumab ($p = 0.02645$). En cuanto a la distribución alélica de FCGR2A H131R, 21 pacientes presentaron genotipo AA (21/85; 24.71%), 37 (37/85; 43.53%) AG y 27 (27/85; 31.76%) GG. Trece pacientes 13/85 (15.29%) presentaron genotipo GG de FCGR3A F158V, 36 (36/85; 42.35%) GT y 36 (36/85; 42.35%) TT. Todas las distribuciones estaban en equilibrio de Hardy-Weinberg y fueron similares a las descritas en el Proyecto Internacional HapMap.

Los polimorfismos FCGR2A H131R y FCGR3A F158V no resultaron asociados a la resistencia al tratamiento ($p=0.8009$ y $p=0.4453$), respectivamente.

CONCLUSIONES: Aunque una mayor edad de menarquia está asociada con mayor resistencia a trastuzumab, no se considera de importancia clínica. Los polimorfismos FCGR2A H131R y FCGR3A F158V no están asociados con resistencia a trastuzumab.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

18. PREDICTORES FARMACOGENÉTICOS DE RECIDIVA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE BASADO EN CAPECITABINA.

AUTORES: GARCÍA GONZÁLEZ X, GARCÍA GARCÍA MI, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, IGLESIAS PEINADO I, SANJURJO SÁEZ M, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: La identificación de pacientes con altas probabilidades de sufrir recidivas tras la terapia adyuvante basada en capecitabina en cáncer colorrectal podría ayudar a personalizar el tratamiento y elegir terapias alternativas. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de determinados polimorfismos en genes implicados en el transporte de fármacos sobre la supervivencia libre de enfermedad (SLE) de pacientes con cáncer colorrectal tratados con regímenes adyuvantes basados en capecitabina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo/retrospectivo y multicéntrico, en una cohorte de pacientes con cáncer colorrectal estadio II y III, que recibieron tratamiento adyuvante con esquemas quimioterápicos basados en capecitabina.

Se recogieron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad y con el tratamiento y se analizaron seis polimorfismos (rs1128503, rs2032582, rs1045642, rs4148551, rs3742106 y rs3805114) en tres genes que codifican proteínas transportadoras de fármacos: ABCB1, ABCC4 y ABCC5. Se analizó la asociación de los polimorfismos con la SLE mediante el método de Kaplan-Meier. A continuación se empleó el modelo de regresión de Cox para evaluar el efecto de los diferentes polimorfismos sobre la SLE, empleando el estadio tumoral, sexo y hospital como covariables.

RESULTADOS: Se incluyeron 137 pacientes procedentes de tres hospitales. 76,6% de los pacientes recibió la capecitabina combinada con oxaliplatino (régimen XELOX), y el 23.4% en monoterapia. La mediana de ciclos recibidos fue de 8 (rango 1-16). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 21 meses (rango 1-119). Durante el periodo de estudio recidivaron 35 pacientes (25.5%). Los pacientes con genotipo AA en ABCC4 rs4148551 presentaron una SLE a 12 meses del 83% frente al 93,5% en aquellos portadores de la variante GA/GC (HR=1,53 IC 95% 1,08-2,15 $p=0,017$). Los pacientes homocigotos AA en ABCC4 rs3742106 también presentaron una SLE significativamente menor que los pacientes CA/CC: SLE a 12 meses 84,3 vs 93,2% (HR=2,21 IC 95% 1,11-4,40 $p=0,024$). No se encontró relación estadísticamente significativa entre los polimorfismos estudiados en ABCB1 y ABCC5 y la SLE.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren que los SNPs ABCC4 rs4148551 y ABCC4 rs3742106 podrían servir como predictores farmacogenéticos del riesgo de recidiva tumoral en pacientes con cáncer colorrectal tratados con quimioterapia adyuvante basada en capecitabina. No obstante, se trata de resultados preliminares, que necesitarían validarse en cohortes más amplias y con mayor periodo de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

801. DOSE-BANDING EN LA PREPARACIÓN DE GANCICLOVIR INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: RODRÍGUEZ REYES M, CASTELLS LAO G, LÓPEZ CABEZAS C, CALVO CIDONCHA E, CREUS BARÓ N, CODINA JANÉ C.

HOSPITAL CLÍNICA I PROVINCIAL DE BARCELONA. C/ Villarroel, 170. Barcelona. España

OBJETIVOS: El dose-banding es un sistema de dosificación inicialmente aplicado en la quimioterapia, que estandariza las dosis de fármaco en rangos aceptando un porcentaje de variación máxima. Ganciclovir es candidato a ser preparado mediante este sistema, ya que se dosifica por peso, presenta una estabilidad físico-química larga y cuenta con la aprobación de los prescriptores.

Los objetivos del estudio son:

- Definir las dosis estandarizadas óptimas.
- Evaluar la seguridad del procedimiento para los pacientes que resultan sobredosificados.
- Valorar las implicaciones del sistema en la gestión de las preparaciones.

MÉTODO: -Se elaboró una hoja de cálculo relacionando el peso del paciente (rango:50-90Kg) y la función renal (CL-Cr>50ml/min, 25-49ml/min y

-Se analizaron los pacientes que recibieron ganciclovir durante 2015, registrando la concentración de hemoglobina y el número de leucocitos antes y después del tratamiento. Para comparar los resultados de ambas variables se realizó el test de Wilcoxon con el programa SPSS®22.

-Se trata de una preparación de riesgo medio que se elabora en Farmacia en cabina de bioseguridad en lotes de 10 unidades, siguiendo recomendaciones de la GBPP para preparaciones de stock. Se realizó validación microbiológica para alargar el plazo de validez a 30 días. Mensualmente se efectúa control microbiológico aleatorio de una muestra almacenada.

RESULTADOS: -El 70,7% de las dosis analizadas muestra una variación entre la dosis teórica y la estandarizada

-Se incluyeron 103 pacientes (64,1% varones, edad media 56±15años, peso medio 68±14kg, 17(16,5%) pacientes presentaron un filtrado glomerular

Recibieron una dosis igual o menor a la teórica 64(62,1%)pacientes. En este grupo, la hemoglobina inicial fue 92(RIQ:86,3-105,5)g/L y la final 91,5(RIQ:85,3-101,8)g/L. Los leucocitos iniciales fueron 6,6(RIQ:4,3-9,3)□109/L y los finales 5,9(RIQ:3,3-9,5)□109/L.

Los pacientes que recibieron una dosis superior a la teórica tuvieron una hemoglobina inicial y final de 94(RIQ:85,0-105,0)g/L y 92(RIQ:87,0-102,0)g/L respectivamente y un valor de leucocitos inicial y final de 5,5(RIQ:2,6-9,6)□109/L y 4,88(RIQ:2,7-6,5)□109/L respectivamente.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de los niveles de hemoglobina y leucocitos entre ambos subgrupos ($p > 0,05$).

-Durante el año 2015 se elaboraron 2606 preparaciones, de las que caducaron 15(0,55%). Los controles de esterilidad resultaron negativos en todos los casos.

CONCLUSIONES: La mayoría de las preparaciones (70,7%) presenta una variación entre la dosis teórica y la estandarizada

El sistema de dose-banding aplicado a ganciclovir permite gestionar más eficientemente el área de elaboración, sin poner en riesgo la seguridad del paciente. Tampoco presenta problemas de caducidad o contaminación de las preparaciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

963. OPTIMIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE ELABORACIÓN DE CÁPSULAS DE ETINILESTRADIOL DE MUY BAJO PESO

AUTORES: MERINO BOHORQUEZ V, CAMEAN FERNÁNDEZ M, MURILLO IZQUIERDO M, JIMENEZ GUERRERO L, CASTAÑEDA MACÍAS I, ÁVILA ÁLVAREZ JR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. Sevilla. España

OBJETIVOS: el etinilestradiol (EE) es un derivado del estradiol activo por vía oral, se utiliza en cáncer de próstata, cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas y en retraso puberal en muy bajas dosis. El objetivo es aplicar los criterios de la Real Farmacopea Española (RFE) en cuanto a uniformidad de contenido y de masa de etinilestradiol en cápsulas de 10 µg para validar el PNT de elaboración durante todo el proceso, según el concepto de calidad por diseño (QbD).

MATERIAL Y MÉTODOS: se utilizó un sistema HPLC para la cuantificación de etinilestradiol tras validación de la técnica según guías ICH y una balanza microanalítica. En la elaboración se parte de una primera dilución (premezcla) en la que se mezclan 0.1 g de EE, 0.1 g Riboflavina (Rbf) y 19.8 g de celulosa microcristalina (CM), en una segunda dilución (mezcla) se mezclan 0.2 g de la premezcla y 6.8 g de CM, esta última será la mezcla para encapsulación, mediante capsulador manual y barredor se introducen los 7 g en 100 cápsulas del nº 4 que debían tener una cantidad teórica de 10 µg por cápsula. En el proceso de mezclado se utilizan mortero y pistilo, el proceso dura 5 minutos. Los criterios de aceptación son los propuestos por el capítulo 2.9.40 □Uniformidad de las preparaciones unidosis□, que cumple si el contenido medio de EE está 90-115% y el valor de aceptación (VA)

RESULTADOS: la validación de la técnica fue satisfactoria en cuanto a linealidad ($R^2 > 0.998$), exactitud (98.5-101.5%), precisión intra e interdia (CV

CONCLUSIONES: Para cápsulas con principios activos en muy baja dosificación y alta potencia, deberían seguirse las directrices de la RFE y realizar un análisis por uniformidad de contenido.

- Se ha demostrado que en dosificaciones pequeñas añadir un exceso nos ayuda a cumplir con los atributos de calidad exigidos.
- En diseño y elaboración de medicamentos es necesario identificar puntos críticos para llegar a un óptimo control del proceso.
- Son necesarios más estudios que validen los Procedimientos Normalizados Trabajo de formulaciones que tengan un mayor impacto asistencial con el fin de cumplir con los atributos de calidad exigidos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

134. PROGRAMA DE GESTIÓN EFICIENTE DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS

AUTORES: Elberdín Pazos L, Martínez López LM, Fernández Torres R, Paradela De La Morena S, Fonseca Capdevila E, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: En el año 2013 se incorporó un farmacéutico a la consulta externa de terapias biológicas (TB) de Dermatología integrándose en el equipo multidisciplinar, con el fin de mejorar indicadores y permitir una detección precoz de pacientes candidatos a modificación del tratamiento. El objetivo de este estudio es describir la implantación y resultados de un programa de eficiencia terapéutica (ET) aplicado a la utilización de TB dermatología y estimar el volumen económico del coste evitado tras su implementación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del 100% pacientes con TB en Dermatología. Periodo de estudio: 12 meses(año 2015). Variables del estudio: indicadores formulados en el programa de ET. Fases del estudio:

1/Creación de grupo de trabajo entre los Servicios de Farmacia(SF) y Dermatología(SD) para la definición de indicadores consensuados orientados a la gestión eficiente de TB. Se definieron 3 indicadores:

-Indicador 1 (Ind1): Seguimiento de protocolo farmacoterapéutico establecido en el Hospital (porcentaje inicios/cambios de tratamiento ajustados al protocolo).

-Indicador 2 (Ind2): Porcentaje de pacientes con intensificación de posología (infiximab 5mg/Kg/6 semanas, ustekinumab c/8 semanas, adalimumab/semanal, etanercept/2 veces semana).

-Indicador 3 (Ind3): Porcentaje de pacientes en los que según los resultados terapéuticos obtenidos durante el seguimiento se realice alguna intervención eficiente sobre la prescripción: alargamiento intervalo posológico, suspensión de tratamiento, reducción de dosis o cambio a TB de menor coste.

2/Establecimiento de estándares para cada indicador tomando como referencia los valores alcanzados en 2013: Ind1-100%; Ind2≤5%; Ind3≥10%.

3/Estimación de la eficiencia económica de los indicadores en base al cálculo del coste evitado. Se consideró el coste de la TB sustituida, suspendida, así como la diferencia de costes de la reducción de dosis o alargamiento de intervalo, en base al tiempo restante desde el momento del cambio hasta la finalización del año 2015. Para el cálculo del coste de cada medicamento se utilizó el PVL después de aplicar los descuentos reglamentarios (IVA incluido).

4/Reuniones de seguimiento semestral entre SF, SD y Dirección Médica.

Estadística:Análisis descriptivo de variables (programa SPSS versión 19.0).

RESULTADOS: 186 pacientes (89-etanercept, 38-ustekinumab, 30-adalimumab, 29-infiximab).

Valores alcanzados para los indicadores:

-Ind1 (20 pacientes): 100%.

-Ind2: 1,08% (2 ustekinumab c/8 semanas).

-Ind3: 13,44%. Etanercept(2 pacientes): 1-suspensión temporal, 1-disminución de dosis (25 mg vs 35 mg c/semana); Ustekinumab(10 pacientes): 9-alargamiento intervalo posológico c/14-16 semanas, 1-disminución dosis (45 mg vs 90 mg en paciente peso>100 Kg) y alargamiento intervalo c/16 semanas; Adalimumab(1 paciente): 1-alargamiento de intervalo; Infiximab(11 pacientes): 1-suspensión temporal, 3- disminución dosis según resultados de monitorización farmacocinética, 6-inicios con infiximab biosimilar, 1-switch a infiximab biosimilar.

El coste evitado tras la implantación del programa de ET fue de 94.252€, siendo la distribución por medicamento: 7.861€, etanercept, 55.675€, ustekinumab, 910€, adalimumab, 29.806 infiximab (correspondiendo 13.521€, por utilización de infiximab biosimilar).

CONCLUSIONES: La creación de un equipo multidisciplinar tras la incorporación del farmacéutico en la consulta de TB en dermatología, permitió llevar a cabo la implantación de un programa estratégico que incrementó la eficiencia de las TB en este grupo de pacientes. El programa de EF presenta una importante repercusión económica en el gasto hospitalario.

717. MONITORIZACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON HEPATITIS C EN TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA Y RIBAVIRINA.

AUTORES: MOLINA CUADRADO E, CAÑIZARES PAZ S, NIETO GUINDO P, RUIZ GONZALEZ JM, FRANCO SANDAR B, SIERRA GARCIA F.

HOSPITAL DE TORRECÁRDENAS. PARAJE TORRECÁRDENAS S/N. Almería. España

OBJETIVO: La incidencia de anemia documentada (hemoglobina(Hb)

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo y prospectivo de pacientes tratados con rivabirina y AAD en 2015 en un hospital de tercer nivel. Las variables basales registradas fueron: edad, sexo, tratamiento, genotipo, grado fibrosis, RNA-VHC, paciente naive/pretratado, peso 75, filtración glomerular (CKD-EPI), plaquetas, albúmina, alanina aminotransferasa, Child-Pugh, duración 12vs24 semanas y Hb basal. Las variables de resultado fueron: Hb en semana 4,8,12,16,20, y 24, descenso medio de Hb y % de pacientes con Hb

RESULTADOS: 111 pacientes, 79,3% hombres, edad media 55,5 años IC95%(53,4-56,7). CKD-EPI 95.5ml/min (92,5-98,4), Fibroscan 18.8kpascales (16,8-20,7), Albúmina 4,1g/dl (4,0-4,2). Las tres combinaciones principales fueron: sofosbuvir/ledipasvir (37,8%), ombistavir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir (21,6%), sofosbuvir/daclatasvir (12,6%). Boceprevir y Telaprevir no se usaron. Los genotipos fueron: G1(71,2%), G2(1,8%), G3(14,4) y G4(12,6%). El 68.5% eran cirróticos. El 81,2% fueron tratados 12 semanas. Se produjo anemia en 19 pacientes (17.1%). La reducción media de Hb(mg/dl) fue de 2,8 IC95%(2,5-3). Las medias en las Hb basal y a las 4,8,12 semanas fueron: 14,9(14,6-15,2), 13,1(12,7-13,5), 12,7(12,3-13,1), 12,6(12,2-12,9) respectivamente $p < 0,001$, el análisis post hoc mostró que los niveles de Hb variaron significativamente de la semana 0 a la 4 $p < 0,001$ y de la 4 a la 8 $p < 0,001$ pero a partir de esta semana no hay diferencias significativas. Las variables que afectaron significativamente al descenso total de Hb fueron $\square$ descenso de hemoglobina semana 0-4 $\square$ $R^2=0,6$ y $\square$ CKD-EPI $\square$ $R^2=0,1$. El modelo predijo el 61% del descenso. Las variables que significativamente predicen el riesgo de anemia fueron: $\square$ sexo $\square$ odd-ratio 3,73 IC95%(1,23-10,8), $\square$ duración 12vs24 $\square$ 3,25(1,09-9,7), $\square$ edad>60 $\square$ 3,21(1,1-9,2), $\square$ Descenso Hb>2,5 en semana 4 $\square$ 3,75(1,3-10,5), $\square$ Hb basal

CONCLUSIONES: 1.-Ribavirina en el contexto de tratamientos sin interferón, boceprevir ni teleprevir y con duraciones inferiores tiene menos incidencia de anemia. 2.-El mayor predictor de bajada total de Hb es la bajada producida en semana 0-4 por tanto es la variable más importante a monitorizar intratratamiento. 3.-Los dos principales predictores pretratamiento de anemia son $\square$ Hb basal

313. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE NUTRICIÓN PARENTERAL CON FORMULACIÓN LIPÍDICA MIXTA CONTENIENDO ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN PACIENTE NEONATO PREMATURO

AUTORES: PELLICER FRANCO C, LUMBRERAS LACARRA B, MATEO CARMONA J, RUBIA NIETO ADL.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena s/n. Murcia. España

OBJETIVO: Los lípidos omega-3 en su uso en la nutrición parenteral (NP) aportan ventajas a nivel de seguridad y eficacia clínica, pero aún existe controversia sobre cuál sería la formulación óptima capaz de aportar mayor beneficio clínico y menor frecuencia de complicaciones. Muchas de estas ventajas han sido bien establecidas en el adulto pero no así en el recién nacido pretérmino.

El objetivo es comparar dos formulaciones lipídicas: LCT/MCT y LCT/MCT/omega-3 y ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) (SMOF) en la NP del recién nacido pretérmino en efectividad y seguridad.

MATERIAL Y METODOS: Estudio analítico observacional, de cohortes, retrospectivo. Se incluyeron todos los neonatos pretérmino (menos de 37 semanas de gestación (SG)) ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva Neonatal (UCI-NEO), que recibieron NP en los años 2012 y 2014. Se excluyeron los pacientes con administración de NP menor a 7 días, y así tener una duración mínima para observar efectos adversos hepáticos.

Se consideraron dos fuentes de datos: programa informático de elaboración de NP (Medical-One®) e informes de Alta de UCI-NEO (Selene®).

Como variables poblacionales se obtuvieron: sexo, SG y duración NP. Variables de efectividad: mortalidad y estancia hospitalaria durante su ingreso en la unidad de UCI-NEO, diagnóstico de broncodisplasia pulmonar, días con ventilación mecánica y diagnóstico de sepsis nosocomial. Variable de seguridad: diagnóstico de colestasis debido a NP. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.

RESULTADOS: Se recogieron 134 pacientes, el 53,7% fueron varones, con una media de SG de 28 semanas (26-30) y duración media de la NP de 14 días (10-22). A 60 pacientes (44,7%) se les administró la NP con lípidos LCT/MCT y

74 (55,2%) la mezcla SMOF. En el análisis estadístico no se encontraron diferencias entre las variables demográficas de ambas cohortes.

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa en las variables a estudio entre las dos cohortes a excepción de prevalencia de colestasis: la mortalidad total fue de 22 pacientes (16.4%) correspondiendo 14 a la cohorte SMOF (18.9%, $P=0.617$). Un total de 50 pacientes obtuvieron el diagnóstico de broncodisplasia (37,5%) repartiéndose 25 en cada cohorte ($p=0.1$). La media de días de ventilación mecánica fue de 52.3 con LCT/MCT y 43 días con SMOF ($p=0.083$). Sufrieron sepsis nosocomial 51 neonatos (38%), administrándose a 26 de ellos SMOF (35.1%, $p=0.437$). Desarrollaron colestasis 11 pacientes en total (8.2%) correspondiendo el mayor número a los tratados con SMOF (7 pacientes, 9.5%, $p=0.003$)

CONCLUSIONES: A pesar de que las cohortes son comparables, nuestro estudio no mostró relación estadísticamente significativa entre la exposición a omega-3 y las variables de mortalidad, estancia hospitalaria, broncodisplasia pulmonar, días de ventilación mecánica y sepsis nosocomial. En el caso de frecuencia de episodio de colestasis, la relación es favorable al grupo no expuesto a w3.

Al igual que en la bibliografía existente, no ha podido demostrarse que la presencia de omega-3 pueda variar el curso clínico de la enfermedad del paciente al mejorar los índices de mortalidad o estancia hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

710. BEVACIZUMAB PUEDE SER INFUNDIDO CON SEGURIDAD A UNA VELOCIDAD DE 0,5 MG/KG/ MIN DESDE LA PRIMERA DOSIS.

AUTORES: GARCÍA GIL S, GONZALEZ GARCIA J, GONZALEZ DE LA FUENTE G, NAZCO CASARIEGO GJ, VIÑA ROMERO MM, GUTIERREZ NICOLAS F.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. Carretera de Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Desde el desarrollo del bevacizumab se recomendó, con el fin de minimizar las reacciones infusionales de hipersensibilidad, administrar en una primera dosis en 90 minutos, la segunda en 60 minutos y de la tercera en adelante en 30 minutos. Sin embargo, Diane et al, demostraron que la administración de bevacizumab a una velocidad de 0.5 mg/kg/min era segura desde la primera infusión. El objetivo del presente estudio ha consistido en calcular el tiempo ahorrado en un hospital de día de oncología (HDO) empleando el bevacizumab en todas las administraciones a una velocidad de 0,5 mg/kg/min, así como las reacciones infusionales derivadas de la administración del fármaco en estas condiciones de uso. Como objetivo secundario se estimó el potencial ahorro económico que esta media ha supuesto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico de 18 meses de duración (1 de octubre de 2014-1 de abril de 2016), en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron tratamiento con bevacizumab, en sus diferentes indicaciones. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes fueron obtenidos a partir del aplicativo informático SAP®.

Las nuevas velocidades de infusión para todos los pacientes fue a 0,5 mg/kg/min: para dosis de 5 mg/kg (10 min); 7.5 mg/kg (15 min); 10 mg/kg (20 min) y 15 mg/kg (30 min), desde la primera administración. A partir de estos tiempos, y por diferencia con las pautas estándar de 90-60-30 min para la primera, segunda y sucesivas respectivamente, se estimó la reducción de tiempo.

El coste de una estancia en HDO (según BOC de 2013) es de 273 €.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 73 pacientes que recibieron con 712 dosis de bevacizumab. En ninguno de los pacientes se emplearon velocidades iniciales de infusión de 90 y 60 minutos. De estos pacientes: 24 recibieron una dosis de 5 mg/kg (con un total de 221 administraciones); 4 una dosis de 7,5 mg/kg (43 administraciones), 36 una dosis de 10 mg/kg (329 administraciones) y 9 una dosis de 15 mg/kg con un total de 120 infusiones. Esto supuso un ahorro en tiempo de 14.980 minutos. El tiempo medio de cada estancia en HDO para la administración del tratamiento antineoplásico fue de 2,53 horas, por tanto, el ahorro estimado en número de estancias fue de 98.6, lo que supone un ahorro económico de unos 26.940,3€.

Durante los 18 meses de estudio no se registraron reacciones adversas infusionales de gravedad.

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo hemos querido mostrar una medida para mejorar la eficiencia en la gestión de los HDO, aumentando la velocidad de infusión del bevacizumab. Este tipo de medidas no solo proporciona un ahorro económico, sino que además aportan un beneficio, no cuantificable, sobre la calidad de vida de los pacientes por un menor tiempo de infusión de los tratamientos, sin poner en riesgo la seguridad de los mismos.

118. EPIRRUBICINA, OXALIPLATINO Y CAPECITABINA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO AGAMENON

AUTORES: ALVAREZ MANCEÑO FJ, RODRIGUEZ PALOMO A, ZAPICO GARCIA I, SANCHEZ BAYONA R, SALA ELA-
RRE P, CERDÁ SERDÁ P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avda. de Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Conocer el uso, efectividad y tolerabilidad del triplete epirrubicina, oxaplatino y capecitabina (EOX) y de cada uno de los fármacos en cáncer gástrico avanzado en la práctica clínica.

MÉTODO: Los datos se obtuvieron de un registro nacional (28 hospitales) que recoge pacientes con adenocarcinoma de esófago distal y estómago avanzado o localmente avanzado irreseccable, tratados con poliquimioterapia en primera línea entre 2008 y la actualidad. Se seleccionaron aquéllos que hubieran recibido tratamiento en primera línea con el esquema EOX (estudio fase III REAL2): epirrubicina 50 mg/m² iv día 1, oxaliplatino 130 mg/m² iv día 1 y capecitabina 750 mg/m²/12h vo diario cada 3 semanas.

Para analizar la respuesta del tumor se utilizó la clasificación Response Evaluation Criteria In Solid Tumours versión 1.1, evaluando las lesiones mediante tomografía computerizada, cada 3 meses, hasta progresión. Se emplearon también como variables de resultado la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG).

La toxicidad del esquema se valoró según la escala National Cancer Institute Common Toxicity Criteria versión 3.0, considerándose, en cada paciente y tipo de toxicidad, la más grave durante todo el tiempo de tratamiento.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, empleando medidas de centralización y dispersión para las variables cuantitativas y medida de frecuencias para las cualitativas. El análisis de la SLP Y SG se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. El programa Oncofarm fue empleado para obtener información del tratamiento quimioterápico.

RESULTADOS: De los 1083 pacientes registrados, el 22,5% (n=224) se trataron con EOX, siendo éste el esquema más frecuentemente elegido en primera línea, seguido de cisplatino-capecitabina y oxaliplatino-capecitabina. El 61% de los 28 hospitales tenían, al menos, un paciente tratado con EOX.

La mediana de intensidad de dosis recibida fue de un 94% (rango: 14-50 mg/m²), 93% (rango: 85-130 mg/m²) y 80% (rango: 312-750 mg/m²/12 horas) para epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina, respectivamente.

La mediana de ciclos del esquema EOX recibidos fueron 6. Los días de tratamiento fueron: 119, 129 y 159 para epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina, respectivamente.

En la mayoría de pacientes (52%) el tratamiento se discontinuó por progresión de la enfermedad. La toxicidad por epirrubicina fue motivo de interrupción del tratamiento en un 19,0% de los casos, en un 15,9% estuvo asociada a oxaliplatino y en un 12,6% a capecitabina.

La mediana de SLP y SG fueron 6,9 (IC95%: 6,03-7,5) y 10,7 meses (IC95%: 9,37-12,63), respectivamente y la tasa de respuesta del 56%.

Las toxicidades grado 3-4 más frecuentemente registradas fueron de tipo hematológico: neutropenia (31%), neutropenia febril (10%) y anemia (7%). Un 26,2% recibió factor estimulante de colonias granulocíticas como profilaxis de neutropenia.

Las toxicidades grado 1-2 más frecuentes fueron: neuropatía (73%), astenia (65%), alopecia (53%), náuseas (61%), diarrea (37%), vómitos (32%), mucositis (32%).

CONCLUSIONES: En este registro, basado en práctica clínica y con pacientes no seleccionados, el esquema EOX demostró una efectividad, en términos de respuesta tumoral y supervivencia, similar a la referida en los ensayos clínicos fase III de cáncer gástrico avanzado con diferentes esquemas de poliquimioterapia. La toxicidad más grave registrada fue la neutropenia, y la más frecuente, la neuropatía. La antraciclina, epirrubicina, fue el fármaco relacionado con mayor frecuencia de reducción de dosis y de discontinuación debido a su toxicidad.

128. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE 5-FLUOROURACILO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO.

AUTORES: Egüés Lugea A, Aldaz Pastor A, Alzueta Istúriz N, Marin Marin M, Bermejo Bravo A.

Clinica Universidad de Navarra. Av. Pio XII 36. Navarra. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la monitorización farmacocinética de 5-Fluorouracilo (5-FU), en términos de eficacia y seguridad, en pacientes con cáncer de páncreas metastásico (mCP) que reciben una primera línea de tratamiento con esquema mFOLFIRINOX (oxaliplatino 85mg/m² + irinotecan 150mg/m² + 5-FU 3200mg/m²), administrado en perfusión continua de 46 horas. La intervención terapéutica basada en datos objetivos (farmacocinética) resulta cla-

ve en este escenario, dada la agresividad del esquema de quimioterapia y la necesidad de consecución del objetivo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, abierto que incluyó pacientes con mCP que recibieron tratamiento en primera línea con mFOLFIRINOX entre Diciembre de 2010 y Septiembre de 2012. El periodo de seguimiento se prolongó hasta Septiembre de 2015. La dosis de 5-FU se individualizó de acuerdo a datos farmacocinéticos estimados por metodología bayesiana en base a un modelo poblacional desarrollado y validado en la unidad de farmacocinética clínica del hospital. La diana terapéutica es un área bajo la curva concentración plasmática-tiempo (ABC), entre 25-30 mcg*h/mL. La evaluación de toxicidad se realizó de acuerdo a los criterios comunes de toxicidad del INE v.3.0. Las variables de evaluación de la respuesta al tratamiento fueron supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

RESULTADOS: Se incluyeron 29 pacientes con mCPA (18 mujeres y 11 hombres). La media de edad fue $61,06 \pm 8,28$ años (rango 42-76 años). De los 29 pacientes, 11 (37,93%) habían recibido tratamiento previamente, 6 de ellos con quimioterapia (QMT) y 5 con quimio-radioterapia (QM-RDT). Tras el 1º ciclo de QMT, el 65,5% de los pacientes necesitaron ajuste en la dosis de 5-FU, siendo necesario, en el 68% de los casos, aumentar la dosis de la fluoropirimidina. La mediana de aumento de dosis por ciclo fue de 500mg (300-850mg), que supone una variación media intercíclica del 18,5% (13,2-22,4%). La mediana de SG alcanzada fue de 14,2 meses (IC95% 11,77-16,86 meses) con una SLP de 7,34 meses (IC95% 6,1-9,03 meses). Los efectos adversos más frecuentes fueron neutropenia grado III-IV (21%) y astenia (17,8%).

CONCLUSIÓN: La estrategia actual de dosificación de 5-FU en base a datos de superficie corporal, en el esquema FOLFIRINOX en el tratamiento del cáncer de páncreas metastásico, conduce en más de un 44% de los casos a exposiciones subóptimas. El empleo de la monitorización farmacocinética de 5-FU permite ampliar de forma significativa el número de pacientes que alcanzan un ABC en rango terapéutico, y por tanto, incrementa la probabilidad de obtener beneficio clínico a la par que reduce la incidencia de efectos adversos asociados al tratamiento

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

537. ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA DESPRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN DEMENCIA

AUTORES: FERNANDEZ VILLALBA EM, ITURGOYEN FUENTES DP, PERIS MARTÍ JF, MARTÍNEZ ANTQUERQ P, MORENO MIRALLES A, ORTIZ DE URBINA SANDOMINGO V.

CENTRO SOCIOSANITARIO RPMD LA CAÑADA. Calle 561, s/n. Valencia. España

OBJETIVO: Describir un programa de valoración interdisciplinar para la desprescripción de antidepresivos en pacientes ancianos con demencia moderadamente-grave o grave (DMMGoG) y evaluar los resultados de su aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo en pacientes ≥ 65 años, con DMMGoG (Global Deterioration Scale-Reisberg (GDS-R) 6 y 7 respectivamente), en tratamiento farmacológico para la depresión. Se excluyeron los casos en los que los fármacos antidepresivos (AD) fueron utilizados para una indicación diferente.

Con los criterios anteriores, el equipo asistencial de cada centro (médico, psicólogo, enfermería y farmacéutico) seleccionó a los pacientes en los que iniciar el proceso de desprescripción de antidepresivos, estructurándose como sigue:

- Se diseñó una pauta individualizada de retirada para cada paciente según el tipo y dosis de AD, con la finalidad de minimizar un posible síndrome de retirada.
- Se realizó una valoración de la sintomatología depresiva previa a la retirada y 3 meses después de la misma, utilizando la escala validada de Cornell.
- El personal de enfermería valoró la presencia de una batería definida de síntomas de retirada a la semana de la suspensión del AD.
- Se realizó un seguimiento del tratamiento farmacológico (□rescate□) potencialmente relacionado con esta desprescripción (ansiolíticos, hipnóticos o sedantes, antipsicóticos, antidepresivos) entre el inicio del proceso de retirada y tres meses después de la misma.
- Transcurridos 3 meses desde la retirada, se realizó una valoración interdisciplinar global del resultado en cada paciente (VG), calificándose como adecuada / inadecuada.

RESULTADOS: El programa se aplicó en dos centros sociosanitarios, 172 pacientes, 40% con AD y demencia. Se incluyeron 9 pacientes (78% mujeres), mediana de 87 años (70 a 98), 67% GDS-R=6, 33% GDS-R=7. La distribución por AD fue: 4-Sertralina, 1-Paroxetina, 1-Fluoxetina, 1-Escitalopram, 2-Mirtazapina. La pauta de retirada fue directa (n=2 pacientes), en 3 semanas (n=4) ó en 6 semanas (n=3) según dosis y principio activo. El promedio de duración del AD había sido de 24 meses (11 a 108). A la semana, enfermería detectó en 6 pacientes la presencia de algún síntoma de retirada, valorándose como clínicamente no significativos. Dos pacientes fallecieron por causas ajenas. A los 3 meses de la retirada, se objetivó un mantenimiento o mejoría en la sintomatología depresiva en 5 de 7 pa-

cientes según escala Cornell. En uno de los dos pacientes, el empeoramiento en la sintomatología se produjo en el contexto de una fractura de cadera pero no se consideró necesario modificar el tratamiento. Solamente en un caso la VG resultó -inadecuada- pero no supuso la reintroducción del AD controlándose con un incremento de dosis de trazodona que ya recibía (único caso en que se utilizó medicación de rescate a las 10 semanas de la retirada).

CONCLUSIONES: Este programa interdisciplinar logra la implicación de todo el equipo encargado del cuidado del paciente y resulta en una adecuada desprescripción de antidepresivos en pacientes con DMMGoG.

La dificultad de la valoración afectiva en los pacientes con demencia avanzada orienta hacia la utilización de herramientas centradas en la valoración de síntomas neuropsiquiátricos (NPI) como mejora del programa.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1109. ESTUDIO DE FIABILIDAD EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE DESPREScripción LESSCHRON

AUTORES: RODRÍGUEZ PÉREZ A, ALFARO LARA ER, SIERRA TORRES MI, VILLANUEVA BUENO C, NIETO MARTIN MD, SANTOS RAMOS B.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. Avda Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Validar los criterios LESSCHRON mediante el análisis de la concordancia entre un internista y un farmacéutico en su aplicación mediante un estudio de fiabilidad interobservador e intraobservador.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas. Se seleccionó un médico internista y un farmacéutico hospitalario que aplicaran los criterios. Se localizaron pacientes con algún informe de alta de medicina interna entre el 1/10/2014 y 31/3/2015, mayores de 80 años, con un diagnóstico de las patologías que aparecen en la herramienta como posibles indicaciones de los fármacos que constituyen los ítems. Se incluyeron los pacientes: vivos en el momento del estudio, con medicación activa en la tarjeta sanitaria y en los que el diagnóstico de la patología de interés fuese anterior al ingreso. Se calculó el tamaño muestral para alcanzar un kappa significativo, de un valor de al menos 0,6, en un test de dos colas con una potencia del 90%. Sobre esta cohorte de pacientes se seleccionó una muestra representativa para el análisis intraobservador en la que ambos observadores volvieron a aplicar la herramienta tras un período de dos meses.

Se calculó el índice kappa (k) y la proporción de coincidencias (PC) entre los observadores; global y para cada uno de los 27 ítems de la herramienta. Se realizó un análisis del grado de concordancia según el grupo farmacoterapéutico del fármaco a desprescribir.

Para los cálculos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.0®.

RESULTADOS: La búsqueda devolvió 623 historias de pacientes y, tras eliminar duplicados y aplicar criterios de inclusión, se seleccionaron aleatoriamente 50 pacientes, tamaño muestral necesario. Presentaban edad media de 86 años, 20 eran hombres, con una mediana de 10 [1-25] fármacos activos en la tarjeta sanitaria.

En el análisis interobservador, el k global fue de 0,46 [0,36-0,55] y PC del 92%.

Seis de los 27 ítems no se consideraron aplicables porque no se encontraban prescritos en ningún paciente (acarbosa, citicolina) o porque no se cumplían condiciones de desprescripción en ninguno de ellos (anticolinérgicos para incontinencia urinaria con absorbentes o en tratamiento con anticolinestérgicos y empeoramiento de demencia; más de 5 años de bifosfonatos para prevención primaria; anticolinesterásicos en combinación con memantina para el Alzheimer).

Para el análisis intraobservador se seleccionaron aleatoriamente 15 pacientes de los anteriores. Internista y farmacéutico presentaron una PC del 94% y 93% y k global de 0,65 [0,57-0,78] y 0,59 [0,49-0,74], respectivamente.

Los ítems con menor PC ($\leq 90\%$) fueron los referidos al sistema cardiovascular (antihipertensivos, estatinas, nimodipino), sangre y órganos hematopoyéticos (anticoagulantes orales, ácido acetilsalicílico y clopidogrel) y sistema nervioso (benzodiazepinas, antidepresivos, antipsicóticos, anticolinesterásicos). Las causas probables de menor concordancia se relacionan con la limitación por tratarse de un estudio retrospectivo: imposibilidad de valoración subjetiva necesaria para el análisis de algunos escenarios y falta de información para el cálculo de escalas (Pfeiffer, Profund, Barthel) requeridas.

CONCLUSIONES: Los criterios LESSCHRON han demostrado consistencia en su aplicación por parte de dos profesionales implicados en el cuidado de los pacientes crónicos tanto en un análisis interobservador como intraobservador. Es necesaria su validación mediante un ensayo clínico.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

446. IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE PRESCRIPCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: SOLÀ BONADA N, GONZALEZ BUENO J, SEVILLA SANCHEZ D, MOLIST BRUNET N, ESPAULELLA PANICOT J, CODINA JANÉ C.

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC. Francesc Plà El Vigueta, 1. Barcelona. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: El entorno sociosanitario se caracteriza por la elevada prevalencia de pacientes de edad avanzada con multimorbilidad, deterioro funcional y cognitivo. Esto condiciona una farmacoterapia de alta complejidad y una mayor incidencia de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI). La implantación del Modelo de Prescripción Centrada en la Persona (Modelo PCP) aplicado por un equipo multidisciplinar permite adecuar la farmacoterapia a la frágil situación de los pacientes institucionalizados.

Formulación y diseño: Estudio pre-post en dos residencias sociosanitarias (260 camas), con el objetivo principal de abordar la PPI en los pacientes institucionalizados mediante la implantación del Modelo PCP.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Determinar la tasa de polifarmacia (≥ 5 fármacos) y polifarmacia excesiva (≥ 10 fármacos)
- Caracterizar la farmacoterapia de los pacientes institucionalizados según el objetivo terapéutico de los medicamentos: preventivo/etiológico/sintomático.

□- Determinar el número y naturaleza de intervenciones propuestas e implementadas (optimización de pauta/ cambio de dosis/ retirada).

EJECUCIÓN: Un equipo multidisciplinar integrado por geriatras, farmacéuticos especialistas y enfermeras revisó mediante sesiones semanales la farmacoterapia de los pacientes. El Modelo PCP permite evaluar su farmacoterapia de forma integral, adecuando el plan farmacológico al objetivo terapéutico establecido para los pacientes, siguiendo tres etapas:

1. Valoración centrada en el paciente: Establecimiento del objetivo terapéutico del paciente: prolongación de la supervivencia, mantenimiento de la funcionalidad y/o control sintomático.

2. Valoración centrada en el diagnóstico: Asociación de los problemas de salud del paciente con cada uno de los fármacos prescritos, valorando la aplicabilidad de guías de práctica clínica.

3. Valoración centrada en el fármaco: Discusión sobre la conveniencia de los fármacos prescritos según su balance beneficio-riesgo, con especial atención a los medicamentos de alto riesgo en geriatría.

EVOLUCIÓN: Durante el periodo 07/2015-04/2016 se revisó la farmacoterapia de los pacientes institucionalizados mediante la metodología PCP.

RESULTADOS Y EFECTOS: Se aplicó el Modelo en 170 pacientes, el 68,8% mujeres, con 84,6 años (DE:8,1), mediana de índice de Barthel de 20 (RIQ:10-49). El 63,5% de los pacientes estaban en situación de final de vida (positivos para el test NECPAL).

La media de fármacos prescritos por paciente fue de 9,4 (DE:4,0) (excluidos fármacos a demanda). El 88,9% de los pacientes presentó polifarmacia de los cuales el 47,1% polifarmacia excesiva. El 17% de los fármacos tenían un objetivo terapéutico preventivo, el 27% etiológico y el 57% sintomático.

La aplicación del Modelo PCP permitió detectar PPI en el 74% de los pacientes evaluados con una media de 1,7 PPI/paciente (DE:1,5). El 54% de los PPI estaban relacionados con fármacos preventivos.

Se propusieron intervenciones en el 96,5% de los pacientes con una media de 3,3 intervenciones por paciente (DE:2,0): 54,4% retirada, 29% optimización de pauta, 11,3% cambio de dosis, 5,3% pauta opcional.

Se implantaron intervenciones en el 75,4% de los pacientes con una media de 1,6 propuestas/paciente (DE:1,5): 48,9% retiradas, 28,2% cambio de dosis, 12,1% cambio de medicamento, 9,5% pauta opcional, 0,4% medicamento añadido.

Los pacientes institucionalizados se caracterizan por su marcada fragilidad y polifarmacia. La aplicación del Modelo PCP en esta población permite detectar una alta prevalencia de PPI así como un alto grado de implementación de intervenciones de adecuación de la farmacoterapia a los objetivos terapéuticos del paciente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1137. VALIDACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA SEFH EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS INGRESADOS EN UN HACLE

AUTORES: RUIZ MILLO O, GÓMEZ ÁLVAREZ S, GALBIS BERNÁCER AM, CLIMENTE MARTÍ M, NAVARRO SANZ JR. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. Avda. Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVOS: Validar el -modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos de la sociedad española de farmacia hospitalaria (SEFH) (modSEFH)- en pacientes mayores polimedicados ingresados en un hospital de atención a crónicos y media-larga estancia (HACLE), así como estudiar su asociación con la aparición de problemas relacionados con medicación (PRMs).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de intervención longitudinal prospectivo, de 10 meses de duración (Octubre/2013-Julio/2014) con seguimiento hasta Enero/2016, realizado en Área Médica Integral de un HACLE. Se incluyeron pa-

cientes mayores (≥ 70 años), polimedicados (≥ 5 medicamentos prescritos) que no estuvieran en situación terminal reclutados en un «programa interdisciplinar de mejora de la calidad de la farmacoterapia y la seguridad» (PICS). En el PICS, el farmacéutico participó en el seguimiento farmacoterapéutico-clínico desde el ingreso (conciliación, plan de optimización farmacoterapéutica) hasta el alta (conciliación, entrevista con paciente y/o cuidador principal, encuesta de satisfacción) registrándose los PRMs detectados (número y tipo: indicación/efectividad/seguridad/adherencia).

Se recogieron variables demográficas y relacionadas con: 1) Clínica: diagnóstico principal, enfermedades crónicas, pluripatología, problemas físicos, índices(i.) Charlson y Barthel, mortalidad intra-/extrahospitalaria a 6 y 12 meses. 2) Tratamiento al ingreso: medicamentos con actividad anticolinérgica (puntuación según Salahudeen(2015)), sedante (antidepresivos, antipsicóticos y/o opiáceos) e inadecuados(criterios STOPP/START). 3) ModSEFH: estratificación en cuatro niveles de riesgo: nivel 1: ≥ 14 puntos, nivel 2a: ≥ 8 puntos, nivel 2b: ≥ 6 puntos y nivel 3:resto(máximo:38 puntos). Análisis estadístico(SPSSv.15.0®): Variables categóricas: frecuencias(%), cuantitativas: media($\pm$ DE) o mediana[RIQ] según normalidad(prueba de Kolmogorov-Smirnov). Asociación medicamentos-PRMs/paciente: regresión lineal. Asociación nivel de riesgo-PRMs/paciente: prueba no paramétrica de tendencia de Jonckheere-Terpstra.(Significativo: $p < 0,05$).

RESULTADOS: Se incluyeron 85 pacientes de edad media $81,7 \pm 6,2$ años, 52,9% mujeres, 56,5% en convalecencia y 31,8% paliativos al ingreso, con 2[1-3] ingresos en último año y estancia mediana de 34[17-74] días.

Diagnóstico principal fue cáncer(30,6%) e ictus(15,3%). Enfermedades crónicas más prevalentes fueron hipertensión(81,2%), nefropatía moderada-grave(56,6%) y demencia(49,4%), siendo el 85,9% pacientes pluripatológicos con mediana de 2[2-3] patologías. Al ingreso, 87,1% presentaban síndrome de inmovilidad, 62,4% úlceras por presión, 60,0% disfagia y 58,8% desnutrición. i.Charlson medio 5[3-6] puntos. 83,5% presentaban dependencia total (i.Barthel=0-20 puntos). Mortalidad intrahospitalaria del 54,1% y mortalidad a 6 y 12 meses, 65,9% y 72,9%, respectivamente.

Con una media de 9,6(3,2) medicamentos/paciente, 97,6% llevaban medicamentos con actividad anticolinérgica (puntuación: 3[2-5]), 87,1% con actividad sedante y 64,7% inadecuados. Se detectaron 479 PRMs con 5[2-8] PRM/paciente, siendo 57,2% de indicación, 27,8% seguridad y 14,4% efectividad. Hubo asociación entre número PRMs/paciente-número medicamentos/paciente($p=0,007$).

La mediana de puntuación obtenida según modSEFH fue 20[17-22], estratificando al 91,8% de los pacientes en el nivel 1. Por ello, no se observó tendencia lineal entre nivel de riesgo-número PRMs/paciente($p=0,847$).

CONCLUSIONES: El -modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos de la SEFH- estratifica a los pacientes mayores polimedicados ingresados en un HACLE en el nivel de máximo riesgo, evidenciando la necesidad de un seguimiento farmacoterapéutico-clínico por parte del farmacéutico durante su estancia hospitalaria. Para mejorar la capacidad de priorización de estos pacientes según el riesgo de PRMs es necesario adaptar el modelo a las características de esta población que presenta gran pluripatología, comorbilidad, dependencia funcional, alta complejidad del tratamiento y elevada mortalidad.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1285. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON DIETA CETOGÉNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

AUTORES: MARTIN PRADO S, DEBEN TRISCAR E, GONZALEZ RODRIGUEZ MI, GARCIA LOPEZ I, GARCIA RODRIGUEZ MP, POZAS DEL RIO MT.

HOSPITAL Infantil Niño Jesus. c/Menendez Pelayo 65. Madrid. España

La dieta cetogénica es un tipo de alimentación utilizada como tratamiento no farmacológico en epilepsia refractaria de la infancia. Mantiene el organismo en cetosis continua y se caracteriza por un aporte muy alto en grasas y bajo en hidratos de carbono y proteínas. Ya que los pacientes requieren medicación para tratar su enfermedad y evitar déficit de nutrientes, es necesario llevar a cabo un estricto control de los excipientes considerados carbohidratos, polialcoholes y etanol de su tratamiento. El contenido calórico de los medicamentos se debe tener en cuenta para realizar ajustes en la dieta.

OBJETIVOS: Describir la metodología utilizada para la atención farmacéutica al paciente con dieta cetogénica. Analizar la evolución de la actividad desde la puesta en marcha del programa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada sobre utilización de excipientes en dieta cetogénica. Con esta información se elaboró:

- Una base de datos de medicamentos utilizados en neurología pediátrica que incluía: medicamento, laboratorio, cantidad de cada excipiente (carbohidratos, polialcoholes, etanol) y contenido calórico total en forma de hidratos de

carbono (cálculo calórico según factores de conversión del R.D.930/1992). Se contactó con el fabricante si la ficha técnica no especificaba la cantidad de los excipientes considerados.

- Un tríptico informativo sobre medicación para entregar al paciente.

Se diseñó un procedimiento normalizado para el desarrollo de la atención farmacéutica:

- Selección de pacientes: el neurólogo o gastroenterólogo responsable enviaba a la Farmacia interconsulta de todos los inicios de tratamiento con dieta cetogénica. Además se incluían aquellos pacientes ingresados con dieta detectados en Farmatools®_Dosis Unitaria. Se añadía -Dieta cetogénica- en el campo alergias del programa de validación.

- Elaboración del informe de composición de medicamentos por paciente: incluía contenido de excipientes carbohidratos, polialcoholes y etanol, contenido calórico aportado por cada medicamento y recomendaciones sobre posibles cambios de presentación para conseguir reducir al máximo el aporte en hidratos de carbono. El informe se remitía a la sala de hospitalización para consulta por neurólogos, gastroenterólogos y enfermería.

- Seguimiento: las prescripciones se revisaban diariamente y cualquier cambio era actualizado en el informe. Se realizaba seguimiento analítico de cuerpos cetónicos para comprobar la consecución de cetosis y posibilidad de ajuste. Se evaluó el impacto asistencial del programa de enero 2012 a marzo 2016.

RESULTADOS: El programa se aplicó a 93 pacientes (41% niñas), con edad media de 4,2 años. La indicación en todos fue epilepsia refractaria y distribución por diagnósticos: 48,4% encefalopatías epilépticas, 26,8% epilepsia generalizada y 24,7% epilepsia focal.

Desde la puesta en marcha se redactaron 255 informes individualizados de composición y recomendaciones. Se analizaron 1591 líneas de medicación, con una media de 5,5 líneas por informe. Las principales intervenciones registradas implicaron sustitución de jarabes y viales bebibles por comprimidos o fórmulas magistrales sin azúcares.

La base de datos contiene información de 730 medicamentos. Se realizaron 115 consultas a laboratorios.

CONCLUSIONES: Se ha consolidado el papel del farmacéutico como miembro del equipo multidisciplinar que trata al paciente con dieta cetogénica, como experto en medicamentos, fuente de información y asesoramiento para la selección del mejor tratamiento en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

205. COMPARACIONES INDIRECTAS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS Y PSORIASIS: ¿QUÉ MEDIDA ESTADÍSTICA UTILIZAR?

AUTORES: GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, ALEGRE DEL REY EJ, PALOMO PALOMO C, FENIX CABALLERO S, CAMEAN CASTILLO M, GIL SIERRA MD.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. Ctra. Nacional IV, Km 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: La comparación indirecta (CI) entre tratamientos biológicos, habitualmente comparados con placebo en artritis o psoriasis, podría presentar problemas. Las respuestas con placebo son bajas y, en términos relativos, pueden diferir mucho. Esto afectaría a la CI con medidas relativas, tales como riesgo relativo (RR) y odds ratio (OR), y no a la diferencia o reducción absoluta de riesgo (RAR). El objetivo es determinar qué medida (OR, RR o RAR), resulta preferible para CI de fármacos biológicos en artritis o psoriasis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como referencia, se utilizaron ensayos clínicos con CD de los fármacos biológicos empleados en artritis reumatoide, psoriasis y artritis psoriásica. Se realizó una búsqueda el día 18/3/2016 en Medline: -fármaco A AND fármaco B AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))-. Se escogió la variable principal del estudio. Para cada par de fármacos con CD, se realizó una CI a partir de sus ensayos pivotales, empleando el método de Bucher con la calculadora ITC de Wells®. Se excluyeron CD cuyas variables o características demográficas fuesen distintas a las de los ensayos pivotales, impidiendo una CI adecuada.

Se comparó la consistencia de los resultados obtenidos por CI con los obtenidos por CD. Para comparar los distintos modelos de CI, se transformaron las medidas relativas (OR y RR) a RAR, partiendo del resultado del fármaco comparador en su estudio pivotal frente a placebo. Se calculó la desviación media (en valores absolutos) entre los resultados de cada modelo de CI y el resultado de la CD.

RESULTADOS: Tras realizar la búsqueda en Pubmed y aplicar los criterios de búsqueda, se obtuvieron 9 CD, de las cuales se excluyeron 2 por no ser factible una CI adecuada. Los 7 ensayos clínicos incluidos compararon ustekinumab 45 mg vs. etanercept, ustekinumab 90 mg vs. etanercept, ixekizumab bisemanal vs. etanercept, ixekizumab mensual vs. etanercept, briakinumab vs. etanercept, tofacitinib 5 mg vs. etanercept y tofacitinib 10 mg vs. etanercept. Todos los estudios correspondieron a psoriasis, y la variable seleccionada fue PASI75 a la semana 12. La diferencia relativa de los resultados de los grupos placebo de los estudios comparados estuvo entre un 23% y un 143%.

La consistencia entre CI y CD fue aceptable, excepto en el caso de briakinumab. La desviación media de RAR obtenida frente a la CD fue del 8,06% con la CI por el modelo del RAR, 7,79% por el modelo de OR, y 20,69% por el modelo de RR. Las CI presentaron valores medios inferiores a las CD (-1,52% con el modelo de RAR, -3,47% con el OR y -1,58% con el RR).

CONCLUSIONES: Las comparaciones indirectas entre fármacos biológicos en psoriasis, y probablemente también en artritis, no deberían emplear el RR. En cambio, los valores obtenidos con OR podrían ser incluso mejores que los obtenidos con RAR, lo cual coincide con lo descrito en general para las CI. Es posible realizar la CI con OR y transformar los resultados a RAR para valorar, en términos absolutos, la relevancia clínica de las diferencias encontradas.

1204. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ACTIVO. ESTUDIO INFAMERICA

AUTORES: MORILLO VERDUGO R, ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, MARTIN CONDE MT, CID SILVA P, MORIEL SANCHEZ C, CALLEJON CALLEJON G.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE VALME. Ctra. de Cádiz, km. 548.9. Sevilla. España

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

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

Se recogieron variables farmacoterapéuticas, clínicas, analíticas y de hábitos de vida en las semanas 0 (S0), 12, 24, 36 y 48 (S48). Para valorar la efectividad del seguimiento farmacoterapéutico se determinó la media de reducción y el porcentaje de pacientes que obtuvieron una reducción en el índice de riesgo cardiovascular calculado según la clasificación de Framingham en la S48.

Se realizó un análisis descriptivo. Se aplicó la t de Student para muestras apareadas o la prueba de Wilcoxon para variables cuantitativas y el test de Mc Nemar para variables cualitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 53 pacientes, 90.6% hombres, con una mediana de edad de 53.5 (IQR:50.0-62.5 años). El 92.5% de ellos partía basalmente con carga viral plasmática indetectable y la media de linfocitos CD4 fue 604.3±164. El 30.2% de los pacientes estaban en tratamiento con un régimen basado en 2ITIAN+ITINN. La media de puntuación del índice de Framingham basal fue de 13.1±5 frente a 11.8±4.3 a las 48 semanas siendo la diferencia estadísticamente significativa (1.31 [IC: 0.6; 2.01] en el grupo intervención. El porcentaje de pacientes con RCV alto en S48 fue significativamente inferior a S0 (75.5% vs 92.5%; p=0.004). Tanto en el grupo intervención como en control se observó un descenso en la proporción de pacientes con RCV alto en S48: 93.1% (S0) y 72.4% (S48) vs 91.7% (S0) y 79.2% (S48), respectivamente. La media de IMC disminuyó de 29.3±4.0 a 28.7±4.3 de manera significativa (0.66 [IC: 0.3; 0.97]) en el grupo intervención. El consumo de tabaco en S48 se redujo significativamente con respecto a S0 (47.2% vs 80.2%; p= 0.000), observándose principalmente este descenso en el grupo intervención (34.5% vs 79.3%). La adherencia a la medicación concomitante mejoró desde 48.3% a 89.7% (p=0.007)

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 PÓSTER EN PAPEL



COMUNICACIONES PAPEL

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1162. ADHERENCIA A INMUNOMODULADORES ORALES VERSUS INYECTABLES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES: Álvarez Payero M, González Vega H, Martín Vila A, Martínez López de Castro N, Muñoz García D, Piñeiro Corrales G.

Hospital Álvaro Cunqueiro. C/ Clara Campoamor 341. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Comparar la adherencia de pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) a las nuevas terapias inmunomoduladoras orales (TIO): dimetilfumarato (DMF) y teriflunomida (TE) respecto al tratamiento previo con TI inyectables (TII).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, observacional y prospectivo, entre junio de 2015 y marzo de 2016, en un Hospital Universitario de 1100 camas. Se incluyeron aquellos pacientes con EMRR que iniciaron DMF y TE en el periodo descrito, con una duración de al menos 2 meses y que hubieran recibido alguna TII previa (interferón-beta 1a y 1b o acetato de glatirámico-AG). La adherencia fue medida como ratio de posesión de medicación (MPR) y se expresó en %. Se consideró a un paciente como adherente si $MPR \geq 90\%$. Los datos se extrajeron de historia clínica electrónica y programa de dispensación ambulatoria de Farmacia. Variables: demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, discapacidad (EDSS), tasa anualizada de brotes (TAB) el año previo al cambio y durante el tratamiento con TIO, tiempo con TIO (días), motivo de cambio, MPR_TII el año previo, MPR_TIO. Se empleó SPSS vs.15 para el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS: un total de 38 pacientes han pasado de TII a DMF ($n=20$) o TE ($n=18$). 87,8% mujeres, con edad media de $39,2 \pm 8,5$ años, $6,0 \pm 5,0$ años de evolución de enfermedad con 2 puntos de EDSS (0-6,5) y una TAB el año previo al cambio de $0,7 \pm 0,8$. 30/38 pacientes (78,9%) han estado tratados durante al menos 2 meses ($n=14$ con TE y $n=16$ con DMF). En 4 pacientes la TIO se suspendió antes de los 2 meses (1 TE por embarazo, 3 DMF por intolerancia gastrointestinal y 1 DMF temporalmente por linfopenia), 4 pacientes aún no habían cumplido los 2 meses de tratamiento. TII previa: 66,7% interferones-beta (1a-intramuscular/1a-subcutáneo/1b-subcutáneo) y el 33,3% AG, durante una media de $423,4 \pm 167,2$ días. En el 63,6% de los casos, la TIO ha sido el 2º fármaco empleado y en 36,4% el ≥ 3 º fármaco. Los motivos de cambio de tratamiento han sido: 40,6% ineficacia y 59,4% intolerancia. Los pacientes llevaban una media de $166,5 \pm 59,3$ días de tratamiento con la TIO actual y una TAB de $0,2 \pm 0,4$. Adherencia: MPR_TII previa= 85,2% vs. MPR_TIO= 98,1%, $p < 0,001$; No ha habido diferencias entre la adherencia a TE vs DMF durante el periodo de estudio (adherencia=98%). La adherencia a los inyectables entre los pacientes que pasaron a TE fue ligeramente inferior (83,4%) vs los que pasaron a DMF (85,7%), $p > 0,05$. El 30% de los pacientes cumplieron 80%.

CONCLUSIONES: los datos en nuestro centro muestra que el cambio de inmunomodulador de inyectable a oral tiene un efecto positivo en la mejora de la adherencia de estos pacientes, independientemente del tipo de fármaco, al menos a corto plazo. Los datos de práctica clínica aportarán más datos de persistencia y si esta adherencia $> 90\%$ se reproduce en pacientes naive.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

599. ADHERENCIA EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES: UN RETO A CONSEGUIR

AUTORES: GALINDO ALLUEVA M, NAVARRO AZNÁREZ H, DE LA LLAMA CELIS N, COMET BERNAD M, NAVARRO PARDO I, ABAD SAZATORNIL MR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Paseo Isabel la Católica 1-3, 50009. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Conocer la adherencia de pacientes en tratamiento con imatinib, dasatinib, nilotinib o lenalidomida y factores que influyen en la misma. Objetivos secundarios: concordancia entre métodos de medida de adherencia; efectividad y seguridad de los fármacos a estudio y relación con adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, unicéntrico y observacional en pacientes en tratamiento con imatinib, dasatinib y nilotinib en leucemia mieloide crónica (LMC) o lenalidomida en mieloma múltiple (MM) y síndrome mielodisplásico (SMD) (mayo-octubre 2015). Criterios de inclusión: pacientes mayores de edad, en tratamiento al menos un año y que firmasen consentimiento informado. Medida adherencia: combinación registro de dispensaciones (RD) (considerando adherente dispensaciones superiores al 90%) y test de Moriski-Green (MG) (clasificando en alta, media y baja adherencia). Altamente adherentes: $>90\%$ RD y alta MG. Se recogieron factores sociodemográficos,

farmacoterapéuticos, de efectividad y seguridad mediante entrevista y revisión de historia clínica. Se realizó análisis descriptivo, comparativo y de durabilidad del tratamiento. Análisis estadístico: SPSS 19.0. El estudio fue aprobado por el CEIC autonómico.

RESULTADOS: 45 pacientes; variables sociodemográficas: 57,8% varones, edad media 62,9 años; variables clínicas: diagnóstico: 66,7% LMC, 26,7% MM y 6,7% SMD; variables farmacoterapéuticas: 35% en tratamiento con imatinib, 33% lenalidomida, 16% dasatinib y 16% nilotinib. Tratamiento en 1ª línea: 55,6%; Tratamiento concomitante: 55,6% cuatro o más fármacos. EAs: 55% de los pacientes. Según el RD media adherencia 95,67%, considerándose pacientes adherentes el 88,9%. El test MG estratificó a los pacientes en 62,2% y 37,8% con alta y media adherencia respectivamente. Combinando ambos métodos: 55,6% pacientes altamente adherentes. Índice correlación ambos métodos ($\kappa=0.018$). El 53,3%, 58,3% y 66,7% de los pacientes diagnosticados de LMC, MM y SMD respectivamente son altamente adherentes y por fármaco el 43,8%, 71,4%, 57,1% y 60% de imatinib, dasatinib, nilotinib y lenalidomida respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre las variables estudiadas y alta adherencia ($p < 0,05$) si bien se observa tendencia a mayor adherencia en mujeres (63,2% vs 50% hombres), segunda o más líneas (63,6% vs 47,8% primera línea), mayores de 45 años (59% vs 33,3% menores), más de cuatro años de tratamiento (60,7% vs 47,1% menos de cuatro), más de un comprimido (64,3% vs 51,6% único comprimido), no presencia EAs (60% vs 52% de los que presentan), no medicación concomitante (62,5% vs 57,1% entre 1 y 5 fármacos vs 50% más de 6. Al final del periodo de estudio el 88,9% de pacientes con LMC estaban en respuesta óptima y en el grupo de MM el 20%, 40% y 40% en respuesta completa, parcial muy buena y parcial respectivamente, no encontrándose diferencias entre la adherencia y la efectividad ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio sugiere que casi la mitad de los pacientes no son altamente adherentes independientemente del fármaco prescrito. La falta de correlación entre los dos métodos de medida muestra la necesidad de búsqueda de un método validado en la medida de adherencia para este tipo de patologías. Son necesarios más estudios que permitan conocer los factores que influyen en la adherencia, así como su relación con la efectividad y seguridad.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

583. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO EN LA ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES COMPLEJOS EN LAS MÚLTIPLES TRANSICIONES ASISTENCIALES ENTRE UN CENTRO SOCIOSANITARIO Y SU HOSPITAL DE REFERENCIA

AUTORES: MARTINEZ CASAL X, RODRIGUEZ SANCHEZ JL, LOPEZ GUTIERREZ XL, OTERO ESPINAR FJ, PRIETO CAA-MAÑO J, ALVES SENRA O.

HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA DE CEE. PASEO DO ALCALDE PEPE SANCHEZ S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Análisis de la actividad integral del farmacéutico hospitalario en el seguimiento y conciliación de los perfiles farmacoterapéuticos en las transiciones asistenciales (ingreso o derivación) de los pacientes polimedicados y pluripatológicos que están institucionalizados en un centro sociosanitario (CSS) con alto índice de ocupación (y alto índice de rotación) y su hospital de referencia(HR).

MÉTODO: Estudio prospectivo de 12 meses de duración (enero-diciembre 2015) en un CSS de larga estancia con 150 camas (288 residentes institucionalizados durante el periodo de estudio). 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. En cada transición se registra el número 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 a la integración de las aplicaciones del servicio de admisión y farmacia.

RESULTADOS: En el periodo de estudio (12 meses; enero-diciembre 2015) se produjeron 143 nuevos ingresos en el CSS ($11,92 \pm 4,25$ nuevos ingresos/mes). En total 288 residentes atendidos durante el periodo de estudio. A lo largo del año 2015 se derivaron 197 residentes ($15,92 \pm 6,43$ pacientes derivados al HR 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 $9,42 \pm 3,93$. Se produjeron 340 movimientos de pacientes (143 nuevos ingresos en CSS + 197 derivaciones al HR) de un total de 150 plazas, lo que supone un 234,48 % de la capacidad del CSS. En las derivaciones al HR se evitó la conciliación al ingreso por parte del facultativo médico de 1837 M. 71 pacientes requirieron hospitalización en el HR con $9,96 \pm 3,44$ M ya conciliados a GFT del HR. Otros 117 pacientes fueron dados de alta desde el propio servicio de urgencias del HR con $9,15 \pm 4,22$ medicamentos. En todas las altas se revisó y reactivó el tratamiento incorporando las indicaciones del informe de alta (Servicio de urgencias o interna). 9 pacientes fueron exitus ($8,62 \pm 3,46$ M).

CONCLUSIÓN: El papel que desarrolla el farmacéutico hospitalario resulta clave en el seguimiento y actualización de los tratamientos farmacoterapéuticos en las múltiples transiciones interniveles de pacientes complejos de edad avanzada (polimedicados y pluripatológicos). Esta labor cobra especial importancia en un CSS como el descrito, con un alto índice de ocupación (próximo al 100%), alto índice de rotación y un elevado número de derivaciones al HR, en un entorno de trabajo en el que la información farmacoterapéutica se encuentra compartida gracias a la integración de las aplicaciones que gestionan el censo (del HR-CSS) y el software de gestión farmacoterapéutica de los pacientes ingresados.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

289. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA HIPOGLUCEMIANTE: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS.

AUTORES: SIERRA SANCHEZ JF, GAZQUEZ PEREZ R, JIMENEZ PICHARDO L, ALCALA SOTO A, MORA HERRERA C, GAVIRA MORENO R.

HOSPITAL DE JEREZ. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE CADIZ. CTRA. CIRCUNVALACION S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: analizar la variación en costes y resultados de salud asociados con el tratamiento farmacológico de la diabetes y la relación coste-eficacia de estos cambios.

MATERIAL Y MÉTODOS: el uso de fármacos antidiabéticos ha cambiado en los últimos años. Este cambio se ha asociado con un incremento en los costes de la farmacoterapia, sin que se hayan demostrado mejoras relevantes en resultados de salud. Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un área sanitaria de 420.000 habitantes. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con antidiabéticos en 2009 y 2015. Los datos se obtuvieron a partir de la base de datos corporativa de facturación de recetas (MicroStrategy [MTI]). Como resultado de salud intermedio se midió la media de Hb1Ac en 2009 y 2015, y el número de pacientes con control glucémico (Hb1Ac

RESULTADOS: cumplieron los criterios de inclusión un total de 1.175 pacientes. El coste de la farmacoterapia en 2009 fue de 961.924 €, y de 1.483.991 € en 2015. El coste por paciente-año aumentó en 444 € (+54%). La Hb1Ac cambió de 8,0% a 7,6% (diferencia de medias: 0,4; IC95% 0,3 a 0,5). El número de pacientes con control glucémico en 2009 fue 192 (16,3%) y 440 en 2015 (37,4%). La relación coste-efectividad incremental fue 2.105 € por cada paciente-año con control glucémico. El mantenimiento de este control de la glucemia durante 10 años tendría un coste incremental de 21.051 € por paciente, con un coste total de 5.220.671 €. De acuerdo con los resultados de salud asociados con la reducción de Hb1Ac

CONCLUSIONES: el coste del tratamiento farmacoterapéutico de la diabetes creció en más de la mitad entre los años 2009 y 2015. Este aumento se ha asociado con una mejora en el resultado de una variable subrogada, como Hb1Ac. Si se logran los resultados de salud actualmente asociados al control glucémico, y tomando como referencia los umbrales de coste-efectividad ampliamente aceptados, RCEI de estos tratamientos determina una eficiencia cuestionable.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

490. ESTRATEGIA DE DESPRESCRIPCIÓN DE CITICOLINA EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES: HARO MÁRQUEZ CA, SABORIDO CANSINO C, MANZANO GARCIA M, CANTUDO CUENCA R, ROBUSTILLO CORTES MA, TRISTANCHO PEREZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NUESTRA SEÑORA DEL VALME. Avenida de Bellavista, s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de una estrategia de desprescripción de citicolina llevada a cabo en dos fases. Secundariamente se evaluó el impacto económico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo llevado a cabo durante 2014 y 2015 en un Área de Gestión Sanitaria formada por 20 Unidades de Gestión Clínica (UGC) y un hospital de segundo nivel.

Tras la revisión de la última evidencia científica, los estudios ICTUS y COBRIT han puesto en entredicho la eficacia de citicolina en trastornos neurológicos/cognitivos lo que motivó a llevar a cabo una estrategia de desprescripción.

Fase 1: se realizó entre Enero y Julio 2014, con una intervención multifactorial: divulgación en el Consejo Asesor del Área, entrevista con profesionales, sesiones formativas, difusión de evidencia y entrega de listado de pacientes en tratamiento activo con citicolina para ser revisados por los médicos de atención primaria.

Fase 2: tuvo lugar en septiembre y octubre de 2015 como intervención de refuerzo. Se enviaron nuevamente los listados de pacientes que aún continuaban en tratamiento activo con citicolina, de los cuales 150 pacientes presentaban una revisión hecha por farmacia.

Los datos se obtuvieron de la base de facturación de recetas: MicroStrategy® que recopila información procedente de la dispensación de medicamentos. El registro y análisis de datos: Microsoft Excel®.

RESULTADOS: Al inicio del estudio se identificaron 1029 pacientes en tratamiento activo con citicolina. Tras la primera intervención se redujeron 617 pacientes (59,6%) de las prescripciones. La reducción media por UGC en esta primera fase fue de -40%

Tras la segunda intervención se retiraron adicionalmente 125 tratamientos más, consiguiéndose una reducción total de 742 pacientes (72,1%). La reducción media por UGC al final del estudio fue de -59%

Durante el año 2013 la citicolina suponía un coste de 944.040 euros al año. Tras la intervención el coste anual se redujo a 437.494 € durante el año 2014 y a 194.463 € en el 2015 lo que supuso un ahorro total de 749.577 €.

CONCLUSIONES: La estrategia de desprescripción ha sido eficaz lográndose una disminución significativa en el número de prescripciones. Paralelamente también se ha producido una importante reducción en costes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1233. INCORPORACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL A LA CONSULTA DE TELEMEDICINA EN PRISIÓN

AUTORES: NOGALES GARCIA M, LOPEZ DE ARKAUTE TRINCADO A, ROY LOPEZ-CANO I, PORTU ZAPIRAIN J, GOITIA RUBIO V, MARTINEZ MARTINEZ C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA. Jose Atxotegi s/n. Álava. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: con el fin de realizar un control del virus de la hepatitis C (VHC), virus de la hepatitis B (VHB) VIH, y tuberculosis al paciente privado de libertad en 2011 se puso en funcionamiento en esta prisión la consulta de telemedicina (CTM) a través de videoconferencia con el Servicio de Medicina Interna del hospital de referencia. Con esto se consiguió comunicar de forma simultánea, con imagen y sonido, a paciente, médico internista y médico de familia de prisión. Así, se consiguieron las siguientes ventajas: facilitar el acceso al especialista y la colaboración entre niveles asistenciales, optimar el tiempo y recursos al evitar el transporte al hospital, eliminar problemas de seguridad durante el traslado (fugas, emboscadas), mejorar la confidencialidad y motivar al paciente, manteniendo la misma calidad asistencial.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: el servicio sanitario de esta prisión forma parte del servicio público de salud, por lo que el hospital y la cárcel comparten el mismo programa de historia clínica y facilita la asistencia del paciente entre los diferentes profesionales, compartiendo la misma información clínica. Además, el Depósito de Medicamentos de la prisión cuenta con un farmacéutico hospitalario de la plantilla del Servicio de Farmacia del hospital de referencia.

El equipo multidisciplinar de telemedicina de esta prisión se podría complementar con la presencia de este farmacéutico, aportando su experiencia y formación y aprovechando la accesibilidad al paciente.

EJECUCIÓN: el farmacéutico de hospital se incorporó el 1/02/2015 al equipo de la telemedicina, formando parte así del equipo multidisciplinar.

EVOLUCIÓN: en consulta de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico (CAFySF) se evalúa la tolerancia a los nuevos medicamentos introducidos en la CTM, se valora el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y a las recomendaciones dadas en dicha consulta, se resuelven problemas relacionados con los medicamentos, se da información oral y escrita sobre los medicamentos nuevos a tomar y de los que se precise, se evalúan los resultados en salud de los pacientes, se refuerza la información recibida en la CTM y se realiza educación sanitaria. Asimismo, en la CTM el farmacéutico da apoyo asistencial comprobando las interacciones de los nuevos medicamentos a introducir con el tratamiento habitual del paciente, informando de las posibles reacciones adversas y de los aspectos relevantes de los medicamentos. Asimismo, se informa de las novedades encontradas sobre el paciente en la CAFySF, coordina con ambos médicos el inicio de los nuevos fármacos y valida y optimiza la prescripción de los pacientes.

RESULTADOS Y EFECTOS: desde la incorporación del farmacéutico hasta el 31/03/2016 se han llevado a cabo 329 teleconsultas, en las que el farmacéutico ha adquirido la experiencia y herramientas suficientes para diseñar un programa de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes con VHC, VHB, VIH y tuberculosis adaptada al entorno penitenciario.

En conclusión, se realiza un feedback entre el equipo multidisciplinar de la CTM y farmacéutico: éste aporta información clínica hallada en la CAFySF y da apoyo asistencial, y esta consulta le facilita al farmacéutico el seguimiento del paciente en la CAFySF.

580. OPTIMIZACIÓN DEL APORTE DE SODIO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS EFERVESCENTES

AUTORES: del Moral Sánchez JM, Munilla Das A, Poquet Jornet J, Ortuño Pascual E, Gómez-Ferrer Cayrols R. Hospital de Denia. Partida Beniadrà, S/N, 03700 Dénia, Alicante. España

OBJETIVO: El exceso de sodio en la dieta es un problema común y su reducción supone un objetivo establecido en las guías de prevención cardiovascular. Según las últimas recomendaciones de la OMS, cabría reducir la ingesta de sodio a menos de 2000mg/día (equivalentes a 5000mg de sal) con el fin de reducir la presión arterial y el riesgo cardiovascular. Aunque se hacen esfuerzos considerables para reducir su ingesta, en muchas ocasiones se obvia la gran cantidad aportada mediante ciertas formulaciones efervescentes. Algunas presentaciones alcanzan los 650mg de sodio, que tomadas varias veces al día y en combinación con la dieta occidental, pueden conducir a un consumo excesivo de sodio.

El objetivo de nuestro estudio fue optimizar el aporte de sodio en pacientes hipertensos en tratamiento con analgésicos efervescentes (paracetamol y sus combinaciones) mediante recomendaciones de intercambio al médico prescriptor.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través de sus fichas técnicas se recopilaban los miligramos de sodio (mgNa) que contenían todas las presentaciones efervescentes de paracetamol como principio activo único o en combinación.

Por medio de un gestor corporativo se obtuvo la relación de pacientes del departamento de salud diagnosticados de hipertensión (CIE-9 401-405) y con algún medicamento efervescente en su farmacoterapia a base de paracetamol o combinación con éste. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, presentación farmacéutica efervescente prescrita y pauta posológica. A cada médico se le asignó una relación de pacientes de su cupo poblacional y se informó del aporte diario de sodio aportado acorde a la pauta posológica y medicamento prescrito. La recomendación fue el intercambio por una alternativa no efervescente con el mismo principio activo, ya fuera en forma farmacéutica sólida o soluble.

RESULTADOS: Se incluyeron 389 pacientes (71,5% mujeres) con una media de edad de $77,8 \pm 9,7$ años.

La cantidad de sodio media ingerida diariamente asociada a la terapia efervescente fue de $982,2 \pm 451,3$ mgNa. Las presentaciones más prescritas fueron paracetamol 1g en comprimidos efervescentes (75,3%) y en sobres efervescentes (14,1%).

Los médicos prescriptores contestaron al 46,8% de las recomendaciones de intercambio y, de éstas, modificaron el tratamiento por otra presentación sin sodio en el 80,2% (146 pacientes, 37,5% del total de incluidos). Esta modificación en la farmacoterapia supuso una reducción media del aporte de sodio de $1020,4 \pm 493,1$ mgNa (aproximadamente un 50% de la cantidad diaria recomendada en este tipo de pacientes).

CONCLUSIONES: Gracias a las recomendaciones de sustitución de la terapia analgésica efervescente con alto contenido en sodio se ha conseguido reducir su aporte en pacientes hipertensos y en consecuencia disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares asociados al mismo.

1289. TRIPLE WHAMMY. INFORMANDO A MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE PACIENTES EN RIESGO

AUTORES: López Broseta PA, Gotanegra Guzmán N, Martín Marqués M, de Dios López A.

Hospital Universitari Joan XXIII. Carrer Dr Mallafré Guasch nº4. Servicio de Farmacia (segunda planta). Tarragona. España

JUSTIFICACIÓN: La alerta farmacológica Triple Whammy(TW) surge de la combinación: IECA/ARAI, diuréticos y AINE/COX-2; estos actúan de forma sinérgica y pueden causar un episodio renal agudo y agravar la alteración renal en pacientes predispuestos, sobre todo en aquellos de edad avanzada.

OBJETIVO: Informar al médico de atención primaria(MAP) de aquellos pacientes en riesgo que se encuentran tratados con TW y revisar que impacto ha tenido la intervención un año después.

MÉTODO: Estudio de intervención sobre 121 pacientes pertenecientes a seis centros de atención primaria de la provincia que estaban en tratamiento con TW (AINE más de 30 días) en Mayo 2015. Se anotó el FG de la última analítica reciente del paciente.

Se informó al MAP de sus pacientes tratados con TW que además:

- Presentaban un FG < 60 ml/min
 - Pacientes que no tenían una analítica informatizada desde el tratamiento con TW
- Se les informaba de la gravedad de esta y se le hacían unas recomendaciones:
- Cambiar el AINE/COX-2 por paracetamol.

- Si no era posible cambiar el calmante, se recomendaba cambiar el diurético o el IECA/ARA II por un antagonista del calcio.
- Si no era posible cambiar ninguno de los tres fármacos se recomendó monitorización de función renal (FR) y concentraciones plasmáticas de potasio.
- Aquellos pacientes que no tenían analíticas recientes se les recomendaba su realización.

Un año después se revisaron las historias clínicas de los pacientes para determinar si continuaban siendo tratados con TW o se había producido algún cambio. Se registraba también el FG postintervención para así relacionar la mejora/ empeoramiento al cambio en su tratamiento farmacológico.

RESULTADOS: 121 pacientes estaban tratados TW. La edad media era de 75 años y el 37% eran hombres. Un 60.2% de las intervenciones realizadas fueron aceptadas: un 20.4% de los casos se suspendió el AINE, un 21% se cambió el AINE por paracetamol, un 8.85% se realizó analítica en los pacientes que no tenían ninguna reciente, un 7.07% se suspendió el diurético, se cambió el COX-2 por paracetamol y se suspendió el COX-2 en un 2.65% en ambos casos y por último se suspendió el IECA/ARA II en un 6.19%.

23 pacientes mejoraron su FR tras aceptar la intervención, en cambio 11 pacientes seguían con TW activo y habían empeorado la FR.

CONCLUSIONES: Una gran cantidad de pacientes están tratados con TW. Muchas de las intervenciones realizadas fueron aceptadas, mayoritariamente se suspendió el AINE y/o se substituyó por paracetamol. Se ha podido observar un efecto beneficioso en algunos pacientes ya que contribuyó a la mejora de la FR de estos. Es importante hacer seguimiento de la FR cuando los pacientes están tratados con TW sobre todo si lo están de forma crónica.

Tras la intervención se ha creado un alerta de seguridad en el módulo de prescripción que avisa al prescriptor, independientemente del nivel asistencial en el que se encuentre este, del TW (prescripción de fármacos involucrados y pacientes con TW activo) ayudando así a adecuar el tratamiento en función de los riesgos asociados del paciente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1050. UTILIZACIÓN DE BIFOSFONATOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: GARCIA MAYO ME, BALLESTER VIEITEZ A, GONZALEZ FREIRE L, FORTES GONZALEZ S, VAZQUEZ BLANCO S, CRESPO DIZ C.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. Mourente. Pontevedra. España

OBJETIVO: Ante la controversia existente sobre el balance beneficio/riesgo del tratamiento con bifosfonatos a largo plazo, se plantea como objetivo del presente estudio, analizar la prescripción de alendronato, siguiendo las recomendaciones de los criterios STOPP-START, en pacientes de edad avanzada institucionalizados en centros de asistencia social (CAS) con atención farmacéutica vinculada al servicio de farmacia del hospital de referencia (SFHR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal de utilización de bifosfonatos en pacientes institucionalizados en los seis CAS vinculados al SFHR.

La recogida de datos se llevó a cabo durante el mes de marzo de 2016. Se incluyeron en el estudio los pacientes a tratamiento activo con el bifosfonato incluido en la guía farmacoterapéutica, alendronato.

Mediante la historia clínica electrónica (IANUS®) y el soporte informático para la gestión de la prescripción y validación farmacoterapéutica individualizada (Silicon®) se recogieron los siguientes parámetros: edad, sexo, diagnóstico de osteoporosis, fecha de inicio de tratamiento, fracturas, origen de la prescripción, tratamiento concomitante con calcio y vitamina D y función renal del paciente.

El filtrado glomerular estimado (FG) se calculó mediante la ecuación MDRD, debido a que es necesario que sea > 35 mL/min para una adecuada prescripción de bifosfonatos según ficha técnica.

Se analizaron la indicación de la prescripción, según la duración y el seguimiento del tratamiento con bifosfonatos.

RESULTADOS: El 4,6% de todos los pacientes institucionalizados recibían tratamiento con bifosfonatos (30/659). El 86,7% eran mujeres. La mediana de edad fue de 85 (66-96) años.

El 56,7% de los pacientes tenían diagnóstico de osteoporosis realizado mediante técnicas radiológicas. La densitometría ósea sólo se realizó en un paciente.

En el 46,7% de los pacientes, se prescribió como prevención primaria y como prevención secundaria en el 46,7%. En 6,7% no fue valorable por falta de datos.

En el 80% la prescripción se realizó en el ámbito de atención primaria (AP).

La mediana de duración del tratamiento fue de 4,6 años (0,29 - 12,3). En el 46,7%, la duración del tratamiento fue superior a 5 años.

El 53,3% tenían prescrito calcio y vitamina D y el 10% sólo vitamina D.

El 6,7% (2/30) de los pacientes presentaron un FG < 35 mL/min y por tanto la prescripción de alendronato no se consideró adecuada. En el resto de los pacientes el FG fue superior 35 mL/min.

Únicamente se realizó seguimiento médico de la prescripción en el ámbito hospitalario en el 6,7% de los pacientes. El 16,7% de los pacientes sufrieron fracturas posteriores al inicio del tratamiento con bifosfonatos.

CONCLUSIONES: En este estudio, se observa que la prescripción de los bifosfonatos se realiza principalmente en el ámbito de AP, con escaso seguimiento posterior.

Aproximadamente la mitad de los pacientes superan los 5 años de tratamiento y 1 de cada 5 han sufrido fracturas una vez iniciado el tratamiento con bifosfonatos, sin realizarse densitometrías para la valoración objetiva de la efectividad, a pesar de la controversia existente.

Aplicando los criterios START, la prescripción de suplementos de calcio y vitamina D se debería incrementar, puesto que solamente la mitad de los pacientes los reciben.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

803. FALSOS POSITIVOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ASPERGILOSIS INVASORA, ¿DEBEMOS SEGUIR PENSADO EN PIPERACILINA/TAZOBACTAM?

AUTORES: Saez de la Fuente J, Campelo Gutierrez C, Caro Teller JM, Garcia Díaz B, Giménez Mazorro A, Becares Martinez FJ.

Hospital Universitario Infanta Leonor. Avda. Gran Vía del Este, 80. Madrid. España

OBJETIVO: La prueba de detección del antígeno de galactomanano (AG) es un test de utilidad en el diagnóstico de la aspergilosis invasora en conjunto con otros métodos diagnósticos. La administración de piperacilina/tazobactam (PIP/TZ) es uno de los factores asociados con la aparición de falsos positivos en dicha prueba, debido a una reacción cruzada con antígenos de cepas de *Penicillium* spp. utilizadas en el proceso de fabricación. El objetivo de este estudio es analizar la probabilidad de aparición de falsos positivos en las especialidades de PIP/TZ comercializadas de en España.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio in vitro con una fase de recogida de muestras multicéntrica en el que participaron cinco hospitales. Inicialmente se identificaron los laboratorios que comercializan especialidades con PIP/TZ en España y se realizó una recogida de muestras de tres viales por lote para realizar un análisis por triplicado. El acondicionado de las muestras se llevó a cabo siguiendo las instrucciones de sus correspondientes fichas técnicas, en un área estéril con cabina de flujo laminar horizontal según las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas de preparaciones de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria. El etiquetado de las muestras se hizo de forma ciega, imposibilitando la identificación del origen durante el estudio in vitro.

Para la detección del AG se utilizó el ensayo inmunoenzimático tipo sándwich en microplaca Platelia Aspergillus Ag, que detecta AG de *Aspergillus* en suero y lavado broncoalveolar. La presencia o ausencia de AG en la muestra se determina por el cálculo de un índice de densidad óptica (IDO) considerando positivos índices iguales o superiores a 0,5. Los resultados se expresaron como media $\pm$ desviación típica o con su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%). El análisis de la varianza se realizó mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

RESULTADOS: En la revisión inicial se identificaron cuatro laboratorios con especialidades de PIP/TZ comercializadas: Teva Pharma, Accord Healthcare, Fresenius Kabi y Sandoz Farmaceutica. Se incluyeron un total de 81 viales correspondientes a 27 lotes (7 lotes por laboratorio, salvo en uno de ellos en el que solo se localizaron 6 lotes). Del total de muestras analizadas la detección del AG fue positiva en 6 viales (7,4%), con un IDO medio de 1,38 (IC95%: 0,88 a 1,89). Los 6 resultados positivos correspondieron a 2 lotes (13,5 % respecto al total de lotes), repitiéndose el resultado positivo en todas las mediciones realizadas a cada lote (3 viales por lote), con un IDO medio de $1,77 \pm 0,29$ en el lote A y $0,98 \pm 0,16$ en el lote B. En el análisis de los 75 viales con resultado negativo, el IDO medio fue de 0,10 (IC95%: 0,09 a 0,11) sin encontrar diferencias estadísticamente significativas al considerar el laboratorio fabricante ($p=0,107$), aunque si entre lotes diferentes ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Con los resultados de nuestro estudio no podemos descartar la aparición de falsos positivos en la detección del AG tras la administración de PIP/TZ. La probabilidad de reacción cruzada parece estar directamente relacionada con el proceso de fabricación del fármaco.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

248. IMPACTO DEL PARÁMETRO CMAX/CMÍ SOBRE LA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON AMIKACINA EN PACIENTES CRÍTICOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA

AUTORES: RUIZ RAMOS J, RAMIREZ GALLEYMORE P, VILLARREAL TELLO E, MARQUES MIÑANA MR, LUNA REINA R, POVEDA ANDRES JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. Avenida Fernando Abril Martorell nº106. Valencia. España

OBJETIVOS: Amikacina es uno de los fármacos de elección en el manejo de infecciones graves por Gram negativos multirresistentes. No obstante, la información disponible sobre la respuesta al tratamiento función del parámetro pico de concentración plasmática (Cmax)/Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) en el paciente crítico con infección respiratoria es limitada. El objetivo de este estudio es establecer la relación entre el parámetro Cmax/CMI y la respuesta al tratamiento en este grupo de pacientes.

MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes adultos en tratamiento con amikacina ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos desde Septiembre de 2014 hasta Abril de 2016 con infección respiratoria causada por bacterias gram negativas sensibles a amikacina.

Los niveles plasmáticos de amikacina se determinaron mediante el equipo Indiko® (Thermo Fisher Scientific), con ajuste de dosis en función de las recomendaciones dadas por la Unidad de Farmacocinética del Servicio de Farmacia. La determinación de la CMI se llevó a cabo en el laboratorio de microbiología por medios automatizados.

Para el cálculo pk/pD se consideró la concentración de amikacina obtenidas durante la primera monitorización de la misma, en un periodo comprendido entre las 24h y 5 días del inicio del tratamiento.

Se evaluó la respuesta clínica al tratamiento, definida como la resolución de los signos y síntomas presentes en el momento de diagnóstico de infección, incluyendo fiebre, mejora radiológica, así como la normalización de leucocitosis y reducción de procalcitonina o PCR. Se utilizó la prueba ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 40 pacientes [Edad media: 56,0 (SD:2,0) años; Mediana APACHE: 22 (RIQ: 22-27)]. La principales bacterias aisladas en muestras respiratoria fueron K pneumoniae (55,0%), E Cloacae (20,0%) y P aeruginosa (20,0%). La dosis media utilizada en el inicio de tratamiento fue de 1150 mg (SD: 45,9), equivalente a 15,8 (0,6) mg/kg. Con dicha dosis, 33 pacientes (82,5%) alcanzaron un valor Cmax/CMI>8 en su primera monitorización.

La respuesta final al tratamiento fue superior en aquellos pacientes con una valor de Cmax/CMI>8 (60,6% vs 28,5%; p=0,028). No se alcanzaron diferencias significativas en la respuesta precoz (72h) al tratamiento (57,5% vs 42,8%;p=0,603) ni en la mortalidad a los 30 días (18,2% vs 28,5%;p=0,365). El parámetro Cmax/CMI>8 no se asoció a una mayor retirada por toxicidad renal (15,1% vs 14,3; p=0,881).

CONCLUSIONES: El parámetro Cmax/CMI >8 está asociado a una mayor respuesta al tratamiento con amikacina en el paciente crítico. Es necesario optimizar la dosis inicial de amikacina en función de la CMI de la bacteria para asegurar una adecuada consecución de los objetivos pK/pD.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

721. EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA y ANGIOEDEMA NO HISTAMINÉRGICO

AUTORES: Carriles Fernández C, Rodríguez Ferreras A, Ordoñez Fernández L, Lázaro López E, Velasco Rocas L. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avda. de Roma, s/n. Asturias. España

OBJETIVO: Omalizumab está indicado para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea en adultos y adolescentes que tienen una respuesta insuficiente al tratamiento con antihistamínicos H1, no teniendo indicación para el tratamiento de angioedema. Un reciente consenso, clasifica el angioedema adquirido de causa desconocida en histaminérgico y no histaminérgico en función de la respuesta a antihistamínicos. El angioedema no histaminérgico suele acompañar a la urticaria tanto en su forma aguda como crónica, ya que la única diferencia entre ambos es la localización histológica del proceso. El objetivo del trabajo ha sido evaluar la efectividad del tratamiento de omalizumab en pacientes con urticaria y/o angioedema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes con urticaria crónica y/o angioedema que iniciaron tratamiento en el periodo 2013-2015. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, fecha de diagnóstico, episodios de urticaria y angioedema antes de iniciar el tratamiento, uso previo de antihistamínicos y/o corticoides, fecha de inicio de omalizumab y pauta, episodios de urticaria y/o angioedema en el momento de iniciar omalizumab y su modificación tras instaurar el tratamiento. Los datos fueron extraídos de la historia electrónica Cerner Millennium®, y procesados con hoja de cálculo Excel®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio fueron tratados entre los dos Hospitales del Área 16 pacientes con omalizumab, 11 mujeres y 5 hombres. El 31,25% estaba diagnosticado de urticaria crónica, el 56,25% urticaria y angioedema, y el 12,50% sólo angioedema. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 3 (1,5-15) años, la mediana semanal de episodios de urticaria 7 (1-7) y de angioedema 1 (1-7). Todos los pacientes habían recibido dosis supraterapéuticas de antihistamínicos, y 15 de ellos tratamiento con corticoides. Las pautas administradas de omalizumab variaron desde una máxima de 600 mg mes a una mínima de 75 mg semanal. Tras el

inicio del tratamiento, un 64,29% de los pacientes consiguieron una remisión total de sus episodios de urticaria y un 35,71% vieron reducido el número de estos. Un 63,64% de los pacientes con episodios de angioedema permanecieron asintomáticos tras el inicio con el fármaco y un 36,36% redujeron su número.

El 86,67% de los pacientes suspendió el tratamiento concomitante con corticoides, mientras que el 6,67% redujo la dosis que recibía anteriormente. Los pacientes con antihistamínicos H1, un 56,25% suspendió el tratamiento y un 18,75% pudo reducir la dosis. En algunos pacientes se ha intentado desescalar la dosis de omalizumab o suspenderlo, pero no ha sido posible.

CONCLUSIONES: El tratamiento con omalizumab presentó una gran efectividad tanto en casos de urticaria crónica como en angioedema no histaminérgico, éste último es un uso -off-label- del fármaco. La disminución de episodios de urticaria y/o angioedema agudos debido al tratamiento con omalizumab, permitió la reducción de fármacos concomitantes y efectos adversos asociados a los mismos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

32. LACERACIONES CUTANEAS POR TRATAMIENTO CON COLAGENASA EN LA CONTRACTURA DE DUPUYTREN

AUTORES: CARRERA HUESO FJ, SANJUAN CERVERO R, POQUET JORNET J, Ramón Barrios MA, Oliver Mengual S, Gómez Herrero D.

HOSPITAL DR. MOLINER. PORTACOELI S/N. Valencia. España

OBJETIVOS: El principal objetivo del estudio es evaluar la aparición de laceraciones cutáneas en la Contractura de Dupuytren, los factores predisponentes en su desarrollo, comprobar la eficacia de las curas en las dehiscencias cutáneas observadas y valorar los dos tipos de curas utilizadas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de cohortes prospectivo en una muestra de 157 pacientes diagnosticados de contractura de Dupuytren con una afectación de uno o dos dedos de la mano y tratados con Colagenasa Clostridium Histolitycum. Los pacientes incluidos dieron su consentimiento informado por escrito antes del inicio del estudio y fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital y por la Agencia Española del Medicamento. Todas las infiltraciones se han realizado según especificaciones técnicas del producto y en sala de quirófano de cirugía menor, de acuerdo al protocolo del hospital.

Tras finalización de las mismas se colocó un vendaje suave a nivel de la mano, y a las 24 horas de la misma, se le retiró el vendaje y se valoró la presencia de signos inflamatorios en la mano, valorando la presencia de dehiscencia cutánea. Se remitió al paciente a la consulta de enfermería para la realización de las curas necesarias y control de la herida tras la manipulación. La evolución de la resolución completa de la lesión de la piel se examinó al mes de la infiltración. El tipo de curas realizadas se clasificaron en dos grupos: 1) curas planas con o sin hidrocoloide (Aquacell®); 2) curas de tipo antiséptico o antibiótico (Betatul®, Furacin®).

Se realizó un análisis de las distintas variables para determinar la posible relación con la aparición de laceraciones cutáneas. Se realizó un modelo de regresión logística para predecir la laceración de la piel. La eficacia del tipo de curas se evaluó mediante la comparación del tiempo de seguimiento hasta la curación que se obtuvo en cada grupo de curas.

RESULTADOS: Presentaron laceración de la piel un 33.1% (n=52) de los pacientes con un tamaño medio de 1.12 (SD: 0.70) cm. De entre las características generales de los pacientes fueron significativas la bilateralidad (p=0,002), la intervención quirúrgica previa (P=0,003) y la contractura MCF inicial (P

CONCLUSIONES: Las laceraciones cutáneas a consecuencia del tratamiento para la Contractura de Dupuytren con Colagenasa Clostridium Histolitycum son un proceso frecuente y de gravedad intermedia que interrumpe en la mayoría de los casos la actividad habitual de los pacientes. Su evolución es satisfactoria en menos de dos semanas y no se ve influenciada por el tipo de cura.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

847. CONCENTRACIONES DE INFLIXIMAB, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y RESPUESTA PASI EN PACIENTES CON PSORIASIS.

AUTORES: Colls Gonzalez M, Padullés Zamora N, Padullés Zamora A, Notario Rosa J, Lozano Andreu T, Colom Codina H.

Hospital Universitario de Bellvitge. Feixa llarga s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: Se han descrito diferentes estrategias de optimización de dosis de infliximab (IFX) en enfermedades reumáticas y enfermedad inflamatoria intestinal, todas ellas basadas en la actividad de la enfermedad, concentraciones

pre-dosis de IFX (Cmin) y presencia de anticuerpos anti-IFX (ATI). Sin embargo, la información disponible en psoriasis es escasa.

Objetivo principal: evaluar la relación entre la respuesta al fármaco, Cmin y ATI en pacientes con psoriasis. Objetivo secundario: identificar las variables que pueden afectar a la exposición de IFX.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo entre octubre 2013-febrero 2016 en pacientes con psoriasis tratados con IFX. La Cmin y ATI se determinaron en estado estacionario mediante ELISA (Promonitor®). La respuesta a IFX se valoró mediante escala PASI. Variables recogidas: sexo, peso, IMC, SC, bioquímica/hemograma, PASI y régimen posológico. Análisis estadístico: SPSS v19. Los resultados se muestran como mediana.

RESULTADOS: Se determinaron 82 Cmin y ATI correspondientes a 24 pacientes (21% mujeres; 38% artritis psoriásica). Peso: 84 kg (Q1-Q3: 79-94). PASI al inicio IFX: 12 (Q1-Q3: 9-17). IMC: 28,5 kg/m² (Q1-Q3: 26.8-33.1. 41,7% sobrepeso y 45,8% obesos). SC (fórmula Mosteller): 1,97 (Q1-Q3: 1,91-2,13. 93,3% sobrepeso). Dosis media: 5 mg/kg/8semanas (intervalo: 4 mg/kg/8semanas - 5 mg/kg/6semanas). Todos los pacientes intensificados: IMC>28 Kg/m².

Cmin: 1,63 mg/L (Q1-Q3: 0,71-3,08) y Cmin ajustado por la dosis (Cmin/D): 0,63 mg.L⁻¹/mg.kg⁻¹.mes⁻¹. No se observaron diferencias en Cmin ni Cmin/D según la presencia de artritis asociada. 12 muestras: ATI positivas, siendo la Cmin significativamente inferior a las muestras sin ATI (0,12 vs 1,87 mg/L; p < 0,0005). El 100% de las muestras con Cmin indetectable presentaban ATI positivos. Mejoría PASI según ATI: ATI positivo 62,5% vs ATI negativo 95%. Porcentaje de pacientes con respuesta PASI75 o superior según Cmin: Cmin indetectable: 50%; Cmin=0,036-1,5 mg/L: 65%; Cmin=1,6-3 mg/L: 81% (62% respuesta PASI90 o 100) y Cmin>3 mg/L: 79% (75% respuesta PASI90 o 100). Se observa una correlación entre el PASI y Cmin (p=0,01) y Cmin/D (p=0,001) pero no se ha detectado ninguna relación entre Cmin y PCR, PASI al inicio de IFX, la toma concomitante de un inmunomodulador ni recuento de neutrófilos.

Porcentaje de pacientes que alcanzan PASI75 o superior según IMC: peso normal 100% (todos PASI100), sobrepeso 65,4% (PASI90 o 100: 50%) y obesidad 66,7 % (PASI90 o 100: 47,6%) siendo el Cmin/D (mg.L⁻¹/mg.kg⁻¹.mes⁻¹) 0,66, 0,85 y 0,54; el porcentaje de pacientes con Cmin indetectables del 14%, 7,7% y 4,8% y el porcentaje de pacientes con Cmin > 3 mg/L del 14%, 34,6% y 30,1% respectivamente.

CONCLUSIONES: Existe una correlación entre exposición a IFX (evaluada mediante Cmin y Cmin/D) y el valor de PASI. El porcentaje de pacientes que alcanzan respuesta PASI75 o superior es mayor si Cmin>1,5 mg/L; el 61,9% de pacientes con Cmin entre 1,6-3 mg/L alcanzan respuesta PASI 90 o 100 y 75% de los que presentan Cmin>3 mg/L. El porcentaje de pacientes que alcanzan respuesta PASI75 o superior disminuye con el peso, sin embargo los valores de Cmin/D aumentan con el peso y el porcentaje de pacientes con Cmin indetectable disminuye.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

73. CORRELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A LENALIDOMIDA Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES: GUGLIERI LÓPEZ B, Pérez Pitarch A, Porta Oltra B, Climente Martí M, Merino Sanjuán M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. Avenida Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Obtener un modelo farmacocinético-farmacodinámico de lenalidomida en pacientes con mieloma múltiple (MM) que permita correlacionar la exposición a lenalidomida y la respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Criterios de inclusión: pacientes adultos con MM en tratamiento con lenalidomida a dosis entre 5-25 mg/día. Se recogieron variables antropométricas y características de la enfermedad (edad, peso, talla, tipo de MM, línea de tratamiento). En el primer día de tratamiento de uno de los ciclos de lenalidomida se recogieron cuatro muestras de sangre (5 mL) a los 30 minutos, 1, 2 y 4 horas post-administración. Se determinó la concentración plasmática de lenalidomida mediante HPLC. Se estimaron los parámetros farmacocinéticos [concentración plasmática máxima (Cmax), semivida de eliminación (t_{1/2}), AUC de tiempo 0 a infinito (AUC_{0-∞}), aclaramiento aparente (CL/F) y volumen de distribución aparente (V/F)] mediante análisis no compartimental en Stata 12.0 (Stata-Corp, Texas, USA). La relación entre la exposición a lenalidomida (Cmax o AUC_{0-∞}) y la respuesta al tratamiento se evaluó mediante regresión lineal multivariante empleando como variable de respuesta el porcentaje de reducción de la inmunoglobulina durante el tratamiento, confirmado en dos medidas consecutivas, según los criterios del International Myeloma Working Group. Con el fin de evaluar la variabilidad en la exposición a lenalidomida, se obtuvieron los correspondientes parámetros de exposición normalizados a la dosis de 25mg [Cmax-Norm=(Cmax/dosis)×25; AUC_{0-∞}-Norm=(AUC_{0-∞}/dosis)-25].

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes con un total de 60 muestras de sangre. Las medias/medianas de las variables biométricas fueron: edad=61 años (RIQ 11), peso=75 kg (DE=18), talla=165 cm (DE=8). Siete pacientes presentaban MM de tipo IgG, seis IgA y dos Bence-Jones. El 67% de los pacientes recibió lenalidomida en 2ª o 3ª línea. La dosis

administrada en el momento de la obtención de muestras fue de 25 mg/día (n=6), 15 mg/día (n=5), 10 mg/día (n=2) y 5 mg/día (n=2). Los parámetros farmacocinéticos obtenidos para los pacientes con 25 mg/día fueron: C_{max} =430 ng/mL (RIQ=209); $t_{1/2}$ =3,22 h (RIQ=0,36); $AUC_{0-\infty}$ =1966 $\mu\text{g}\cdot\text{h/L}$ (RIQ=1779); CL/F =291 mL/min (RIQ=240); V/F =58 L (RIQ=37). Los valores de C_{max} y $AUC_{0-\infty}$ en los pacientes que recibieron dosis inferiores fueron proporcionales a los obtenidos en los pacientes que recibieron la dosis mayor, por lo que para realizar el análisis de correlación posterior se utilizaron estos parámetros normalizados para la dosis de 25 mg/día. Se observó una elevada variabilidad interindividual en la exposición a lenalidomida (rango C_{max} -Norm: 144-682 ng/mL). El análisis por regresión lineal mostró una relación estadísticamente significativa ($p=0,001$) entre la C_{max} -Norm y la respuesta, observándose un aumento en el porcentaje de reducción de inmunoglobulina al aumentar C_{max} -Norm y siendo necesarias C_{max} -Norm > 324 ng/mL para conseguir reducciones de inmunoglobulina de al menos el 50% (Respuesta parcial).

CONCLUSIONES: En pacientes con MM se ha identificado una relación lineal entre la exposición a lenalidomida y la respuesta clínica. La elevada variabilidad observada en la exposición al fármaco repercute en una variabilidad en la respuesta al tratamiento y hace necesario el desarrollo de modelos farmacocinéticos-farmacodinámicos poblacionales que permitan identificar las fuentes de variabilidad en los parámetros farmacocinéticos y conduzcan a la personalización del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

617. ESTUDIO DE LA POSIBLE INFLUENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL ACLARAMIENTO DE VALPROICO EN PACIENTES ADULTOS

AUTORES: LASO LUCAS E, GARCIA GARCIA MDP, TEIXEIRA SILVA P, SANCHEZ HERNANDEZ JG, SANTOS HUELGA MD, OTERO LOPEZ MJ.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº San Vicente, 58-182. Salamanca. España

OBJETIVOS: El ácido valproico (VLP) se utiliza frecuentemente en el tratamiento del trastorno bipolar y otras patologías psiquiátricas. Muchos de los medicamentos utilizados en estas patologías, incluyendo el propio VLP, provocan un aumento de peso, por lo que un elevado porcentaje de pacientes presenta sobrepeso u obesidad. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la posible influencia del sobrepeso y la obesidad en el aclaramiento del VLP (CLVLP/F) en adultos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizaron datos de concentración sérica de VLP procedentes de una población de pacientes adultos (16-78 años), tratados con ácido valproico/valproato sódico por el Servicio de Psiquiatría o Unidades de Salud Mental, que fueron monitorizados en un hospital de tercer nivel entre 2010 y 2014, al menos en dos ocasiones. Los datos fueron cribados aplicando los siguientes criterios de inclusión: disponibilidad de datos demográficos (edad, peso, talla y sexo) y relacionados con el tratamiento (medicación concomitante, horario de administración de VLP y de toma de muestra; cumplimiento por parte del paciente y ausencia de comedición con interacción farmacocinética descrita sobre el CLVLP/F). La base de datos final incluyó 197 concentraciones séricas de VLP procedentes de 96 pacientes. El análisis farmacocinético se realizó con el programa NONMEM 7.3 ® (FOCEI), considerando un modelo monocompartimental y fijando la constante de absorción y el volumen de distribución a los valores bibliográficos de 4,1 h⁻¹ y 14 L, respectivamente. Para describir las variabilidades interindividual y residual se utilizaron modelos de error proporcional. Las variables analizadas incluyeron: peso -normalizado con la mediana de la población- (WGT), altura (ALT), índice de masa corporal (IMC), edad y sexo (SEX).

RESULTADOS: Las covariables con influencia significativa en el CLVLP/F fueron WGT, ALT y SEX. Como las dos primeras covariables son antropométricas y están correlacionadas, se eligió el WGT por ser de uso común en la práctica clínica y ser la covariable que más contribuyó al descenso en el valor de la función objetivo del modelo. Tras el refinamiento del modelo ($p < 0,01$) se excluyó la covariable SEX del modelo final, resultando un CLVLP/F = 0,64 L/h. Pese a que el IMC no entró en el modelo como covariable predictora del CLVLP/F, el análisis de este parámetro en nuestra población, considerando a los pacientes con IMC

CONCLUSIONES: El sobrepeso y la obesidad no son factores que modifican el aclaramiento del VLP en pacientes adultos. El tamaño corporal en sí podría ser el responsable de aumentar el aclaramiento del VLP, independientemente que se asocie o no a sobrepeso u obesidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

805. EXPOSICIÓN A 5-FLUOROURACILO COMO MARCADOR DE NEUTROPENIA GRAVE EN PACIENTES CON CÁNCER GASTROINTESTINAL.

AUTORES: Egüés Lugea A, Aldaz Pastor A, Marin Marin M, Alzueta Istúriz N, Bermejo Bravo A.

Clinica Universidad de Navarra. Pio XII 36. Navarra. España

La neutropenia es una complicación frecuente secundaria al tratamiento en pacientes con cáncer, siendo su prevención y manejo, uno de los principales retos a los que se enfrenta el clínico. El objetivo de este trabajo es evaluar el poder predictivo de la exposición a 5-fluorouracilo (5-FU), expresada como área bajo la curva concentración plasmática-tiempo (ABC), y la aparición de neutropenia grave, en pacientes con cáncer gastrointestinal que reciben tratamiento con un esquema basado en 5-FU.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, abierto que incluyó pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos a terapia combinada con un protocolo basado en 5-FU a altas dosis (2,4-3,2g/m²) en perfusión intravenosa de 24-46h entre Diciembre de 2010 y Septiembre de 2012. La exposición individual a 5-FU se estimó por metodología bayesiana en base a un modelo poblacional desarrollado y validado en la unidad de farmacocinética clínica del hospital a partir de los valores de concentración plasmática obtenidos durante la perfusión del fármaco. Se comparó el ABC de 5-FU alcanzada en los pacientes que presentaron neutropenia grave con la exposición en aquellos que no presentaron este efecto adverso o si lo presentaron este fue leve. Mediante el análisis de una curva ROC, se seleccionó el punto de corte óptimo para la aparición de neutropenia grado III-IV. Se calculó sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) e índices de verosimilitud.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 205 pacientes (28,3% mujeres y 71,7% varones), con una edad media de 60,63 años (rango 27-87 años). Mayoritariamente se seleccionaron pacientes con cáncer colorrectal (n=106), seguido de pacientes con cáncer de páncreas (n=47) y cáncer gastroesofágico (n=45). Los pacientes incluidos en el trabajo recibieron hasta 10 esquemas de tratamiento diferentes en función del diagnóstico, tratamiento previo, intención del tratamiento y criterio del oncólogo responsable. El protocolo más utilizado fue mFOLFOX6, que fue recibido en un 44,4% de los pacientes (n=26,4%), de los cuales 24 lo recibieron asociado a un anticuerpo monoclonal. Se observó neutropenia en el 53,35% de los ciclos monitorizados, siendo la incidencia de neutropenia grado III-IV del 19,9%. El ABC de 5-FU obtenida en los pacientes que presentaron neutropenia grave fue significativamente superior que en los que no tuvieron este efecto adverso (34,2 mcg*h/mL vs 27,3 mcg/mL; $p < 0.01$). Un valor de ABC de 5-FU $\geq 30,9$ mcg/mL tuvo una sensibilidad de 67,2% y una especificidad de 67,7%. El valor predictivo negativo fue del 89,3% y el valor predictivo positivo del 26,58%. De acuerdo con la curva ROC, el área bajo la curva fue de 0,712 (IC95% 0,625-0,877). Por regresión logística se observó que el riesgo de presentar neutropenia grave se multiplica por 4 si se supera este valor umbral de exposición de 30,9 mcg*h/mL (OR 4,09 IC95% 2,33-7,18; $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Existe una asociación significativa entre la exposición a 5-FU y la aparición de neutropenia grave. Cuando se supera el valor de ABC de 30,9 mcg*h/mL (estimado por curva ROC), el riesgo de presentar este efecto adverso se multiplica por 4.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

365. INFLUENCIA DE VARIABLES CLÍNICAS FRENTE PRESENCIA CYP2C19*2*3 EN LA RESPUESTA A CLOPIDOGREL EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA

AUTORES: Díaz Villamarín X, Villalobos Torres L, Dávila Fajardo CL, Morón Romero R, González Medina MDC, Cabeza Barrera J.

Hospital Universitario San Cecilio. Av Dr. Olóriz s/n. Granada. España

OBJETIVOS: La respuesta antiagregante a clopidogrel se ve influenciada por la presencia de ciertos polimorfismos genéticos, entre ellos la presencia del CYP2C19*2 ha mostrado el mayor nivel de evidencia aunque esta asociación no valora la posible influencia de algunos fármacos y variables clínicas que podrían estar enmascarando la relación entre polimorfismos genéticos y variaciones en la respuesta a fármacos. El objetivo de este estudio consiste en comparar la influencia de estas variables clínicas y fármacos frente a la influencia del polimorfismo en CYP2C19*2*3 en la respuesta al tratamiento con clopidogrel en pacientes sometidos a angioplastia transluminal percutánea (ATP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, donde reclutamos a los pacientes tratados en nuestro hospital con clopidogrel tras someterse a angioplastia transluminal percutánea entre 2010 y 2013. Variables a medir: Demográficas: edad y sexo; Clínicas: Diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, síndrome coronario agudo previo (SCA), accidente cerebrovascular previo (ACV), enfermedad arterial periférica previa (EAP) y angioplastia transluminal percutánea previa (ATP). tratamiento farmacológico concomitante: AAS, cilostazol, HBPM, IECA's, estatinas, ARA-II e IBP's. La determinación del polimorfismo se realizó con muestras de saliva y el test de discriminación alélica Taqman®. El endpoint para la eficacia será la aparición de trombosis, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, necesidad de reintervención, o muerte CV. La influencia de las diferentes variables estudiadas sobre la respuesta al clopidogrel se expresó en forma de Odds Ratio (estadísticamente significativas) y p.valor. Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes.

RESULTADOS: Se reclutaron 72 pacientes con EAP sometidos a ATP entre 2010 y 2013 con una edad media de (67,4±9,4 años) de los cuales 16(22,2%) eran mujeres; 25 pacientes (34,7%) presentaron un evento primario en 12 meses desde el alta de los cuales 11 (15,2%) eran portadores del CYP2C19*2 No encontramos una asociación esta-

dísticamente significativa entre la aparición de nuestro evento primario (IAM, ACV, muerte CV, trombosis de la zona afectada o re-intervención quirúrgica) y los siguientes factores de riesgo: edad ($p=0.89$), sexo ($p=0.79$), diabetes ($p=0.29$), hipercolesterolemia ($p=0.36$), tabaquismo ($p=0.38$), hipertensión ($p=0.09$), SCA ($p=0.81$), ACV ($p=0.90$), EAP ($p=0.17$), ATP previo ($p=0.73$).

Tampoco encontramos asociación significativa entre la aparición de nuestro evento primario y los siguientes tratamientos concomitantes: aas ($p=0.97$), HBPM ($p=0.36$), cilostazol ($p=0.35$), b-bloqueantes ($p=0.60$), IECA ($p=0.98$), ARA II ($p=0.27$), estatinas ($p=0.86$).

En cambio, si encontramos asociación estadísticamente significativa entre la aparición de nuestro end-point y la presencia del polimorfismo CYP2C19*2 (O.R.=4.49 (1.45-13.84) $p=0.009$), y con la toma concomitante de IBP (O.R.=2.83 (1.03-7.79) $p=0.04$).

CONCLUSIONES: Es conocido que los polimorfismos genéticos CYP2C19*2*3 conllevan variaciones en el metabolismo y en la respuesta al clopidogrel, lo cuál hemos confirmado entre nuestros pacientes; en cambio, según los datos de nuestro estudio, ninguna variable demográfica, clínica, ni tratamiento concomitante parece tener un impacto significativo sobre la eficacia del clopidogrel en nuestros pacientes, salvo la administración junto a IBP, lo cuál puede entenderse por las interacciones farmacocinéticas de los mismos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

479. LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB PREDICEN UNA REDUCCIÓN ÓPTIMA DE DOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: BOSÓ RIBELLES V, MARQUÉS MIÑANA MR, AGUAS PERIS M, NOS MATEU P, POVEDA ANDRES JL. HOSPITAL LA FE. Avenida Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Los niveles séricos de adalimumab (ADL) se han relacionado con la respuesta al tratamiento en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero no existe un intervalo terapéutico definido. Los objetivos de este estudio fueron determinar la relación entre los niveles séricos de ADL y la respuesta al tratamiento e investigar si los niveles de ADL predicen una reducción de dosis óptima en pacientes en remisión.

Pacientes y métodos

Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con EII en tratamiento de mantenimiento con ADL (exclusión: enfermedad perianal, manifestaciones extraintestinales). La remisión clínica se definió como Índice de Harvey

RESULTADOS: Se incluyeron 87 pacientes a los que se realizaron 157 determinaciones [50,6% hombres; edad media de 45,4 años (IC95%: 42,6-48,2)]. El 81,6% con EC, el 49,4% llevó infliximab previo y el 24,1% eran fumadores. La mediana de duración del tratamiento con ADL hasta la primera monitorización fue de 44,5 meses (IQ: 20,7-70,0). La Cmin fue mayor para los pacientes en remisión [mediana: 10,8 mcg/ml (IQ: 5,8-15,4)] que con enfermedad activa [6,0 mcg/ml (IQ: 3,6-9,4), $p < 0,001$]. El AUC de la curva ROC fue de 0,70 (IC95%: 0,61-0,79), con un punto de corte de 9,2 mcg/ml [Sensibilidad (Se): 60,9%; especificidad (Sp): 72,7%; valor predictivo positivo (VPP): 70,0%; valor predictivo negativo (VPN): 64, 0%].

En el análisis por regresión logística, el OR para remisión clínica si $C_{min} \geq 9,2$ fue de 4,1 (IC95%: 1,2-14,6), independientemente de: edad, sexo, peso, tabaquismo, infliximab previo, EC/CU, corticoides e inmunosupresión, variables que no permanecieron en el modelo.

Se exploraron las decisiones clínicas tomadas en estos pacientes en función de la Cmin. En aquellos que mantuvo la misma pauta la Cmin fue de 7,8 mcg/ml (mediana, IQ: 4,4-11,2). En 35 pacientes se realizaron cambios de dosis según los niveles, siendo la Cmin en aquellos en los que se decidió intensificar de 3,2 mcg/ml (IQ: 2,4-5,6), y de 15,6 mcg/ml (IQ: 13,5-18,4) en los que se decidió desintensificar ($n=23$).

Se construyó una curva ROC para los niveles de ADL y una desintensificación exitosa comparando con el grupo en el que se mantuvo la misma dosis (en remisión). El AUC fue de 0,88 (IC95%: 0,81-0,95; $p < 0,001$) con un punto de corte para desintensificación óptima de 12,1 mcg/ml (Se: 85,7%; Sp: 82,2%; VPP: 43,0%; VPN: 97,4%).

CONCLUSIONES: En pacientes en tratamiento de mantenimiento con ADL y en remisión clínica, los niveles de ADL nos permiten discernir entre aquellos pacientes en los que es posible llevar a cabo una desintensificación del tratamiento y aquellos en los que conviene mantener la misma pauta.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

370. MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VORICONAZOL EN PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN FÚNGICA ACTIVA

AUTORES: MARIN MARIN M, Aldaz Pastor A, Alzueta Istúriz N, Egüés Lugea A, Bermejo Bravo A, Ortega Eslava A. CLINICA UNIVERSITARIA NAVARRA. Avda. Pio XII, 36. Navarra. España

OBJETIVOS: El voriconazol es uno de los antifúngicos para los que se ha identificado un criterio mixto PK/PD, que permite la optimización de su terapia. Un paso clave para su aplicación es disponer de un modelo farmacocinético poblacional en el grupo de pacientes habitual en la práctica clínica. Este trabajo se diseñó para su obtención así como para su validación tanto interna como externa.

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron, retrospectivamente, las historias clínicas y farmacocinéticas de los pacientes adultos en tratamiento con VCZ por vía oral que habían requerido informe de la Unidad de Farmacocinética Clínica del Servicio de Farmacia (entre Junio 2008 y Diciembre 2012). Entre los datos recogidos se incluyeron variables antropométricas, farmacocinéticas, analíticas y de tratamiento. Los niveles de VCZ fueron determinados por HPLC de acuerdo al método desarrollado en la unidad. Para el desarrollo del modelo poblacional se empleó el software Pmetrics® versión 0.3

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 82 pacientes (52 varones y 30 mujeres), edad ($67,22 \pm 12,44$ y $60,06 \pm 11,27$ años, respectivamente), talla ($170,82 \pm 6,13$ y $160,86 \pm 7,30$ cm, respectivamente) y peso ($70,97 \pm 13,82$ y $58,22 \pm 12,33$ kg, respectivamente). Se seleccionó el modelo farmacocinético que presentó la menor entropía, el mejor criterio de Akaike y de Schwarz y la mayor información asociada. Éste resultó ser un modelo monocompartimental con cinética de eliminación del tipo de Michaelis-Menten. La mediana y percentiles 25 y 75 (entre paréntesis) de los parámetros farmacocinéticos estimados fueron: constante de absorción (K_a) de 1,4 (0,15-9,94) h^{-1} , constante de Michaelis-Menten (K_m) de 4,3 (1,04-9,86) $\mu g/mL$, velocidad máxima (V_{max}) de 30,9 (15,04-91,45) $\mu g/h$ y volumen de distribución del compartimento central (V_c) de 245,1 (106,27-806,5) L. Los coeficientes de determinación de la validación interna y externa del modelo fueron de 0,98, en ambos casos.

CONCLUSIONES: La evolución temporal de las concentraciones séricas de VCZ, administrado por vía oral, en pacientes adultos, se explica adecuadamente con un modelo monocompartimental con cinética de eliminación de Michaelis-Menten.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

348. RESULTADOS DEL USO DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO TRAS INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA CON STENT

AUTORES: Sánchez Ramos JG, Dávila Fajardo CL, Díaz Villamarín X, Martínez González LJ, Casas Hidalgo I, Cabeza Barrera J.

Hospital Universitario San Cecilio. Av Dr. Olóriz. Granada. España

OBJETIVO: El tratamiento de los portadores del alelo CYP2C19 * 2 y ABCB1 genotipo TT con clopidogrel se asocia con un aumento de las complicaciones isquémicas después de la intervención coronaria percutánea con stent (ICP) y se beneficiarían de los nuevos inhibidores del receptor P2Y12.

El objetivo de este trabajo será comparar la eficacia y seguridad de la elección de la terapia antiagregante guiado por genotipado frente a sin genotipado tras una ICP.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño cuasi-experimental con grupo control no randomizado antes-después, que incluyó a pacientes consecutivos sometidos a ICP con necesidad de tratamiento antiagregante doble de 1 a 12 meses. El grupo genotipado, recibiría prasugrel en portadores del alelo CYP2C19*2 o genotipo ABCB1 TT (□resistentes□) y clopidogrel en el resto (-sensibles-). El grupo sin genotipado, recibió antiagregante a criterio médico. El análisis se realizó por intención de tratar y en el periodo bajo doble antiagregación durante el primer año.

RESULTADOS: Se incluyeron 719 pacientes, el 86,2% con síndrome coronario agudo. En el grupo genotipado (317 pacientes) el 41% fue resistente a clopidogrel y se trataron con prasugrel (5 pacientes ticagrelor por antecedentes de ictus); el 59% fue sensible y recibieron clopidogrel. El grupo control (402 pacientes) fue tratado con clopidogrel de forma mayoritaria (sólo el 7% recibió prasugrel). Las características clínicas basales fueron similares en ambos grupos, con alguna diferencia terapéutica (tabla I). El objetivo primario de muerte cardiovascular, infarto de miocardio, angina inestable o ictus ocurrió en 32 pacientes (10,1%) del grupo genotipado y en 59 pacientes (14,7%) del grupo control (HR 0,63; IC95% 0.41- 0.97, $p=0.037$). No hubo diferencias en las hemorragias TIMI menores y mayores entre ambos grupos (4,1% frente a 4,7%, HR 0.80, IC95% 0.39- 1.63, $p=0.55$) y el efecto neto de eficacia y seguridad mostró una tendencia favorable al grupo genotipado (13,9% frente 18,4%, HR 0.69, IC95% 0.48-1.01, $p=0.058$). Dentro del grupo genotipado, no hubo diferencias en la tasa de eventos en los pacientes sensibles con clopidogrel frente a los resistentes con prasugrel (9,1% vs 11,5% $P=0.44$), ni en las hemorragias (3,7% vs 4,6 %, $p=0.69$).

CONCLUSIÓN: la elección del tratamiento antiagregante guiado por genotipado tras ICP es más eficaz y segura que la estrategia previa sin genotipado.

536. VALIDACIÓN DEL ENZIMOINMUNOENSAYO DE ARK® PARA LA DETERMINACIÓN SÉRICA DE LAMOTRIGINA

AUTORES: PASCUAL MARMANEU O, BELLÉS MEDALL MD, RAGA JIMÉNEZ C, LIÑANA GRANELL C, MENDOZA AGUILERA M, FERRANDO PIQUERES R.

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVDA. BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

OJETIVO: Analizar el enzimoimmunoensayo (EI) de Ark®, implementado en Architect® c4000, para la determinación automatizada de la concentración de lamotrigina en muestras séricas, mediante la medida del grado de acuerdo entre el nuevo método y la cromatografía líquida de alta resolución (HPLC).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todas las muestras séricas recibidas en la unidad de farmacocinética clínica para la determinación de niveles plasmáticos de lamotrigina. Las concentraciones séricas del analito fueron determinadas en primer lugar con HPLC, y posteriormente, cotejando el resultado con el valor obtenido con el EI de Ark®.

Se estudió la correlación o linealidad de ambos métodos mediante el coeficiente de regresión de Pearson. Posteriormente, se evaluó la concordancia de los valores obtenidos con las dos técnicas mediante la prueba del coeficiente de correlación intraclass (ICC) y el método de Bland-Altman que representa gráficamente las diferencias de las concentraciones analizadas respecto a su valor medio. Finalmente, se analizó la concordancia con el método de Passing-Bablok, que detecta con gran robustez si el origen de los errores sistemáticos es de tipo proporcional y/o constante y además estima el coeficiente de concordancia de Lin (rc).

Los resultados se expresan como porcentajes o media con su intervalo de confianza al 95% (IC95%) y mediante la comparación de las medias mediante la prueba t de Student. Estudio estadístico a través del programa informático STATA/IC 14.1.

RESULTADOS: Un total de 85 muestra séricas fueron determinadas con ambos métodos, obteniéndose una concentración media de 2.90 mcg/mL (IC95% 2.44-3.37) y de 6.94 mcg/mL (IC95% 5.96-7.93) ($p=0.00$) en la determinaciones con HPLC y EI, respectivamente. La correlación lineal de las concentraciones estimadas con una y otra técnica obtuvo una pendiente de 0.44 (IC95% 0.41-0.48) y una ordenada en el origen de -0.17 (IC95% -0.46-0.12) conforme a la ecuación $C_{pHPLC}=0.44C_{pEI}-0.17$ con un coeficiente de Pearson de $r^2=0.88$. El ICC fue de 0.44 (IC95% -0.10-0.75) y en el gráfico de Bland-Altman se observó una diferencia media de los resultados del EI respecto al HPLC de 4.04 mcg/mL (IC95% -1.17-9.25) con una pendiente positiva en la distribución de los puntos. La recta de regresión de Passing-Bablok calculada para la comparación de los dos métodos obtuvo una pendiente de 0.44 (IC95% 0.41-0.48) y una ordenada en el origen de -0.22 (IC95% -0.38-0.02) valores indicativos de error sistemático significativo tanto proporcional como constante, acorde a esta ecuación $C_{pHPLC}=0.44C_{pEI}-0.22$, con un coeficiente de Lin $rc=0.44$. La media de los porcentajes de desviación en la cuantificación de lamotrigina con el EI respecto al HPLC fue 184.22% (157.79-210.65) en el grupo de muestras inferiores al intervalo terapéutico (

CONCLUSIONES: Los valores analíticos entre ambas técnicas presentan bajo grado de acuerdo. Tras el análisis de concordancia se identifican errores sistemáticos que sobrevaloran las concentraciones séricas de lamotrigina obtenidas por el EI de Ark® respecto a HPLC. Tras estos resultados, se descarta la incorporación de la nueva técnica a la práctica clínica.

1190. VARIABILIDAD EN LA EXPOSICIÓN A MICA FUNGINA EN DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES

AUTORES: Luque Pardos S, Echeverría Esnal D, Martínez Casanova J, Monge Escartín I, Salas Sanchez E, Grau Cerrato S. Hospital del Mar. Passeig Maritim 25-29. Barcelona. España

OBJETIVOS: En la actualidad la monitorización de los niveles de equinocandinas, incluyendo micafungina (MCF), está cuestionada. Sin embargo, la información sobre posibles cambios en la farmacocinética de MCF atendiendo al tipo de paciente es muy limitada. El objetivo de este estudio es analizar las posibles diferencias en la farmacocinética de MCF en pacientes de distintos grupos poblacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo farmacocinético en pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de infección fúngica invasiva en tratamiento con 100 mg de MCF. Datos recogidos: demográficos, clínicos, farmacocinéticos (valle y pico en el estado estacionario), parámetros hepáticos basales (PHepB)(aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa, fosfatasa alcalina y bilirrubina total).

Los niveles plasmáticos de MCF se compararon entre pacientes críticos/no críticos (C/NC), con PHepB alterados/no alterados, con función renal basal normal (FRn)/disfunción renal (DR: aclaramiento de creatinina < 18,5, entre 18,5-

29,8 y ≥ 30 kg/m², respectivamente). Se consideraron como PHepB alterados cuando el valor de alguno de ellos se situó por encima del rango superior de normalidad. Pruebas estadísticas: prueba H de Kruskal Wallis para variables cuantitativas no normales.

RESULTADOS: Se incluyeron 59 episodios de tratamiento correspondientes a 43 pacientes. La mediana (rango intercuartil) de los valores valle y pico fue de 2,5 (1-7) y 11,0 (5-26) mg/dL, con un CV del 58,7% y 43,5%, respectivamente.

Los niveles valle en los grupos C/NC fueron 2,1 (1-3)/2,1 (1-7) p=0,832; PHepB alterados/no alterados 2,1 (1-7)/2,1 (1-3) p=0,674; FRn/DR 1,9 (1-7)/2,7 (1-7) p=0,016; albumina normal/hipoalbuminemia 2,3 (1-6)/2,0 (1-7) p=0,548 y desnutrido/normal/obesos 2,8 (2-6)/2,0 (1-7)/2,6 (1-7) p=0,150.

Los niveles pico en los grupos C/NC fueron 9,9 (6-16)/9,5 (5-28) p=0,703;; PHepB alterados/no alterados 10,3 (7-11)/7,6 (5-28) p= 0,192; FRn/DR 9,9 (5-28)/9,5 (6-20) p=0,924; albumina normal/hipoalbuminemia 9,9 (6-27)/9,5 (5-28) p=0,336 y desnutrido/normal/obesos fueron 11,6 (8-28)/9,5 (5-27)/10,2 (6-15) p=0,116.

CONCLUSIONES: A pesar de que micafungina se administra a una dosis estándar de 100 mg/día se observa una elevada variabilidad interindividual en los niveles plasmáticos en el estado estacionario, tanto del valle como del pico.

A pesar de que micafungina no se elimina por vía renal, sorprende que los pacientes con alteración de la función renal basal presentaron unos niveles valle más elevados.

Sin embargo, el estado crítico, la función basal hepática basal, el valor de albúmina sérica o el estado nutricional de los pacientes no parecen ser factores que influyan en la exposición plasmática a esta equinocandina.

La elevada variabilidad en los niveles plasmáticos de MCF en las poblaciones estudiadas sugiere que la monitorización de niveles de este antifúngico podría ser beneficiosa para conocer si con las dosis estándar se alcanzan las concentraciones necesarias que indican los valores óptimos de los índices pK/pD.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

185. VARIANTES GENÉTICAS EN ERCC1 Y ERCC2 SE ASOCIAN CON UN MAYOR RIESGO DE NEUTROPENIA Y NEUROTOXICIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON TAXANOS

AUTORES: BOSÓ RIBELLES V, MEGIAS VERICAT JE, HERRERO CERVERA MJ, MONTALAR SALCEDO J, ALIÑO PELLICER SF, POVEDA ANDRÉS JL.

HOSPITAL LA FE. Avenida Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: La neurotoxicidad y la neutropenia son toxicidades severas inducidas por taxanos. Como mecanismo de toxicidad se ha postulado el daño por estrés oxidativo. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en genes codificantes para proteínas implicadas en la generación de especies reactivas de oxígeno, reparación del ADN y respuesta antioxidante con la neurotoxicidad y neutropenia en pacientes con cáncer de mama (CM) tratadas con taxanos.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes adultas con diagnóstico histológico de CM. Las toxicidades se evaluaron en cada ciclo y se clasificaron según los criterios del NCI CTCAE v4.0. Se analizaron SNPs en ERCC1 (rs11615, rs3212986), ERCC2 (rs13181, rs1799793), NOS3 (rs1799983, rs2070744), GSTM3 (rs1799735), RRM1 (rs1042858, rs9937) y SOD2 (rs4880) mediante espectroscopia de masas (MassARRAY SEQUENOM®). Las toxicidades se agruparon en grado 0-1 frente a grado 2-4. Se construyeron modelos predictivos (regresión logística y Elastic Net) incluyendo los polimorfismos, edad, performance status, esquema de quimioterapia y enfermedad metastásica (IBM® SPSS® Statistics v.19; R® v. 3.1.2 (glmnet v. 2-2.1)).

RESULTADOS: Se incluyeron 159 pacientes: 101 tratadas con docetaxel [edad media 51,0 años (IC95%: 48,9-53,1)] que recibieron docetaxel 100mg/m² cada 21 días (48,5%) o docetaxel 75mg/m² más doxorubicina y ciclofosfamida cada 21 días (51,5%). 58 pacientes tratadas con paclitaxel [edad media 58,3 años (IC95%: 54,8-61,1)], que recibieron paclitaxel 80mg/m² semanal (81,0%) o paclitaxel 80mg/m² semanal más doxorubicina (19,0%).

A) ERCC2 rs13181 se asoció con neurotoxicidad en pacientes tratadas con docetaxel [2,2% TT/GT frente a 22,2% GG; OR=12,7 (IC95%: 1,6-104,4; p=0,028)] con mayor riesgo para las pacientes con genotipo GG (relacionado con menor capacidad reparadora del ADN).

B) Dos SNPs se asociaron con neurotoxicidad en pacientes tratadas con paclitaxel: ERCC1 rs3212986 [14,7% GG frente a 41,7% GT/TT; OR=4,2 (IC95%: 1,2-14,7; p=0,022)], estando el alelo T relacionado con menor capacidad de reparación del ADN; y SOD2 rs4880 [33,3% TT/TC frente a 0,0% CC; p=0,002], asociándose el alelo T con menor actividad enzimática.

C) Se construyó un modelo predictivo de neurotoxicidad Elastic Net incluyendo ambos grupos de tratamiento (n=159) que seleccionó: ERCC1 rs3212986 GT, NOS3 rs1799983 GT, SOD2 rs4880 TT y esquema con paclitaxel como factores de riesgo y ERCC2 rs13181 TT como factor protector.

D) Tres SNPs se relacionaron con neutropenia por docetaxel: ERCC2 rs13181 [15,2% TT frente a 3,7% TG/GG; OR=0,19 (0,04; 1,01), p=0,031]; NOS3 rs2070744 [16,2% TT frente a 3,2% CT/CC; OR=0,20 (0,04; 1,03), p=0,038]; GSTM3 rs1799735 [7,1% AGG.AGG/AGG.DEL frente a 66,7% DEL/DEL; OR=20,1 (IC95%=1,6-257,9)]. Todas habían recibido profilaxis primaria con filgrastim.

E) El modelo Elastic Net para neutropenia por docetaxel seleccionó: GSTM3 rs1799735 DEL/DEL como factor de riesgo y NOS3 rs2070744 TT como factor protector.

F) No se encontraron asociaciones con neutropenia en pacientes con paclitaxel.

CONCLUSIONES: Variantes genéticas relacionadas con una menor capacidad de reparación del ADN y de detoxificación están relacionadas con mayor riesgo de neurotoxicidad y neutropenia en pacientes con CM tratadas con taxanos. La utilización de biomarcadores de toxicidad sería de gran utilidad en la práctica clínica, pero se necesita validar estas asociaciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

586. ANÁLISIS DEL COSTE EVITADO AL SERVICIO AUTONÓMICO DE SALUD COMO CONSECUENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA INTRAVENOSA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

AUTORES: MARTINEZ CASAL X, RODRIGUEZ SANCHEZ JL, LOPEZ GUTIERREZ XL, OTERO ESPINAR FJ, PRIETO CAA-MAÑO J, ALVES SENRA O.

HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA DE CEE. PASEO DO ALCALDE PEPE SANCHEZ S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Análisis del coste evitado al Servicio Autonómico de Salud como consecuencia del establecimiento de un circuito ágil y eficiente de Prescripción-Dispensación-Administración de terapia antiinfecciosa intravenosa (TAI), coordinado por el servicio de farmacia hospitalario (SFH) del hospital de referencia (HR), que facilita la administración de TAI en el propio Centro Sociosanitario (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 44 meses de duración (agosto 2012 - marzo 2016) en el que se registran los TAI prescritos (CSS o HR), dispensados y administrados a los pacientes pluripatológicos y polimedicados que se encuentran institucionalizados en un CSS de 150 plazas ubicado a 30 km del HR. Se registra el tratamiento prescrito (indicación, tipo de antibiótico y posología), duración del TAI administrado en el CSS (=nº de estancias evitadas) y lugar de prescripción. El prescriptor puede ser un médico del CSS (en colaboración con el farmacéutico hospitalario que asesora en adecuación de la prescripción, ajuste renal, consulta antibiograma, evitando la derivación del paciente y el gasto de desplazamiento en ambulancia) o bien un facultativo del HR (por ej. médico del Servicio de Medicina Interna que adelanta el alta hospitalaria o médico de urgencias que evita un ingreso hospitalario una vez estabilizado el paciente).

RESULTADOS: A lo largo del periodo de estudio se dispensaron y administraron 200 tratamientos de TAI en el CSS (59 en hombres, 141 en mujeres) correspondientes a 1479 estancias evitadas en el HR. El coste total evitado asciende a 782.317 euros, teniendo en cuenta el coste por estancia publicado en un decreto del Diario Oficial de la Comunidad Autónoma (528,95 euros). El 56%(n=112) fueron prescritos en el propio CSS (duración media del tratamiento: 7,80±2,65 días) evitándose el desplazamiento en ambulancia (60 km trayecto de ida y vuelta; tarifa por km*= 0,73 euros; coste evitado ambulancia=4905,6 euros) según tarifa publicada en el citado decreto. El 44% (n=88) restante de los tratamientos fueron prescritos por facultativos (Medicina interna, urgencias o consultas externas) del HR (5,93±2,81 días) y administrados en el CSS. En total el coste evitado asciende a 787.223 euros en 44 meses.

CONCLUSIONES: El establecimiento de un circuito ágil y eficiente que garantice una adecuada coordinación entre los facultativos de ambos centros (CSS y HR) permite administrar terapia antiinfecciosa intravenosa in situ en el propio CSS, evitándose derivaciones y estancias hospitalarias disminuyendo el gasto sanitario del sistema autonómico de salud. Además se aumenta la disponibilidad de cama de agudos para atender otro tipo de demanda con lo que se garantiza un mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor eficiencia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

358. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOS FÓRMULAS MAGISTRALES DE TACRÓLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE INFILTRADOS SUBEPITELIALES SECUNDARIOS A CONJUNTIVITIS POR ADENOVIRUS.

AUTORES: BERISA PRADO S, RIESTRA AYORA AC, TRELLES CAMPA A, LISA FERNÁNDEZ C, ALFONSO SÁNCHEZ JF. INSTITUTO OFTALMOLÓGICO FERNANDEZ VEGA. Avenida Dres. Fernández-Vega nº 34. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de la administración de tacrólimus 0.03% colirio (TC0,03%) administrado dos veces al día y tacrólimus 0.02% pomada oftálmica (TP0,02%) administrada una vez al día en pacientes con infiltrados subepiteliales (IS) corneales secundarios a conjuntivitis por adenovirus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, de un año de duración de los pacientes tratados con fórmula magistral de tacrolimus entre octubre de 2014 y Octubre de 2015. Los siguientes datos fueron recogidos a través de la Historia Clínica Informatizada: sexo, edad, tratamiento prescrito, duración de tratamiento, periodo de seguimiento en consulta, agudeza visual (AV) inicial y final y reacciones adversas para medir la seguridad del tratamiento. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 22.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 99 ojos de 63 pacientes (57,1% de los pacientes con afectación bilateral). 52,4% mujeres y 47,6% varones. Edad Media: 46,85 años (rango: 18-75).

26 pacientes (41,3%) recibieron TP0,02% y 37 pacientes (58,7%) TC0,03%. La mediana de la duración de tratamiento fue de 105 días (p25-75: 55,5-199). La mediana de la duración de seguimiento 112 días (p25-75: 57,25-426,75).

Respecto a la respuesta obtenida con TC0,03%, 12 ojos (12,12%) presentaron desaparición total de los IS, 31 ojos (31,31%) presentaron una disminución de IS y 7 ojos (7,07%) no tuvieron ningún cambio.

Respecto a la respuesta obtenida con TP0,02%, 7 ojos (7,07%) presentan desaparición total de los IS, 25 (25,25%) ojos presentaron una disminución de IS y 5 ojos (5,05%) no tuvieron ningún cambio. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta al tratamiento entre el colirio y la pomada oftálmica.

En cuanto a la AV recogida de 32 ojos, 17 ojos (53,1%) obtienen un incremento de AV con una media de 0,331 (rango: 0,1-0,7). No observándose diferencia en 12 ojos (37,5%) y presentando una pérdida de AV de 0.1 en 3 ojos (9,37%).

La tolerancia de TC0,03% en 33 (52,38%) pacientes fue buena, 1 paciente (1,58%) presentó alergia, 1 paciente (1,58%) presentó molestias (picor), faltando datos de otros 2 pacientes (3,17%).

La tolerancia TP0,02% en 20 pacientes (31,74%) fue buena y en otros 6 pacientes (9,52%) presentaron irritación y picor.

CONCLUSIONES: Los IS corneales secundarios a la conjuntivitis por adenovirus presentan una alta prevalencia, disminuyendo la agudeza visual de los pacientes e influyendo en su calidad de vida. El tacrolimus como fórmula magistral ha demostrado ser efectivo en la disminución de IS, aumentando la AV de los pacientes y teniendo una buena tolerancia en la mayoría de ellos. También podemos concluir que la efectividad del colirio y la pomada no presentan diferencias estadísticamente significativas, administrándose 2 veces al día el colirio y 1 vez al día la pomada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

87. ESTABILIDAD DE UNA SOLUCIÓN DE CLORURO CÁLCICO EMPLEADA PARA REPOSICIÓN INTRAVENOSA DE CALCIO EN LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO

AUTORES: BLANCO DORADO S, FERNANDEZ FERREIRO A, PÉREZ SUAREZ LF, BANDIN VILAR E, GONZÁLEZ BARCIA M, LAMAS DÍAZ MJ.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Actualmente el citrato trisódico al 4% (CiCa®Fresenius®) se emplea como anticoagulación regional en las técnicas de remplazo renal en pacientes críticos, como alternativa a heparinas en pacientes con alto riesgo de sangrado Sin embargo, el efecto quelante del citrato suele provocar hipocalcemia que requieren la administración concomitante de calcio sistémico por vía intravenosa, recomendándose el empleo de soluciones de calcio de concentración 97 mM. Actualmente se desconoce la estabilidad de esta solución de calcio y no existe comercializado ningún preparado con esta concentración.

El objetivo de este estudio es evaluar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de una solución de cloruro cálcico 97 mM elaborado en un Servicio de Farmacia Hospitalaria durante un periodo de 30 días.

MATERIAL Y MÉTODOS: Inicialmente se ha elaborado una solución de cloruro cálcico 97 mM en condiciones de esterilidad, añadiendo para ello, 210 ml de cloruro cálcico 100 mg/ml Braun® a 1 litro de suero salino fisiológico Baxter®.

Posteriormente se envasa y se conserva bajo 8 condiciones diferentes: Exposición o no a la luz, material del envase contenedor (Bolsas EVA Baxter® o Frascos de vidrio tipo I Vacuflasc®Grifols), estudiándose cada uno de las condiciones anteriores bajo dos temperaturas (Ambiente 21-25 °C o Nevera 2-8 °C).

Las determinaciones para el estudio de la estabilidad fisicoquímica y microbiológica se han realizado los días 0, 10, 20 y 30 post-elaboración. La concentración de calcio se ha determinado mediante colorimetría directa (Dimension Vista® System, Flex® reagent cartridge, SIEMENS, $\lambda = 577$ nm). La osmolalidad se ha determinado mediante un Vapor Pressure Osmometer (VAPRO 5520®) y el pH con un pHmetro WTW inoLab®, realizándose estas medidas los días 0 y 30 del estudio. Se ha estudiado la presencia/ausencia de partículas y cambio de color de la preparación.

La esterilidad microbiológica se ha verificado mediante la siembra de la solución en agar Columbia y agar Sabouraud.

Se establecen los márgenes de validez de la solución de cloruro cálcico entre 90 y 110 % de la concentración inicial de cloruro cálcico dihidratado, certificando a la vez que durante el periodo estudiado no existan variaciones de pH y osmolalidad. La estabilidad microbiológica se establece mediante los negativos microbiológicos en los ensayos realizados. Todas las determinaciones se han realizado por triplicado.

RESULTADOS: La concentración de calcio se ha mantenido inalterada durante el todo el periodo del estudio en todas las condiciones estudiadas. El pH fue 6 y no se ha modificado durante el periodo del estudio. La osmolalidad se ha mantenido constante con valores de 520 mOsm/L. Todos los cultivos microbiológicos fueron negativos.

CONCLUSIONES: La solución de cloruro cálcico preparada en nuestro servicio demostró ser estable tanto desde el punto de vista fisicoquímico como microbiológico durante todo el período del estudio presentando un pH y osmolalidad adecuados para su administración intravenosa, pudiéndose establecer un periodo de caducidad de la misma de 30 días.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

389. ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD DE MEZCLAS TERNARIAS DE METAMIZOL, METOCLOPRAMIDA Y TRAMADOL EN CLORURO SÓDICO 0.9%

AUTORES: MARTÍNEZ GÓMEZ MA, LÓPEZ NAVARRO AÁ, GRAS COLOMER E, MARTÍNEZ MORENO J, CLIMENTE MARTÍ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. Avenida Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Estudiar la estabilidad química y la compatibilidad física de mezclas intravenosas ternarias de metamizol, metoclopramida y tramadol en cloruro sódico 0,9% (SF) a diferentes concentraciones para su administración parenteral en perfusiones de 24 horas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Fármacos: metamizol (Nolotil® 2g/5ml ampolla), metoclopramida (Metoclopramida Kern Pharma® 10mg/2ml ampolla) y tramadol (Tramadol® 100mg/2ml ampolla).

Vehículos: 250 y 500ml SF en envase de poliolefinas (Viaflo®).

Dosis: Se prepararon 16 mezclas ternarias de metamizol (6g)-metoclopramida (30mg)-tramadol (300mg): 8 mezclas en 250ml de SF (mezclas 1-8) y 8 mezclas en 500ml de SF (mezclas 9-16).

Condiciones de conservación ajustadas a la práctica asistencial: mezclas 1-2: Temperatura ambiente (TA=23,4±0,3°C) sin fotoprotección (L); mezclas 3-4: TA con fotoprotección (PL); mezclas 5-6: Nevera (N=5,2±0,4°C) y L; mezclas 7-8: N y PL; mezclas 9-10: TA y L; mezclas 11-12: TA y PL; mezclas 13-14: N y L; mezclas 15-16: N y PL.

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 ≥5%); c) pH, medido con pH-metro y electrodo de vidrio (incompatibilidad: variación de pH >5%).

Estabilidad química: Para conocer el periodo de validez (PV) de cada mezcla se determinó el porcentaje de concentración remanente (%CR) para cada fármaco a 0h, 6h, 24h, 48h, 72h y 6 días así como el T90, cuando %CR fue ≤90%. Se extrajo una alícuota de la mezcla previa homogeneización y se analizó por duplicado mediante cromatografía líquida de alta resolución.

RESULTADOS: No se observó turbidez, precipitación ni pérdida de volumen en las mezclas. El pH inicial de las mezclas fue: 7,66±0,05 (mezclas 1-8) y 7,50±0,06 (mezclas 9-16); en todas las mezclas la variación de pH fue

CONCLUSIONES: La estabilidad físico-química de las mezclas de metamizol (6g)-metoclopramida (30mg)-tramadol (300mg) en 250 y 500ml en cloruro sódico 0,9% viene condicionada por el T90 de metoclopramida y la aparición de productos de degradación de metamizol. El periodo de validez de las mezclas es inferior a 24h, requiriéndose estudios de estabilidad adicionales para establecerlo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

525. ESTUDIO DE ACTIVIDAD BIOLÓGICA DE INFlixIMAB

AUTORES: ÁLVAREZ MARTÍN T, BELLÉS MEDALL MD, MONTAÑES PAULS B, MENDOZA AGUILERA M, LIÑANA GRANELL C, FERRANDO PIQUERES R.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AV/ BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: Analizar la actividad biológica de diferentes concentraciones del biosimilar Inflectra® y del producto de referencia Remicade®, elaboradas y conservadas según práctica clínica habitual durante 72h.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se prepararon ocho muestras, cuatro de Remicade® y cuatro de Inflectra® a diferentes concentraciones: 10 mg/mL (vial reconstituido), 0.5, 1.2 y 2.3 mg/mL diluido con NaCl 0,9% en bolsas de poliolefina/poliamida. Se elige preparar estas concentraciones porque son las dosis mínimas, las habituales y las máximas que se utilizan en la práctica clínica. La determinación de Inflectra® y de Remicade® se realizó con el analizador Euroimmun

I-2p® y los reactivos de Lisa-Tracker® mediante técnica ELISA de captura. Cada muestra se determinó por triplicado, llevándolo a una concentración final tras dilución con NaCl 0.9% dentro del rango de detección del método de análisis empleado de 2.3 mcg/mL, 5 mcg/mL, 10 mcg/mL y 11.6 mcg/mL. Se midió el porcentaje de actividad anti TNF α respecto a la concentración teórica a tiempo 0. Posteriormente se midió la actividad anti-TNF α a las 24, 48 y 72h y se calculó el porcentaje de actividad obtenido respecto a tiempo 0. Se consideró una actividad biológica anti-TNF α estable cuando la pérdida de concentración no superaba el 10% de la concentración a tiempo 0.

RESULTADOS: La técnica utilizada presentó un coeficiente de variación intraensayo $\leq 5.4\%$, un coeficiente de variación interensayo $\leq 13.6\%$, un límite de detección = 0.1 mcg/mL y un rango de detección de 0,1–16 mcg/mL. Para Remicade® el porcentaje de concentración inicial media anti-TNF α respecto a la concentración teórica para las muestras de 0.5, 1.2, 2.3 y 10 mg/mL fue de $55.1 \pm 3.9\%$, $52.0 \pm 4.1\%$, $51.9 \pm 3.7\%$ y $60.0 \pm 4.5\%$, respectivamente. Para Inflectra® el porcentaje de actividad inicial para las mismas concentraciones fue de $58.9 \pm 1.0\%$, $54.7 \pm 1.2\%$, $47.9 \pm 1.3\%$ y $63.5 \pm 0.5\%$. El porcentaje de actividad anti-TNF α para Remicade® a las 24, 48 y 72h respecto a tiempo 0 en las muestras de 0.5 mg/mL fue de 94.5%, 129.0% y 105.4%; para la concentración de 1.2 mg/mL fue de 100.0%, 112.5% y 109.4%; para la concentración de 2.3 mg/mL se obtuvo un porcentaje de actividad de 95.8%, 95.2%, y 103.9% y el porcentaje de actividad para la muestra reconstituida de 10 mg/mL fue de 102.4%, 119.3% y 119.2%. En el caso de Inflectra®, el porcentaje de actividad para la concentración de 0.5 mg/mL fue de 109.0%, 117.2% y 103.8%. A la concentración de 1.2 mg/mL el porcentaje de actividad fue de 106.8%, 122.3% y 111.6%. Para la concentración de 2.3 mg/mL el porcentaje fue de 95.4%, 104.3% y 97.9%. Finalmente, el porcentaje de actividad biológica para la muestra de 10 mg/mL fue de 95.4%, 121.0% y 108.3%.

CONCLUSIONES: Remicade® e Inflectra® mantienen la actividad biológica a las 72h en el vial reconstituido y en todas las concentraciones preparadas como mezclas intravenosas tras ser conservadas en nevera y protegidas de la luz.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

589. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUIMICA Y MICROBIOLOGICA DE UNA MEZCLA ANALGÉSICA DE ROPIVACAÍNA 3MG/ML, KETOROLACO 0,3MG/ML Y ADRENALINA 0,005MG/ML PARA USO EN ARTROPLASTIAS DE CADERA Y RODILLA

AUTORES: ESTEBAN CASADO S, Martínez Simón JJ, Martín de Rosales Cabrera AM, Tolón Rafael RM, Bartolomé García E, Pérez Encinas M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON. Calle Budapest,1. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica(EFQyM) de una mezcla analgésica de ropivacaína 3mg/mL, ketorolaco 0,3mg/mL y adrenalina 0,005mg/mL en solución salina fisiológica, para administración intraarticular en artroplastias de rodilla y cadera.

MATERIAL Y METODOS: El servicio de traumatología planteó la preparación aséptica de esta alternativa analgésica intraoperatoria cuya eficacia ha sido demostrada en ensayos clínicos y metaanálisis publicados en >1700 pacientes; sin embargo no existen referencias de EFQyM.

Para el desarrollo del estudio se siguieron criterios ICH y la guía GERPAC -estudios de estabilidad para preparaciones en servicios de farmacia hospitalaria-. Se establecieron 7 tiempos de muestreo(TM) (t0h, t24h, t48h, t7días, t15días, t22días, t30días) y 3 temperaturas de conservación(TC) ($5 \pm 2^\circ\text{C}$; $25 \pm 2^\circ\text{C}$ y $37 \pm 2^\circ\text{C}$). Se realizaron 3 lotes para cada TM y TC, preparándose 63mezclas en cabina de flujo laminar horizontal(CFLH) en sala blanca, condiciones asépticas y acondicionadas en jeringas de polipropileno de 50mL tapadas y selladas en bolsa estéril y fotoprotectora.

Se determinó: limpidez mediante visor de partículas(KSR Lighting®) para partículas visibles(>50 μm); y mediante microscopio óptico binocular(Nikon® Eclipse-TS100) para partículas subvisibles(>10 μm y/o >25 μm); según métodos de farmacopea europea. pH mediante pHmetro (Crison® Basic 20); osmolaridad mediante osmómetro(OSMO-STATION® OM-6050) y coloración mediante inspección visual.

Al mismo tiempo se inició la segunda fase del estudio con la puesta a punto del método analítico para el análisis de la mezcla mediante HPLC.

El control microbiológico(CM) se realizó a t0h, eligiendo 7muestras al azar (10% de las muestras) e inoculando 20mL de cada muestra en hemocultivo para microorganismos aerobios y anaerobios BACT ALERT FA Plus y FN Plus®, respectivamente.

RESULTADOS: Limpidez: permaneció constante a $5 \pm 2^\circ\text{C}$ durante el tiempo de estudio, tanto partículas visibles como subvisibles; sin embargo a $25 \pm 2^\circ\text{C}$ se observó 1partícula >25 μm en uno de los lotes a t 30días y 2 partículas >25 μm en uno de los lotes conservados a $37 \pm 2^\circ\text{C}$. En este mismo lote se observó 1partícula >50 μm . pH: la variación fue En el CM no se evidenció crecimiento microbiano en ninguno de los lotes cultivados.

CONCLUSIONES: Los resultados iniciales parecen indicar que la EFQyM de la mezcla analgésica estudiada está asegurada durante 30 días conservada a $5 \pm 2^\circ\text{C}$ y protegida de la luz. Los cambios en limpidez y coloración a $37 \pm 2^\circ\text{C}$

aparecen a partir de t7 días por lo que la administración intraarticular parece segura ya que la duración de la acción de la mezcla es mucho menor desde su administración. Para confirmar estos resultados son necesarios los datos del análisis mediante HPLC de la segunda fase del estudio que se encuentra en marcha.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

30. EVALUACIÓN DE LA BIOPERMANENCIA OCULAR «IN VIVO» DE TRES FORMULACIONES OFTÁLMICAS DE CISTEAMINA CLORHIDRATO

AUTORES: Fernández Ferreiro A, Luaces Rodriguez A, Vieites Prado A, González Barcia M, Lamas Díaz MJ, Otero Espinar FJ.

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. C/ A Choupana s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: La cistinosis es una enfermedad autosómica recesiva en la que se produce una acumulación de cristales de cistina en el interior de los lisosomas en diferentes órganos, entre ellos la córnea. El tratamiento ocular se basa en la instilación de colirios de cisteamina con posologías muy incómodas para el paciente, entre 6 y 10 aplicaciones al día. El objetivo del presente trabajo es determinar el tiempo de biopermanencia in vivo de dos formulaciones magistrales de cisteamina y compararlas con el colirio comercializado en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio in vivo comparativo de la biopermanencia ocular de tres formulaciones oftálmicas de cisteamina. Inicialmente se elaboran dos formulaciones magistrales de cisteamina clorhidrato (Sigma Aldrich®) al 0,55%. Una de ellas se vehiculiza mediante un hidrogel con polímeros sensibles a estímulos iónicos a concentración de 0,2% (Goma Gellan al 88% y Carragenato Kappa al 12%) y la otra, con hialuronato de sodio (Acofarma®) al 0,4% disuelto en BSS® (Balanced Salt Solution). La tercera formulación es el Cystadrops®, un colirio comercializado por Orphan Europe®.

Posteriormente, se determina la biopermanencia ocular in vivo en ratas Sprague-Dawley de las tres formulaciones oftálmicas. Para ello, a todas las formulaciones se les incorpora un colorante (Trypan Blue al 0,04%) para permitir su visualización sobre la superficie ocular. Los animales utilizados presentaban un peso comprendido entre 303-319 g y se sedaron antes de la instilación de los colirios con sevoflurano al 3% vaporizado en una mezcla de 70% de N2O y 30% de O2. Se instilan 7,5 µL de cada formulación en cada ojo, se realizan tres parpadeos manualmente, con el fin de homogeneizar la formulación, y se revierte la sedación. A continuación, y previa pseudo-anestesia, se toman imágenes de los ojos con una cámara (Integrated Standalone Digital Camera for Stereomicroscope Olympus SZ-STN) a los tiempos de 30 min, 1 h, 2 h, 4 h, 6 h y 8 h post-instilación. Todos los experimentos se han realizado por duplicado.

RESULTADOS: Las tres formulaciones ensayadas presentan altos tiempos de permanencia sobre la superficie ocular, observándose la presencia de las mismas al menos durante 6 horas. En el caso de las formulaciones magistrales elaboradas en el Servicio de Farmacia, se observan biopermanencia de las mismas a las ocho horas, no observándose en el caso del Cystadrops®.

CONCLUSIONES: Los vehículos desarrollados en los Servicios de Farmacia Hospitalaria para la elaboración de las formulaciones magistrales de cisteamina presentan unas características adecuadas para mantenerse durante periodos prolongados de tiempo sobre la superficie ocular.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

487. SUSPENSIÓN DE CEFUROXIMA POR DESABASTECIMIENTO COMERCIAL: VALIDACIÓN GALÉNICA Y EFECTIVIDAD

AUTORES: GONZALEZ FREIRE L, DAVILA POUSA MC, VAZQUEZ BLANCO S, GARCIA MAYO ME, CASTRO LUACES S, CRESPO DIZ C.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. Mourente. Pontevedra. España

OBJETIVO: Ante los problemas de suministro de la suspensión comercial de Cefuroxima, fue necesaria la elaboración en el Servicio de Farmacia de una fórmula de Cefuroxima para uso pediátrico. El objetivo del estudio fue el diseño, validación galénica y valoración de la efectividad de una suspensión de Cefuroxima por desabastecimiento de la forma comercial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las muestras se elaboraron siguiendo el procedimiento del Formulario Nacional PN/L/FF/004/00 (elaboración de jarabes).

Para la validación galénica se siguieron las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBPP).

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/GuiaBPP3.pdf>

Periodo de estudio y conservación: 14 días a temperatura entre 2-8°C por ser el plazo de validez límite que establece la GBPP para formulaciones acuosas orales líquidas.

El indicador de estabilidad fisicoquímica utilizado fue el pH. Se realizaron controles por triplicado en los días 0, 7 y 14. Las determinaciones se realizaron con un medidor Crison Micro pH 2001.

También se evaluaron las características organolépticas y la capacidad de redispersión de la suspensión durante el periodo de estudio.

Para evaluar la efectividad se realizó un estudio observacional retrospectivo de un año de duración, en el que se incluyeron a todos los pacientes pediátricos que recibieron tratamiento con la suspensión de Cefuroxima 50 mg/mL elaborada. Se evaluaron variables como sexo, edad, patología infecciosa, duración de tratamiento y resolución del cuadro utilizando la historia clínica electrónica (IANUS®) como base de datos.

RESULTADOS: Se estableció una concentración de 50mg/mL por ser la que aportaba un volumen de dosificación más acorde con los rangos de la edad pediátrica. Se seleccionó jarabe simple como vehículo por ser un excipiente de la presentación comercial. La composición de la fórmula elaborada fue: Cefuroxima (Cefuroxima® Normon 500mg) 10 comprimidos, Glicerina 5mL (humectante), Jarabe Simple Acofarma® c.s.p 100mL (incluye sorbato potásico) como vehículo.

Los resultados fueron los siguientes:

pH: $5,43 \pm 0,25$; $5,38 \pm 0,19$; $5,37 \pm 0,15$.

Caracteres organolépticos: la fórmula elaborada permaneció estable y homogénea durante el periodo de estudio, con una adecuada redispersión de la suspensión en todos los puntos de muestreo.

Aunque la suspensión mantuvo constante las propiedades fisicoquímicas evaluadas durante 14 días, se estableció un periodo de validez de 10 días para su utilización por ser el recomendado por el laboratorio fabricante de la suspensión comercial extemporánea.

En cuanto a la efectividad, se estudiaron un total de 8 pacientes (4 mujeres), con una mediana de edad de 2 años (0,2-6), las indicaciones para las que los pediatras prescribieron la suspensión de Cefuroxima fueron Neumonía (5 pacientes), Otitis media recurrente (1 paciente), Infección del tracto urinario (1 paciente) y Faringoamigdalitis estreptocócica (1 paciente). La mediana de duración de tratamiento fue de 8,5 (6 □ 10) días. En todos los pacientes se resolvió el cuadro infeccioso.

CONCLUSIONES: La fórmula diseñada mantiene las propiedades fisicoquímicas y caracteres organolépticos dentro de los límites establecidos durante el periodo de estudio evaluado. Además, en base a los resultados obtenidos, se trata de una fórmula magistral efectiva y segura para el tratamiento antibiótico en la población pediátrica, proporcionando una buena alternativa al desabastecimiento de la presentación comercial

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

979. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO PARA DETERMINACIÓN DE CLONIDINA CLORHIDRATO POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS

AUTORES: MERINO BOHORQUEZ V, GARCÍA PALOMO M, CAÑETE RAMIREZ C, DÁVILA POUSA MC, MURILLO IZQUIERDO M, CAMEÁN FERNÁNDEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. Sevilla. España

OBJETIVOS: la clonidina es un hipotensor derivado de la imidazolina que en el sistema nervioso central actúa reduciendo el tono simpático. El uso de clonidina en la población pediátrica es amplio: síndrome de abstinencia a opiáceos, crisis hipertensivas, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, analgésico en dolor oncológico, etc. Las dosis utilizadas son muy pequeñas (μg) y es necesario emplear métodos analíticos que garanticen la uniformidad de contenido en principio activo de los preparados. El objetivo es validar un método analítico por HPLC para determinación de clonidina clorhidrato en preparaciones farmacéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: el sistema está compuesto por un cromatógrafo Agilent® 1260 Infinity con un detector ultravioleta de diodos en serie (UV-DAD). Las condiciones cromatográficas fueron: flujo de 1.5 mL/min, fase móvil compuesta por 1.1 g de 1-Octanosulfonato de sodio que se disolvieron en 500 mL de agua ultrapura, se agregaron 500 ml de Metanol y a esta solución se le añadió 1 mL de H_2PO_4 , ajustándose a $\text{pH}=3$. El volumen de inyección fue de 50 μL , la temperatura de columna se fijó en 25°C y la longitud de onda del detector fue 220 nm. Se utilizó la 2,6-Dicloroanilina como patrón interno. La columna utilizada fue una Zorbax Eclipse XDB-C8 4.6x150 mm, 5 μm (Agilent®). La validación del método se realizó siguiendo las recomendaciones de las guías ICH. La linealidad de la técnica se realizó en el rango de concentraciones de clonidina a 1, 1.5, 2, 2.5, 3 y 3.5 $\mu\text{g/mL}$, los resultados se representaron gráficamente y se realizó un análisis de varianza (ANOVA). La exactitud y precisión fueron evaluadas mediante los porcentajes de recuperación y coeficiente de variación (CV) a concentraciones bajas, medias y altas tanto intra como interdía. Se determinó el límite de detección y de cuantificación. Mediante análisis espectral se

comprobó la especificidad y selectividad de la técnica. Se realizó estudio de degradación acelerada en medio básico (NaOH), ácido (HCl), oxidante (H₂O₂) y calor (80°C).

RESULTADOS: El análisis de la varianza (ANOVA) de la regresión lineal confirmó la linealidad de la técnica por rechazo de la hipótesis nula de desviación de linealidad con un nivel de significación estadística de 0.05 ($\alpha=0.05$). El coeficiente de variación del método fue de 1.60 %. La ecuación de la regresión lineal obtenida se corresponde con la expresión: $y = 0.3091x + 0.0254$ ($n=18$; $R^2>0.999$). La exactitud fue del 97.5-102.5 % y la precisión tanto intra como inter día tuvo un CV

CONCLUSIONES: - Se ha validado un método analítico para determinación de clonidina clorhidrato en preparaciones farmacéuticas.

- El método puede aplicarse tanto para control de calidad como para el desarrollo de estudios de estabilidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

164. VALIDACIÓN GALÉNICA Y MICROBIOLÓGICA DE UN JARABE DE ETAMBUTOL PARTIENDO DE MATERIA PRIMA

AUTORES: GARCIA MAYO ME, DAVILA POUSA MC, GONZALEZ FREIRE L, VAZQUEZ BLANCO S, CRESPO DIZ C. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. Mourente. Pontevedra. España

OBJETIVO: Validación galénica y microbiológica de un jarabe de etambutol para el tratamiento de la tuberculosis activa en niños, partiendo de materia prima.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión bibliográfica on-line para conocer las propiedades fisicoquímicas del etambutol en solución acuosa. Se revisaron las fichas técnicas de las presentaciones comerciales disponibles por vía parenteral (Inbutol®) para determinar la composición y el pH de máxima estabilidad.

Los formularios pediátricos y referencias bibliográficas actuales elaboran suspensiones partiendo de comprimidos.

Para la elaboración del jarabe se siguió el procedimiento del Formulario Nacional PN/L/FF/004/00.

Como indicador de estabilidad fisicoquímica de la fórmula elaborada, se seleccionó el pH, por ser el factor más influyente en las soluciones acuosas. Las determinaciones se realizaron por triplicado en los días 0, 7, 14, 21 y 30, con un medidor Crison Micro pH 2001.

Se realizó el estudio a Tª ambiente por ser la Tª óptima de almacenamiento del etambutol.

Se evaluaron los caracteres organolépticos y la homogeneidad del jarabe.

Para el control microbiológico se establecieron los criterios descritos en los capítulos 2.6.12 y 5.1.4 de la Real Farmacopea Española (RFE) 5ª Edición. Se realizaron controles por triplicado en los días 0, 15 y 30.

Se establecieron 30 días como período de estudio por ser el período de validez referenciado en las suspensiones de etambutol que se elaboraban partiendo de comprimidos y el plazo de validez máximo recomendado por el consenso del grupo de farmacotecnia de la SEFH (http://gruposdetrabajo.sefh.es/farmacotecnia/images/stories/Boletines/BOLETIN_1_2015.pdf).

RESULTADOS: La composición final de la fórmula por 100 mL fue: etambutol CIH 5 g (materia prima), ácido cítrico monohidratado 0,3 g (regulador de pH) y como vehículos, jarabe simple Acofarma® (incluye sorbato potásico como conservante) y agua estéril en una proporción 70:30.

Se ensayaron varias proporciones de jarabe y agua, siendo la combinación 70:30, la que además de mantener la solubilidad del etambutol en la fórmula, aporta unas características organolépticas aceptables.

Los resultados de los controles de pH fueron: $3,86 \pm 0,03$; $4 \pm 0,10$; $3,95 \pm 0,02$

Tanto la homogeneidad de la fórmula como los caracteres organolépticos se mantuvieron estables.

Los resultados de los controles microbiológico se mantuvieron dentro de los límites establecidos por la RFE.

CONCLUSIONES: La fórmula diseñada, con etambutol clorhidrato, mantiene las propiedades fisicoquímicas, caracteres organolépticos y características microbiológicas dentro de los límites establecidos, durante el periodo de estudio evaluado.

La elaboración de una solución con materia prima, frente a las suspensiones elaboradas partiendo de comprimidos, proporciona una alternativa más segura al facilitar una adecuada dosificación, evitando posibles incompatibilidades con los excipientes de la presentación comercial y efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1000. EFICIENCIA DE LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA CON SOPORTE ELECTRÓNICO INTELIGENTE.

AUTORES: García MARCO D, Martínez Camacho M, Fernández Ruiz-Morón A, Ibañez Zurriaga A, Lara Catedra C, Sanz Márquez S.

Nacional de Parapléjicos. C/ Finca La Peraleda S/N. Toledo. España

OBJETIVOS: Analizar la eficiencia de un sistema electrónico de soporte a la validación, ALTOMEDICAMENTOS®, que revisa los tratamientos farmacológicos y la relevancia clínica de los errores prevenidos o mejoras detectadas.

MÉTODOS: La base de datos del programa ALTOMEDICAMENTOS® versión 2016 contiene 946.172 celdas con información de 32.316 medicamentos. El Programa ALTOMEDICAMENTOS® analiza: Dosis; Días alarmantes; Vías de administración por principio activo y por medicamento de uso humano; Insuficiencia Renal; Insuficiencia Hepática; Interacciones; Medicamentos por vía enteral; Duplicidad y Dosis mínima. Se analiza la efectividad en dos estudios, de 4 y 8 hospitales. Para evaluar los costes del proceso de revisión de tratamientos se compararon los tiempos necesarios de la validación tradicional vs la validación virtual con altomedicamentos.es en 5 hospitales de diferente complejidad.

RESULTADOS: En el primer estudio, en 4 hospitales con 3.490 pacientes diferentes y 42.155 líneas de tratamientos, se pasa de 0,56% intervenciones/tratamientos de detección con el sistema tradicional a un 1,55% con el sistema automático. En el segundo estudio, en 8 hospitales con 3256 pacientes y 35367 líneas de tratamientos, se pasa de un 0,89% a un 1,13%. En un caso se incrementa 2,77 veces las intervenciones, y en el otro 1,27 veces; es decir de media se mejora 2,02 veces las intervenciones.

Los tiempos empleados en los 5 hospitales muestran una clara reducción frente al sistema tradicional. El tiempo empleado en el sistema virtual fue de 0,044 minutos por línea de tratamiento, vs 0,214 minutos del sistema tradicional del S XX. Es decir el sistema automático mejora 4,84 veces el tiempo necesario para realizar la validación de los tratamientos. Dado que la efectividad es 2,02 veces superior con el sistema virtual, y el tiempo es 4,84 veces inferior, la eficiencia es 9,77 veces superior en el sistema virtual vs el tradicional. Si realizamos un análisis de sensibilidad encontramos que en la peor situación sería 4,26 veces superior la validación virtual y que en la mejor situación sería 33,78 veces superior la validación virtual.

CONCLUSIONES: El modelo tradicional de validación farmacéutica es abiertamente mejorable. La validación con apoyo virtual multiplica casi por 10 la eficiencia de la validación. El programa ALTOMEDICAMENTOS® funciona adecuadamente en diferentes entornos hospitalarios. Es necesario continuar avanzando en sistemas inteligentes que mejoren los tratamientos y detecten errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

839. EFICIENCIA DE UNA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE UN HOSPITAL TERCIARIO Y LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DE SU ÁREA DE INFLUENCIA.

AUTORES: GARCÍA SÁNCHEZ R, DE LORENZO PINTO A, HIGUERAS SANZ M, COLLADO BORELL R, GRANADO LORENCO E, HERRANZ ALONSO A.

HOSPITAL GREGORIO MARAÑON. DR. ESQUERDO 46. Madrid. España

En la Comunidad de Madrid existen Centros Sociosanitarios (CSS) que cuentan con los recursos necesarios de personal e instalaciones para dar asistencia sanitaria a los pacientes institucionalizados. Sin embargo, al no depender, de momento, la adquisición de medicamentos de un Servicio de Farmacia Hospitalario, en ocasiones es necesario trasladar al paciente al hospital para el tratamiento de procesos agudos que requieren el uso de medicamentos de prescripción hospitalaria (MPH).

OBJETIVO: Establecer una estrategia de coordinación asistencial que permita la administración de MPH a pacientes institucionalizados en CSS y evaluar su eficiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: A principios del 2015, el Grupo Sociosanitario de Continuidad Asistencial, integrado por profesionales sanitarios de un hospital terciario y de los CSS de su área de influencia, elaboró un protocolo consensuado para la administración de MPH a pacientes institucionalizados. En dicho protocolo se establecieron los requisitos que debían cumplir los CSS y los pacientes, así como el circuito de prescripción-validación-dispensación de MPH con el objetivo de:

- Evitar ingresos en el hospital de pacientes institucionalizados cuyo único criterio de ingreso fuera la administración de MPH.
- Facilitar el alta precoz de pacientes ingresados en el hospital que sólo requirieran finalizar un tratamiento con MPH.

Para agilizar el circuito, el hospital nombró médicos y farmacéuticos consultores y enfermeras de enlace que fuesen el nexo de unión con los profesionales de los CSS.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, fármaco, posología, duración, coste del tratamiento, ingreso evitado/alta precoz e ingresos del paciente en los 30 días posteriores.

La efectividad se analizó con el porcentaje de pacientes que ingresaron en los 30 días posteriores debido a la no resolución de la patología para la que fue prescrito el fármaco. La rentabilidad del programa se calculó teniendo en cuenta, por un lado, el coste de los tratamientos dispensados y, por el otro, el de las estancias evitadas. Para realizar estos cálculos se utilizó el coste medio/día de una estancia hospitalaria en un Servicio de Medicina Interna o de Geriátrica proporcionado por el servicio de control de Gestión del hospital (550 €).

RESULTADOS: Desde el inicio del circuito, en febrero de 2015, se beneficiaron del mismo 22 pacientes (82% mujeres) con una mediana de edad de 87 años (RIC 84,3-92,8). Los diagnósticos principales fueron infecciones urinarias (67%) y respiratorias (28%).

Un 9% de los pacientes ingresaron en los 30 días posteriores debido a la no resolución de la patología. Los fármacos más prescritos fueron ertapenem (27%) y meropenem (23%). La mediana de duración de los tratamientos administrados en los CSS fue de 7 días (RIC 6,3-8,0) con un coste total de 2.412,€. El 41% de los casos fueron ingresos evitados y el 59% altas precoces, evitándose un total de 154 estancias hospitalarias. Se estimó que el coste evitado a nivel hospitalario fue de 84.700,€.

CONCLUSIONES: La coordinación entre el hospital y los CSS ha permitido la administración de MPHs a pacientes institucionalizados mejorando la eficiencia de los recursos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1148. INTEGRACIÓN DEL FARMACEUTICO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA-FARMACIA: UN PASO HACIA LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA.

AUTORES: RENTERO REDONDO L, Iniesta Navalón C, González Molina R, Villalón Plá MJ, García-Villalba Sánchez F, Antequera Lardón MT.

HOSPITAL REINA SOFIA. c/intentente jorge palacios. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar el impacto económico de la intervención del farmacéutico, con ayuda de la monitorización de fármacos biológicos (FB), mediante su inclusión a un equipo multidisciplinar en el servicio de Reumatología.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio ambispectivo de seis meses de duración en un hospital de referencia de área. En Septiembre de 2015 se formó un equipo multidisciplinar formado por cinco reumatólogos y un farmacéutico con reuniones semanales para comentar todos los inicios, cambios de tratamiento o suspensión de tratamiento de los pacientes con cualquier enfermedad inflamatoria en tratamiento con FB (Periodo intervención:PI). Cualquier inicio o cambio de tratamiento debe estar firmado por esta comisión y debe estar justificado por la presencia de actividad clínica o por la no eficacia del fármaco, presencia de anticuerpos o niveles infra/supra óptimos.

Durante los seis meses siguientes a la formación de esta comisión (Octubre 2015 a Marzo 2016) se analizaron los cambios de tratamiento con los fármacos susceptibles de monitorización: Adalimumab (ADA), Etanercept (ETN) e Infliximab (INF), se recogieron los pacientes que iniciaron con estos fármacos y se calculó el coste medio por paciente (coste/pac) según los diferentes diagnósticos: Artritis Reumatoide (AR), Espondilitis Anquilosante (EA) y Artritis Psoriásica (APs). Estos resultados se compararon con el coste/pac y los inicios de tratamiento en el mismo periodo del año anterior (Octubre 2014 a Marzo del 2015, periodo preintervención (Pre-I)) utilizando la aplicación informática de gestión farmacoterapéutica DISCOVERER-SAVAC®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se realizó la determinación de niveles de fármaco a 115 pacientes, 37 con ADA, 41 con ETN y 37 con INF. En todas las patologías el coste/pac descendió durante el PI, en la AR se ahorraron 344,62€/pac, en la EA 262,53€/pac y en la APs 363,83€/pac con respecto al Pre-I.

En cuanto al coste de los FB por patología, en la AR, con ADA el coste/pac PI fue de 1106,58€, vs 1295,61€ Pre-I, con el INF para la AR: 1272,70€ vs 1482,33€, sin embargo con el ETN aumentó a 870,44€ vs 816,40€.

En la EA, el ADA y el ETN aumentaron su coste/pac de 1049,65€/pac a 1097,43€/pac y de 772,48€/pac a 869,23€/pac respectivamente, pero el INF lo redujo de 1920,43€/pac a 1513,37€/pac (-407,05€/pac). En APs, el ADA pasó a 977,56€/pac PI de 1137,16€/pac Pre-I, el INF de 1858,09€/pac de 2121,40€/pac y el ETN de 883,82€/pac a 824,74€/pac.

El número de pacientes en tratamiento durante el PI disminuyó: la AR pasó de 311 a 288 pacientes, EA de 200 a 193 pacientes y la APs de 223 a 211. Los inicios de tratamiento fueron similar en ambos periodos 12 pacientes PI vs 10 pacientes Pre-I.

CONCLUSIONES: La incorporación del farmacéutico al equipo de reumatología ayuda a mejorar la calidad y el coste del medio por paciente de las terapias disponibles en las distintas patologías.

La monitorización de FB por parte de farmacia, es una herramienta útil y coste/efectiva en la toma de decisiones de los cambios de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

271. MEJORA DE LA FARMACIA EXTERNA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

AUTORES: SUAREZ ARTIME P, Rodríguez Cobos M, Rojo Valdés JM, Suárez Rodríguez A, Zarra Ferro I, Lamas Díaz MJ. COMPLEJO HOSPITALARIO UNV. SANTIAGO DE COMPOSTELA. Choupana, s/n. A Coruña. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: El Servicio de Farmacia (SF) atiende 30.000 consultas/año. Las encuestas de satisfacción (ES) reflejan que los pacientes reciben atención pobre en tiempo y calidad. Los farmacéuticos están que-

mados, los técnicos de farmacia no quieren rotar. Establecemos el objetivo de mejorar el servicio proporcionado y la satisfacción de los profesionales. Presentamos un proyecto de innovación asistencial en convocatoria abierta de la Plataforma Innova de nuestra consejería de Sanidad, seleccionada por su interés e impacto en el paciente.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Seguimos una metodología basada en la perspectiva del usuario: exploramos cómo desearían el servicio quienes lo proporcionan y reciben. Nos asistió una consultoría externa especializada en diseño de servicios.

Realizamos entrevistas semiestructuradas a usuarios con perfiles diferentes, utilizando herramientas de Design Thinking: mapas de itinerario y mapas de empatía, y planificamos talleres con el equipo asistencial para detectar oportunidades e implementar acciones de mejora. Evaluamos los resultados, mediante ES, que presentamos en un taller para aplicar el proyecto los demás SF de la comunidad.

EJECUCIÓN: Mapa de itinerario: 1) el usuario acude a la consulta médica, 2) busca la consulta de Farmacia, 3) espera en la sala, 4) un técnico recoge sus prescripciones 5) continúa esperando, 6) es llamado por su nombre, 7) recibe prescripción farmacéutica, 8) acude a Cita Previa

Mapa de empatía: paciente con esclerosis múltiple de 10 años de evolución

Esfera pensar y sentir: soporta colas de pie y le atienden con prisas, desconoce el orden de atención, le disgusta esperar con mucha gente, pasan horas entre médico y farmacia, tiene pánico de necesitar el WC, orgullosa de cómo lleva la enfermedad.

Esfera escuchar: repiten cosas que ya dijo el médico, palabras como ☐adherencia☐ que no entiende, percibe que habrá recortes, tiene broncas con los turnos en la sala.

Esfera ver: ve colas, no hay baño, hace calor, un acceso malísimo y otros buscan colarse.

Esfera decir y hacer: respeta la cita, organiza su día de farmacia meticulosamente, sigue los consejos farmacéuticos, intenta hacer todo por sí misma.

En resumen: a) negativo: siente distrés por la ausencia de baño, las esperas, incertidumbres y papeleos y por estar de pie. b) positivo: recibe su medicamento, satisfecha por sentirse autónoma.

EVOLUCIÓN: Implantación de mejoras.

Estructura: reubicación de la consulta, accesible, WC para discapacitados; aplicación informática para gestión de consultas; folletos de funcionamiento del servicio, farmacoterapia y hábitos saludables.

Tiempos: reposición stocks por las tardes, horario farmacéutico ampliado incluyendo tardes. Roles: administrativo de farmacia para recepción, acogida de los pacientes y gestión.

RESULTADOS Y EFECTOS: Transformamos un entorno desagradable (desorientación, calor, acceso) en uno amable (recepción, material de acogida, teléfonos y contactos, información, tiempos de espera, WC)

Traslado al entorno de consultas externas mejorando comodidad del paciente y comunicación entre profesionales.

Ampliación horaria, evitando esperas (de 90 a 20 min promedio), tiempo para atención farmacoterapéutica.

Elaboramos material informativo favoreciendo el uso correcto del medicamento. Creamos curso farmacoterapéutico en su historia clínica.

Resultados de ES global: 62% (año anterior), 82% (actual): mayor satisfacción del usuario y mejoría notable del servicio prestado.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1307. PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO EN UN CENTRO PRIVADO SANITARIO Y SOCIAL DE MENOS DE CIENTO CAMAS. ANÁLISIS TRAS UN AÑO DE TRABAJO.

AUTORES: ELVIRO LLORENS M, BERTOLOTTI JHONG M, ROCAFORT GIL J, MONFORTE GASQUE MP, CASTRESANA ELIZONDO M, GUTIERREZ VALENCIA M.

FUNDACION VIANORTE-LAGUNA. C/ Concejal Francisco José Jiménez Martín 128. Madrid. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Según el RDL 16/2012, un centro con menos de 100 camas no tiene obligación de tener un servicio de farmacia (SF) propio, sino que puede actuar como depósito de medicamentos. Realizar esta transición no es tarea sencilla, incluso cuando es necesaria. Se trata de un cambio importante que conlleva la alteración de la estabilidad conseguida y, la mayoría de las veces, por falta de iniciativa, experiencias anteriores, miedo a fracasar o, simplemente por comodidad, optamos por no arriesgar.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Se diseñó en un centro sanitario y social un plan de sustitución del depósito de medicamentos por un SF, liderado por un farmacéutico de hospital (FH), el nuevo titular.

EJECUCIÓN: El FH, tras asegurarse de que se cumplían todos los requerimientos legales de instalación y funcionamiento del SF, realizó un estudio global del centro y desarrolló un listado de prioridades de actuación.

EVOLUCIÓN: 1º) Elaboración PNTs. 2º) Control de medicamentos termolábiles; adquisición de neveras y termómetros; registro diario de temperaturas; protocolo de actuación si Tª fuera de rango. 3º) Control de caducidades; circuito mensual de revisión y retirada de productos. 4º) Gestión de estupefacientes; control exhaustivo de stocks; talonario electrónico de recetas médicas, registro reglamentario en libro de contabilidad. 4º) Control stocks planta y carros de parada; pedidos electrónicos. 5º) Adquisición de medicamentos y productos sanitarios (PS) directa a proveedores y laboratorios (PVL); altas de cliente, valoración de ofertas económicas y calidad del servicio; sistema de recepción y reclamación pedidos y facturas. 6º) Definición y diseño de la guía farmacoterapéutica (GFT) del centro; actualización anual. 7º) Gestión del stock del SF; establecimiento de stock máximo, mínimo y punto de pedido. 8º) Codificación íntegra en el programa informático de gestión. 9º) Validación farmacéutica diaria de órdenes médicas electrónicas; sistema de notificación y alertas. 10º) Gestión medicación pacientes institucionalizados: adquisición de carros y pastilleros semanales, establecimiento stock urgencia, diseño circuito dispensación semanal pastilleros y protocolo de actuación ante cambios de tratamiento, sistema de identificación de pastillas y gestión de recetas médicas. 11º) Otros: información del medicamento, gestión desabastecimientos, estadísticas consumos y gasto farmacéutico, formación del personal, facturación a pacientes, etc.

RESULTADOS Y EFECTOS: Antes del FH: compra a oficina de farmacia (PVP); GFT 827 productos; no control de Tª ni caducidades; prescripciones sin validación farmacéutica; llenado pastilleros por enfermería (medicación desemblistada sin identificar); gestión física stock SF (punto pedido visual); 1 proveedor medicamentos, 12 PS; aprox. 240 pedidos/año.

Después del FH: compra a laboratorio (PVL); GFT 638 productos; control diario Tª; control mensual caducidades; validación diaria prescripciones; llenado pastilleros por farmacia (medicación emblistada e identificada); gestión automatizada stock SF; 44 proveedores medicamentos, 21 PS; aprox. 605 pedidos/año; consumo centro 6,4% menor; gasto centro aproximado 50% menor.

Instaurar en un centro asistencial un SF gestionado por un FH aporta categoría y calidad asistencial al mejorar la eficiencia, seguridad y resultados en salud. La optimización de la gestión de los recursos sanitarios genera un beneficio económico nada despreciable. Creemos que ésta es una apuesta segura que compensa el esfuerzo.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

275. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES: MARIN GORRICHIO R, CASAJUS NAVASAL A, LARIA CAMPAÑA C, CALVO ARAGÜETE ME, SERRANO PEREZ A, CARRILLO ACEVEDO L.

HOSPITAL SAN PEDRO. Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: Detectar y analizar las posibles interacciones entre los nuevos antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis por virus C (VHC) y la medicación domiciliaria de los pacientes que van a recibir estos medicamentos. Evaluar la frecuencia y la gravedad de las interacciones encontradas en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo realizado en pacientes que iniciaron tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa entre los meses de febrero y marzo de 2016 en nuestro hospital. Se comprobó la medicación domiciliaria activa de cada paciente al inicio del tratamiento revisando la historia clínica electrónica. Se realizó una búsqueda para detectar y clasificar las posibles interacciones farmacológicas mediante la base de datos de interacciones de la Universidad de Liverpool (www.hep-druginteractions.org) y Lexicomp®. Se clasificaron según cuatro niveles de gravedad: datos no disponibles, no interacción esperada clínicamente significativa, potencial interacción y medicación contraindicada. El análisis de los datos se realizó utilizando la frecuencia para variables cualitativas y la media y desviación estándar para variables cuantitativas.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron 65 pacientes, el 54% hombres. El 9,2% de todos los pacientes eran coinfectados. La edad media fue de 57.6 ± 12.4 años. El 47,7% de los pacientes iniciaron tratamiento con Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir + Dasabuvir ± Ribavirina, el 44,6% con Sofosbuvir/Ledipasvir ± Ribavirina y el 7,7% con Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir + Ribavirina. El 73,8% de los pacientes llevaban prescrito algún medicamento al inicio del tratamiento de VHC, con una media de $2,47 \pm 2,37$ medicamentos por paciente. En el análisis se detectaron un total de 67(41,87%) interacciones: 63 (39,37%) se clasificaron como potencial interacción y 4(2,5%) como medicación contraindicada. El 51,26% correspondió al nivel de no interacción esperada y en el 6,87% restante no se encontraron datos disponibles. Los fármacos más implicados en las interacciones fueron: antihipertensivos (32,8%), IBPs (11,9%), estatinas (10,4%) e hipnóticos-sedantes (8,9%). Se realizaron 6 cambios de tratamiento y 28 modificaciones de dosis o de frecuencia de administración. Se suspendieron 8 medicamentos al inicio del tratamiento y 21 tratamientos necesitaron monitorización.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes que inician tratamiento para la VHC con los nuevos antivirales de acción directa están en tratamiento domiciliario con algún fármaco. El perfil de interacciones es amplio (41,87%), por ello es recomendable realizar una correcta monitorización de los pacientes durante todo el tratamiento y prevenir estas posibles interacciones ya que pueden comprometer tanto la eficacia como la seguridad del tratamiento antirretroviral.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1254. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, ADHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTIVIRALES DIRECTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C.

AUTORES: MARTÍNEZ NIETO C, RODRIGUEZ SAGRADO MA, MARTÍNEZ SESMERO JM, BENITEZ GIMENEZ MT, SAN-MARTIN FENOLLERA P, SÁNCHEZ-RUBIO FERNANDEZ J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. C/ DIEGO DE LEÓN 62. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: La infección por el virus de la hepatitis C es un problema de salud grave con tasas de hasta 3%. Con una prevalencia en España del 1,7. La aparición de los antivirales directos (AADs) ha supuesto una revolución, sin embargo se desconoce, si la eficacia, los efectos adversos y la adherencia al tratamiento obtenidos en los estudios clínicos se corresponden con la práctica clínica habitual y como se ve afectada su calidad de vida.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia, seguridad, adherencia y calidad de vida de los pacientes que han finalizado tratamiento con AADs, en la práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico.

Farmacéuticos de seis centros de dos comunidades siguieron a los pacientes tratados con AADs, desde el inicio hasta final del tratamiento. Al finalizar el tratamiento, se recogieron las siguientes variables de las historias clínicas: edad, sexo, tipo de paciente, tratamiento y efectos adversos. La eficacia se ha medido con las cargas virales (basal, tratamiento, final y a las 12 semanas de finalizar el tratamiento RV12s). La adherencia se ha medido con test de Morisky-Green y el registro de las dispensaciones. Los pacientes han contestado el cuestionario de calidad de vida para pacientes con Enfermedad Hepática Crónica (CLDQ-HCV).

RESULTADOS: Se han analizado 148 pacientes. Edad media 56 años, 60,8% hombres, 79% con más de 15 años diagnosticados de la enfermedad. Coinfectados 17,6. CV basal 6 log. Genotipo 1b 86; 1a 34; 2 genotipo 1; 15 genotipo 3; 10 genotipo 4. 59,5% F4, 27% F3, 17,6% F2. 51% cirróticos (6,1% descompensada). 91,2% sin manifestaciones extrahepáticas y un paciente trasplantado. 46,6% pacientes naive, 8,1% respondedores parciales, no respondedores 33,8% y 11,5% habían recaído a tratamientos anteriores. 98,4% RVS 12s. Un paciente recaedor, hombre, genotipo 1a, coinfectado, F4. Adherencia 99,6% según dispensaciones y 81,8% según test. Los efectos adversos reportados, anemia, cansancio, dolores musculares, picores, insomnio, han producido 2,7% ingresos y 5,4% han acudido a urgencias. 51,3% tratados con Sofosbuvir+ledipasvir; 10,8% sofosbuvir+daclatasvir; 36,5% paritaprevir+ombitasvir+ritonavir+dasabuvir y 1,4% paritaprevir+ombitasvir+ritonavir. 58,5% no tuvieron limitaciones en su vida diaria, 30,5% siempre se han sentido felices, 34,7% no han tenido problemas en conciliar el sueño; 31,4% no han tenido cambios de ánimo; 50% han estado preocupados por lo que pueda afectar a su familia; y 72,8% a sus relaciones sociales. 26,3% están preocupados por el coste del tratamiento. 78,8% han considerado muy fácil la toma del tratamiento.

CONCLUSIONES: Los datos obtenidos en práctica clínica habitual se asemejan a los de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos. La adherencia ha sido alta, aunque el test ha mostrado valores inferiores a las dispensaciones. Los pacientes han valorado positivamente su calidad de vida, importándole lo que les puede afectar a su familia y a sus relaciones sociales, así como el coste del tratamiento.

Es importante el papel del farmacéutico al educar al paciente en el inicio y seguimiento del tratamiento para obtener valores altos de adherencia que junto con la calidad de vida han podido influir en el éxito del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

734. LA IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO EN LA DETECCIÓN DE INTERACCIONES CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C

AUTORES: COLLADO BORRELL R, GIMENEZ MANZORRO A, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ C, RIBED SANCHEZ A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ Dr. ESQUERDO, 6. Madrid. España

OBJETIVO: Los nuevos antivirales de acción directa (AAD) han supuesto una revolución en el tratamiento de la hepatitis C. Las elevadas tasas de respuesta obtenidas se unen a un bajo perfil de efectos adversos. Sin embargo, estos

agentes no están libres de producir interacciones con medicamentos, los cuales pueden reducir significativamente su efectividad o producir efectos adversos.

El objetivo de este estudio es describir el tipo y la severidad de las interacciones entre los AAD y la medicación habitual que toma el paciente y las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo, realizado en las consultas de atención farmacéutica de pacientes externos de un Hospital universitario. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con AAD entre abril 2015-abril 2016

Se registró y analizó la medicación concomitante de los pacientes durante el seguimiento farmacoterapéutico realizado mensualmente ante cada dispensación mediante una entrevista clínica. Las interacciones potenciales entre los AAD y la medicación habitual del paciente se analizaron en las fuentes Thompson Micromedex® y Lexi.comp®, y en la página web <http://www.hep-druginteractions.org> de la Universidad de Liverpool. La gravedad de las interacciones se clasificó en base a la severidad definida según la FDA (categoría C, D, X).

RESULTADOS: Se incluyeron 1082 pacientes (61% hombres), con una edad media de 59.6 años (DE=11.8). El 58.4% estuvieron en tratamiento con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+/-dasabuvir, el 33.9% con sofosbuvir/ledipasvir y el 7.7% con otros. La media del número de fármacos concomitantes por paciente fue 4.1 (DE=3.1).

Se registraron 788 interacciones: 57.5% con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+/-dasabuvir, 39.3% con sofosbuvir/ledipasvir y 3.2% con otros.

El 49% de los pacientes presentaron al menos una interacción. Según la clasificación de la FDA, el 45.6% estaban clasificadas como categoría C, el 46.7% como categoría D y el 6.5% como categoría X.

Las interacciones más frecuentes fueron: agentes cardiovasculares (36.8%), inhibidores de la bomba de protones (31%) y antidepresivos (10.4%). El medicamento en el que se detectó más interacciones con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+/-dasabuvir fue amlodipino, con sofosbuvir/ledipasvir omeprazol, y con el resto carvedilol.

En 300 (38.1%) interacciones se realizó intervención farmacéutica: 85 (28.3%) fueron por error en la técnica de administración, 98 (32.7%) por interacción farmacológica significativa que requiere seguimiento y 32 (10.7%) por interacción farmacológica contraindicada en el que se recomendó suspender y/o cambiar por otro tratamiento.

CONCLUSION: Los pacientes en tratamiento con los antivirales de acción directa son pacientes polimedicados, de los cuales, al menos la mitad presentaron interacciones clasificadas como importantes. La mayoría se debieron a agentes cardiovasculares, inhibidores de la bomba de protones y a antidepresivos. El seguimiento farmacoterapéutico llevado a cabo por el Servicio de Farmacia ha optimizado la seguridad del tratamiento mediante la detección de interacciones farmacológicas.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

838. REGISTRO DE UTILIZACIÓN DE AGENTES ANTIVIRALES PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: GIL MARTÍN Á, MORALES IRLA D, ALCARAZ BORRAJO M, CALVO ALCÁNTARA MJ, CRUZ MARTOS E. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. ED. SOLLUBE. Madrid. España

OBJETIVO: En octubre de 2014, coincidiendo con la comercialización de nuevos agentes antivirales directos(AAD) para el tratamiento de la hepatitis C, el Servicio de Salud se desarrolló una aplicación web(RUA-VHC) que permite realizar un registro de los resultados de efectividad y seguridad de los tratamientos en vida real. El objetivo de este estudio es describir la utilización de la aplicación RUA-VHC y los primeros resultados analizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: RUA-VHC es una aplicación web accesible para todos los hospitales de la red pública de la comunidad autónoma.

En ella es obligatorio registrar a todos aquellos pacientes que inicien tratamiento con cualquier AAD, así como el resultado del tratamiento.

Entre los datos recogidos por la aplicación destacan los siguientes:

- Datos del facultativo prescriptor y de filiación del paciente.
- Datos basales clínicos y analíticos: estadio de fibrosis, genotipo, carga viral basal, tratamiento previo frente VHC, antecedentes de descompensación hepática,
- Datos relacionados con el tratamiento: pauta prescrita y fecha de inicio.
- Registro de efectos adversos durante el tratamiento.

Como resultados del tratamiento recibido, se analiza la tasa de respuesta viral sostenida(RVS), de recidiva tras finalización del tratamiento y de interrupción prematura del tratamiento.

El registro de los pacientes se lleva a cabo por el facultativo que prescribe el tratamiento y es imprescindible que el paciente esté incluido en la aplicación para que se dispense el tratamiento en el servicio de farmacia.

RESULTADOS: Hasta el 13 de abril de 2016, se han incluido en la aplicación 10.632 pacientes por parte de 27 hospitales.

El 46,6% de los pacientes tratados presenta fibrosis F4(F3: 16,4%, F2: 22,9%, F0-F1: 12,6% y sin establecer en el 1,4% de los casos).

Los pacientes tratados presentan infección por el VHC genotipo 1 en el 78,5% de los casos(1b: 53,3%, 1a: 22,6% y 1a/1b: 2,6%).El siguiente genotipo más frecuente entre los pacientes tratados es el genotipo 3, en un 9,7% de los pacientes seguido del genotipo 4 con un 9,3%.

Respecto al tratamiento utilizado, 5.319 pacientes(50%) están recibiendo tratamiento con la combinación de sofosbuvir/ledipasvir, y 3.601 pacientes (34%) están siendo tratados con la combinación de ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, acompañado de dasabuvir en aquellos pacientes que lo precisan.

En un análisis preliminar realizado en 5.370 pacientes de los que actualmente se dispone de datos de respuesta al tratamiento, se ha observado que el 92,2% de los pacientes han respondido al tratamiento alcanzando RVS, el 3,3% presentaron una recidiva de la infección una vez finalizado el tratamiento y el 4,5% interrumpió de forma prematura el tratamiento, principalmente debido a efectos adversos relacionados con la medicación (30% de las interrupciones).

CONCLUSIONES: La disponibilidad de registros de datos de resultado de tratamientos se muestra como una herramienta eficaz para avanzar en el conocimiento de la epidemiología de los enfermos en tratamiento y la efectividad y seguridad en vida real de los nuevos agentes antivirales directos para la hepatitis C.

Estos registros deben ser liderados por la administración sanitaria, pues al ser exhaustivos, permiten una mayor robustez de los datos analizados y la planificación de estrategias poblacionales basadas en el conocimiento real de la situación.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

688. QUALITATIVE AND ECONOMICAL IMPACT OF SEMI-AUTOMATED VALIDATION TOOLS ON DETECTION OF POTENTIAL DRUG RELATED PROBLEMS IN HOSPITALIZED PATIENTS

AUTORES: SUCH DIAZ A, SAEZ DE LA FUENTE J, CAÑAMARES ORBIS I, IZQUIERDO GARCIA E, BARRUECO FERNANDEZ N, ESTEBAN ALBA C.

HOSPITAL INFANTA LEONOR. GRAN VIA DEL ESTE, 80. Madrid. España

OBJECTIVE: To describe the severity and type of potential drug related problems (PDRP) detected by several semi-automated pharmacy validation tools in inpatients from 2011 to 2015.

To analyze the qualitative and economical impact of pharmacy validation.

MATERIAL AND METHODS: We performed a 5 year retrospective descriptive study of all pharmacy interventions in patients admitted to a 240-bed secondary hospital from 2011 to 2015.

Since 2008 a computerized physician order entry tool was implemented.

In 2012 Pharmacy Services started to develop several semi-automated validation tools to support clinical decision.

Five tools were developed to this purpose, renal impairment tool and hepatic impairment tool were implemented in 2012 and anticoagulant monitoring tool, antibiotic stewardship tool and reconciliation program in 2013.

To evaluate the impact of these tools we analyzed PDRP intercepted through pharmacy validation.

We used the classification established in the third Consensus of Granada on Drug Related Problem.

An independent team determined the severity of the potential medication error (PME) caused by PDPR and the probability of causing an adverse effect (PAE): 0 (low or nil), 0.1 (medium), 0.2 (high), 0.4 (very high).

We assessed the qualitative impact by comparing differences between the rate of very high severity PME in different years using χ^2 and the Bonferroni correction.

To estimate the economical impact we calculated cost avoidance.

We used the updated cost of medication errors established by ENEAS study (1,849 €) and the formula: number of PDRP detected x PAE x ME cost.

All tests were performed with the SPSS v.15 software for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTS: 125 interventions were made in 2011, 724 in 2012, 1070 in 2013, 3035 in 2014 and 3599 in 2015.

The 3 most common type of PDRP were inappropriate dose, dosage schedule and/or duration (IDDS) (93/125), prescription errors (12/125) and others (8/125) in 2011; IDDS (416/724), interactions (88/724) and duplicity (61/724) in 2012; IDDS (637/1070), others (133/1070) and interactions (113/1070) in 2013; IDDS (1371/3035), health problems insufficiently treat (HPIT) (787/1070) and interactions (193/1070) in 2014; IDDS (1562/3599), HPIT (728/3599) and interactions (318/3599) in 2015.

DISTRIBUTION ACCORDING TO SEVERITY:

2011: very high (1/125), high (38/125), medium (79/125), low or nil (7/125)

2012: very high (5/724), high (265/724), medium (402/724), low or nil (52/724)

2013: very high (2/1070), high (572/1070), medium (392/724), low or nil (104/1070)

2014: very high (67/3035), high (879/3035), medium (1943/3035), low or nil (146/3035)

2015: very high (96/3599), high (1329/3599), medium (1900/3599), low or nil (274/3599)

Differences in very high severity rate were found between 2012 and 2015, 2013 and 2014 and 2013 and 2015 ($p < 0.05$ adjusted by Bonferroni)

Cost avoidance was 34,396.95€ in 2011; 209,997.87€ in 2012; 349,719.09€ in 2013; 901,189.23€ in 2014 and 1,107,497.26€ in 2015.

CONCLUSIONS: Since 2012 the number of PDRP increased remarkably, possibly because of the implementation of several validation tools.

Although no strong conclusion can be drawn, the implementation of specific validation tools may add an important value in preventing ME.

Pharmacy validation was financially beneficial for our institution.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

467. IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA SOBRE LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL GENERAL PRIVADO

AUTORES: BERISA PRADO S, RUESTRA AYORA AC, CASTRESANA ELIZONDO M.

HOSPITAL QUIRON ZARAGOZA. Paseo Mariano Renovaes. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Estimar la calidad de la nutrición parenteral tricameral (NPT) tras la implantación de una unidad de nutrición clínica dentro del Servicio de Farmacia (SF) en un hospital general privado comparado con un periodo anterior a su existencia.

MÉTODOS: Como criterios de calidad se evaluaron: indicación, número NPT de corta duración, aporte calórico, suspensión progresiva y monitorización de los pacientes. Así mismo se documentaron todas las intervenciones y recomendaciones del SF.

Fueron incluidos los pacientes con NPT de diciembre de 2014 a abril de 2015 comparándolos con los 4,5 meses anteriores a la existencia de la unidad de nutrición. Los datos del grupo de estudio (GE) se recopilaron diariamente en el servicio de Farmacia. Para obtener los del grupo control (GC), se utilizó la historia clínica informatizada y la prescripción electrónica. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 22.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 58 pacientes, 29 en cada grupo. El 24.1 % mujeres en el GC y 55.2 % en el GE. Edad media 59.93 (DS: 14.35) y 62 (18.05) respectivamente. El 100% de la NPT fue de administración central en el GC, siendo del 86.2% en el GE.

Se observa una disminución del 24,2% de nutriciones que no cumplen con la indicación según las guías de la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN), así como una reducción del 50% de la NPT de corta duración (NPT)

En cuanto a las intervenciones y recomendaciones en el GE cabe destacar:

A 2 pacientes (6.66%) con hiperglucemia se añadió insulina a la NPT.

A 12 pacientes (40%) se les añadió a parte de la solución polielectrolítica estándar, fosfato monosódico según necesidades, para así revertir la hipofosfatemia. A 6 pacientes (20%) se le añadió potasio para revertir la hipopotasemia. Un paciente requirió la administración cíclica de la nutrición, por presentar complicaciones hepáticas. En 9 pacientes (30%) se sugirió al equipo médico revisar la fluidoterapia, según las necesidades requeridas, para evitar la formación de edemas.

CONCLUSIONES: La implantación de una unidad de nutrición dentro del Servicio de Farmacia ha logrado reducir el uso inapropiado de la nutrición parenteral, así como el uso de la nutrición parenteral de corta duración. Cumpliendo los estándares de calidad en cuanto a requerimientos energéticos administrados y monitorización de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1217. REQUERIMIENTOS DE INSULINA EN LA TRANSICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A PLANTA EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL: UN ENTRAMADO COMPLEJO

AUTORES: BURGUI ALCAIDE C, PEREZ PEVIDA B, ECHEVERRIA GORRITI A, GARGALLO VAAMONDE J, IDOATE GRIJALBA AI, LACASA ARREGUI C.

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Avda Pio XII 36. Navarra. España

OBJETIVOS: La hiperglucemia es una complicación habitual en el paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) requiriendo altas dosis de insulina que suelen disminuir al alta de UCI y en planta de hospitalización (PH). El objetivo

de este estudio es evaluar los requerimientos de insulina pre y post alta de UCI, analizando posibles predictores de su variabilidad en pacientes con nutrición parenteral (NP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo (2010-2016) de pacientes con NP en UCI y que mantuvieron ésta al menos 48h tras el alta a PH. Se analizaron variables clínicas, demográficas, factores de riesgo cardiovascular (RCV), farmacoterapia, características de la NP y estudio analítico completo (incluyendo perfil nutricional), con registro de glucemias capilares regulares. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.20.

RESULTADOS: Se analizaron 90 pacientes, el 54,4% varones, con una mediana (rango) de edad de 61 (38-74) años. La estancia media en UCI fue de $6,7 \pm 4,2$ días. De los factores de RCV analizados: un 39,1% presentaba hipertensión arterial, un 19,1% Diabetes Mellitus (DM) conocida, (95,3% tipo 2 y 4,7% tipo 1), con una media de $9,4 \pm 7,6$ años de evolución, y una hemoglobina glicada media de $7,4 \pm 2,3\%$.

Las dosis medias totales de insulina (UI/kg) administradas en UCI fueron mayores que en PH ($0,5 \pm 0,6$ vs. $0,2 \pm 0,3$, respectivamente; $p < 0,001$), siendo mayor el uso de insulina en la NP en PH vs. UCI (35% vs. 24%, $p < 0,001$). No obstante, el porcentaje de glucemias capilares mayores a 200 mg/dL fue superior en PH vs. UCI ($8,7 \pm 24,5\%$ vs. $3,5 \pm 9,4\%$; $p=0,013$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el aporte calórico (kcal/kg) de la NP, ni en las dosis de corticoides (mg/kg) administradas, en UCI y PH. Los niveles de proteína C reactiva (PCR) (mg/dL) disminuyeron significativamente de UCI ($13,5 \pm 9$) a PH ($10,7 \pm 7,3$) ($p=0,002$). Las variables con mayor valor predictivo [Área Bajo la Curva ROC (ABC)] en la disminución de los requerimientos de insulina en PH respecto a las necesidades en UCI fueron: más años de evolución de la DM (ABC 0,71), más unidades de insulina en la NP por gramo de hidrato de carbono pautado (ABC 0,69), más días de estancia en UCI (ABC 0,68) y más días con NP hasta el alta de UCI (ABC 0,67).

CONCLUSIONES: Existe una tendencia a administrar menores dosis de insulina de las requeridas en la transición de los pacientes de UCI a PH, siendo más evidente en aquéllos con mayor tiempo de evolución de su DM, que recibieron más insulina en la NP en UCI y mantuvieron la NP durante un periodo más prolongado. La actitud más conservadora en PH podría deberse al riesgo de sufrir hipoglucemias en este periodo de transición. Son necesarios estudios prospectivos que analicen los factores influyentes en el adecuado manejo glucémico en la transición de UCI a PH.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1299. VALIDACIÓN DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: PIERA PEREZ P, BERLANA MARTIN D, GORDI LOPEZ P, TERRADAS CAMPANARIO S, MARTINEZ CUTILLAS J. Hospital Universitario Valle Hebrón. Pº Vall Hebrón 119. Barcelona. España

OBJETIVOS: La elaboración de bolsas de nutrición parenteral (NP) de forma automatizada se ha extendido para reducir la manipulación de los componentes, así como la generación de errores. La incorporación de cualquier cambio a un proceso establecido requiere la validación del mismo, de modo que se pueda asegurar que no existe pérdida en la calidad del producto elaborado. El objetivo del presente trabajo fue validar el proceso de automatización, concretamente la calidad y fiabilidad de las medidas de control gravimétrico relacionado con la automatización de la NP.

MATERIAL Y MÉTODOS: El primer objetivo consistió en la validación del SAG (sistema automatizado de control gravimétrico - Exactamix2400). Para ello se realizaron bolsas de mezclas de componentes de NP durante 3 días consecutivos, con diferente composición, número de componentes entre 1-4, y contenido entre 5-50 ml de cada uno de ellos, para recoger las diferentes características de llenado y facilitar la comprobación volumétrica posterior. El SAG registra los pesos reales y los pesos teóricos. Posteriormente se miden externamente los volúmenes de llenado de cada bolsa y su peso (llena y vacía). Se compara cada una de las bolsas realizadas, su volumen teórico con el real, así como el registro de pesos.

El segundo punto fue el control comparativo entre el nuevo sistema automatizado y el sistema manual (control gravimétrico de control visual). Se recogieron los pesos reales y teóricos de preparaciones manuales realizadas durante el mismo periodo (abril 2016) que las preparaciones NP realizadas con los SAG. Se comparan las desviaciones de los pesos reales. Los resultados se muestran como medias (desviación estándar), y las medias se comparan mediante t-student o pruebas no paramétricas si procede.

RESULTADOS: Para el primer punto (validación) se estudiaron 30 mezclas con una media de 2.1 (0.78) componentes, y volumen medio 50.5 (rango 25-100) ml. Mediante el SAG registraron un error medio de 0.77 (1.08) por gravimetría, mientras que por volumen medido la media fue 0.15 (0.90). Aunque las diferencias son significativas ($p=0,02$), ambos métodos reflejan un error $< 3\%$ y correlación entre ellos. Para el estudio comparativo entre los 2 sistemas utilizados se analizaron un total de 99 preparaciones: 68 NP automatizadas mediante SAG y 31 elaboradas manualmente. La media de variación del peso real respecto al teórico en dos métodos (manual y automatizado-SAG) fue de $-0,37$ (1.56) y $0,6$ (0.58) % respectivamente. Esta disminución fue significativa ($p < 0,05$). Al analizar el porcentaje de

preparaciones fuera del límite de variación del 3% se observó una reducción significativa al comparar los 2 métodos (0% vs 9.7% SAG y manual respectivamente).

CONCLUSIONES: El SAG, Exactamix2400, supone un aumento en el control de la exactitud y una disminución del riesgo de superar los límites considerados aceptables. La validación volumétrica posterior reflejó que el llenado de bolsas de NP mediante SAG cumple con lo establecido en la normativa, con un error en general

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

117. CAPECITABINA Y CISPLATINO A DOSIS REDUCIDAS EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO AGAMENON

AUTORES: ALVAREZ MANCENÍDO FJ, RODRIGUEZ PALOMO A, JIMÉNEZ GALÁN R, MARTINEZ BERNAL G, LIMÓN MIRÓN ML, CARMONA BAYONAS A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avda. de Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Mostrar el uso, aplicabilidad, efectividad y tolerancia de cisplatino y capecitabina (XP) a dosis reducidas en cáncer gástrico avanzado en práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con adenocarcinoma gástrico avanzado o localmente avanzado irresecable que hubieran recibido tratamiento en primera línea con el esquema XP a dosis reducidas: 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 con este esquema, KanK YK y col. Ann Oncol 2009). Los datos se obtuvieron de un registro nacional de pacientes con adenocarcinoma de esófago distal y estómago avanzado o localmente avanzado irresecable (registro Agamenon) tratados con poliquimioterapia en primera línea entre el año 2008 y 2016.

Las variables de eficacia empleadas fueron: la supervivencia libre de progresión (SLP) definida como el tiempo transcurrido desde el inicio de tratamiento con XP hasta la progresión de la enfermedad, la supervivencia global (SG) definida como el tiempo transcurrido desde el inicio de XP hasta que el paciente fallece y la tasa de respuesta. Para evaluar la tolerancia del esquema se analizaron las toxicidades grado 1-4 más frecuentes, así como la tasa de discontinuación toxicidad.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cualitativas con porcentajes y las variables cuantitativas con la media y la desviación típica o mediana y percentiles. La SLP y SG se analizaron mediante el método de Kaplan-Meier. Oncofarm se utilizó para obtener la información de los tratamientos de quimioterapia.

RESULTADOS: En la fecha del análisis (marzo de 2016), el registro contenía 1079 casos evaluables de 28 hospitales españoles. 172 pacientes (16%) fueron tratados con XP siendo el segundo esquema más utilizado por detrás de EOX (epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina) (23%) y seguido de FOLFOX6 (5-fluorouracilo y oxaliplatino) (11%). La mitad de los hospitales (14) contaban con al menos un paciente tratado con XP.

La mediana de intensidad de dosis recibida fue de un 100% para ambos fármacos, capecitabina 850 mg/m²/12h x 14 días (rango, 406-850) y cisplatino 70 mg/m² día 1 (rango, 52-70).

La mediana de ciclos recibidos fueron 6 y de 147 días de tratamiento (rango, 21-579) para capecitabina y 128 (rango, 21-360) para cisplatino.

Los motivos de interrupción del tratamiento fueron: progresión (51% y 76%), fin del tratamiento programado, 6-8 ciclos (37% y 20%), toxicidad (9% y 3%) para cisplatino y capecitabina, respectivamente.

Las toxicidades grado 3-4 aparecieron en menos del 5%, excepto neutropenia (9%) y náuseas (11%). Las toxicidades grado 1-2 más frecuentes fueron: síndrome mano-pie (65%), náuseas (63%), anemia (62%), astenia (51%), neuropatía (34%) y vómitos (29%). La mediana de SLP y SG fueron 6,2 (IC95%: 4,8-8) y 10,4 (IC95%: 7,7-12,2) meses, respectivamente y la tasa de respuesta del 63%.

CONCLUSIONES: En la serie de este registro nacional, el esquema XP a dosis reducidas muestra una eficacia similar a la del esquema original (cisplatino 85 mg/m² día 1 y capecitabina 1000 mg/m²/12 horas durante 14 días cada 3 semanas) logrando mantener la intensidad de dosis y la administración hasta progresión con una toxicidad manejable.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

424. DETECCIÓN Y APROXIMACIÓN A LAS CONSECUENCIAS DE LA INFRADOSIFICACIÓN EN EL PACIENTE OBESO ONCOLÓGICO

AUTORES: BENET GIMÉNEZ I, VICENTE SÁNCHEZ P, ALAÑÓN PARDO MM, PÉREZ SERRANO R, FRANCO SERENO MT, RODRIGUEZ MARTINEZ M.

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Calle del obispo rafael torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de infradosificación de quimioterapia en el paciente adulto obeso, basándonos en las recomendaciones publicadas por ASCO en 2012, y comparar la efectividad y seguridad del tratamiento quimioterápico de pacientes infradosificados con pacientes normodosificados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes obesos ($IMC \geq 30$) que recibieron quimioterapia intravenosa entre octubre y diciembre 2014. Se excluyeron tratamientos con anticuerpos monoclonales, carboplatino y pacientes hematológicos. Para la recogida de datos demográficos, farmacoterapéuticos y clínicos de los pacientes, se utilizó el programa Farmis-Oncofarm® e historia clínica informatizada (Mambrino®). Los pacientes se clasificaron en dos grupos: -Infradosificados, cuando la dosis prescrita se disminuía > 10% con respecto a la dosis calculada por peso real sin justificación analítica y/o clínica, reflejada en la historia clínica. -Normodosificados. Los endpoints primarios establecidos fueron: -Porcentaje de pacientes infradosificados; -Porcentaje de pacientes que experimentaron reducción de dosis debido a toxicidad; -Porcentaje de mortalidad y progresión hasta marzo 2016; para este cálculo se excluyeron los pacientes en tratamiento adyuvante, con el fin de evitar sesgos en los resultados. Se compararon los resultados entre ambos grupos mediante la prueba X2 de Pearson (programa SPSS® v. 19).

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes obesos (18,7% del total de pacientes tratados). El 53,9% fueron mujeres, con edad media de 61 ± 11 años. En el 41,2% de los pacientes, se infradosificó el tratamiento, mientras que en el 58,8% se dosificó correctamente. Ambos grupos estaban balanceados en sus características iniciales, excepto en la proporción de tratamientos adyuvantes, que fue mayor en el grupo de los normodosificados (48,3% vs 16,7% $p < 0,001$). El 23,8% de pacientes infradosificados presentó reducción de dosis por toxicidad frente al 16-7% del grupo normodosificado ($p=0,371$). El porcentaje de mortalidad fue del 48,3% y 44,8% ($p=0,792$) y de progresión 84,8% y 73,3% ($p=0,259$) en el grupo infradosificado y normodosificado respectivamente.

CONCLUSIONES: A pesar de que la guía de dosificación de quimioterapia en el paciente obeso publicada por ASCO en 2012 recomienda dosificar la quimioterapia en obesos usando el peso real, existe un alto porcentaje de pacientes en los que se reduce la dosis inicial sin justificación aparente. En nuestro estudio, ambos grupos presentaron un porcentaje similar de reducción de dosis debido a toxicidad, sugiriendo que la dosificación por peso real es segura en estos pacientes. Sin embargo, esta práctica podría aumentar el riesgo de fallo de tratamiento, ya que progresaron más pacientes cuando se hicieron reducciones de dosis iniciales, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los grupos estaban demográfica y clínicamente balanceados aunque dado el carácter retrospectivo del estudio es posible que existan sesgos no controlados. Nuestros resultados sugieren la importancia de dosificar la quimioterapia en el paciente obeso en función del peso real y de establecer acciones de mejora en este ámbito para conseguir un resultado óptimo del tratamiento en esta población.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1253. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SORAFENIB EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA.

AUTORES: Gutiérrez Lizarazu A, Serrano Alonso M, Echeverría Gorriti A, Irigoyen Rodríguez I, Torroba Sanz B, Burgui Alcaide C.

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Avda. Pío XII, 36. Navarra. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad y seguridad de sorafenib en adultos diagnosticados de hepatocarcinoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que incluyó 29 pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma a los que se dispensó sorafenib desde la Unidad de Pacientes Externos entre octubre de 2008 y enero de 2016.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, diagnóstico de base), variables clínicas (grado de cirrosis), pruebas analíticas (bilirrubina, hemoglobina), así como variables relacionadas con el tratamiento farmacológico.

Para el análisis de la efectividad se revisaron las pruebas de imagen (tomografía axial computarizada y resonancia magnética) y se incluyeron a los pacientes que habían recibido al menos 30 días de tratamiento con sorafenib; se evaluó el tiempo libre de progresión (TLP) y la supervivencia global (SG). Para el análisis de la seguridad se recogieron los efectos adversos (EAs) y el grado de presentación.

RESULTADOS: Recibieron sorafenib 29 pacientes, el 90% hombres, siendo la mediana (rango) de edad 68 (46-77) años. La etiología del hepatocarcinoma fue diversa, siendo la enólica la más frecuente (55,2%) y el 72 % de los pacientes presentaban cirrosis (el 75% grado A según la escala Child-Pugh).

La mediana del TLP fue de 77 (12-1015) días y la mediana de la SG de 305 (46-1751) días. No se observó asociación entre el grado de cirrosis o etiología del hepatocarcinoma y el TLP o la SG. Sin embargo, los pacientes con bilirrubina total inicial menor a 1,5 mg/dL presentaron una SG significativamente mayor [416 (71-1751) vs. 117 (46-407), $p < 0,05$].

El control de imagen ($n=18$), transcurridas al menos 4 semanas desde el inicio del tratamiento con sorafenib, mostró: reducción de las lesiones (22,2%), estabilidad clínica (27,8%) y progresión de la enfermedad (50%).

Trece pacientes (44,8%) requirieron reducción de dosis de sorafenib por EAs, siendo la mediana del tiempo hasta reducción de dosis 42 (10-283) días.

Los EAs más frecuentes fueron pérdida de peso superior al 10% (65,5 %), síndrome mano-pie (62,0%), astenia (62,0%), diarrea (51,7%) y anorexia (48,3%).

El 51,7% de los pacientes, presentaron efectos adversos grado III. La causa más frecuente de suspensión del tratamiento fue deterioro del estado general (55,2%) seguida de toxicidad no controlada (37,9%).

Los pacientes que presentaron síndrome mano-pie tuvieron un TLP significativamente mayor que los que no lo presentaron [193 (31-1015) vs. 62 (12-180), $p < 0,05$] y una SG mayor [416 (71-1751) vs. (128 (46-407), $p < 0,05$].

CONCLUSIONES: Nuestra población de pacientes con hepatocarcinoma tratados con sorafenib mostró una mediana de TLP y de SG de 77 y 305 días respectivamente. Los pacientes con valores de bilirrubina menor a 1,5 mg/dL presentaron mayor SG.

El TLP y la SG fueron mayores en los pacientes con síndrome mano-pie, lo que muestra una asociación entre la presentación de este efecto adverso y la efectividad del tratamiento.

El 51,7% de los pacientes presentó algún EA grado III; ningún paciente presentó toxicidad de grado IV y más de la mitad de los pacientes presentaron pérdida de peso, síndrome mano-pie, astenia y diarrea durante el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

151. FACTORES DE RIESGO DE TOXICIDAD ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA TRIPLE INTRATECAL ESTANDARIZADA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS.

AUTORES: OLMOS JIMÉNEZ R, ESPUNY MIRÓ A, GALERA MIÑARRO A, PASCUAL GAZQUEZ JF, RAMIREZ ROIG C, DÍAZ CARRASCO MS.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CARRETERA MADRID-CARTAGENA S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar posibles factores de riesgo relacionados con la aparición de toxicidad, en pacientes oncohematológicos pediátricos, al administrar una mezcla triple intratecal (TIT) estandarizada.

MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de todas las administraciones de quimioterapia TIT estandarizada realizadas durante 18 meses (1/01/2013-31/06/2014). Se utilizaron las dosis de metotrexato, citarabina e hidrocortisona habituales en los esquemas SEHOP-PETHEMA, con volúmenes fijos en función de la edad ($< 0,05$).

RESULTADOS: Se incluyeron 269 administraciones en 41 pacientes (58,5% niños, media de edad=6,6±3,9 años), se registró toxicidad en el 16,7% de los procedimientos (45). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las administraciones con presencia versus con ausencia de toxicidad en: edad del paciente ≥ 3 años (95,6% vs. 81,2%, $p=0,0018$), administración de metotrexato a dosis altas (33,3% vs. 17,4%, $p=0,015$), citarabina a dosis altas (2,2% vs. 13,8%, $p=0,028$), indicación profiláctica (91,1% vs. 98,2%, $p=0,010$), administración concomitante de quimioterapia (82,2% vs. 93,3%, $p=0,015$), número de TIT previas (5 vs. 8, $p=0,015$), administración en régimen de ingreso (73,3% vs. 42,4%, $p < 0,0001$), tiempo de observación hospitalaria (54 h vs. 2 h $p=0,032$) y administración mediante punción lumbar (93,3% vs. 99,6%, $p=0,016$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en: administración previa o concomitante de irradiación del sistema nervioso central, administración concomitante de fármacos potencialmente neurotóxicos, intervalo de días entre administraciones, aparición de complicaciones durante el procedimiento y diferencia de volumen entre el líquido cefalorraquídeo extraído y el de mezcla administrado. En el modelo de regresión logística multivariante se obtuvieron los siguientes resultados (OR(IC95%), p): indicación profiláctica (3,31(1,32-5,42), 0,158), quimioterapia concomitante (0,43 (0,14-1,37), 0,087), metotrexato a dosis altas (1,59 (0,61-4,19), 0,959), administración mediante punción lumbar (0,116 (0,01-3,22), 0,204), número TIT previas (0,92 (0,82-1,03), 0,505), régimen de ingreso (4,37 (2,12-9,03),

CONCLUSIONES: La edad del paciente ≥ 3 años, la administración concomitante de metotrexato a dosis altas, el menor número de TIT previas, la administración en régimen de ingreso y el mayor tiempo de observación hospitalaria se asociaron con mayor aparición de toxicidad; mientras que la indicación profiláctica, la administración concomitante de quimioterapia y administración mediante punción lumbar se relacionaron con una menor frecuencia. En el análisis multivariante, sólo la edad ≥ 3 años y la administración en régimen de ingreso resultaron factores de riesgo de aparición de toxicidad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

195. SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN CONCOMITANTE DE TRASTUZUMAB CON ANTRACICLINAS Y TAXANOS EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA

AUTORES: KOPRIVNIK / S, FUSTER SANJURJO L, RODRÍGUEZ PENÍN I, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ AM.

Hospital Arquitecto Marcide, Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Avda. Residencias, s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Existe controversia en la literatura sobre la seguridad de la administración concomitante de trastuzumab y quimioterapia basada en antraciclinas. El objetivo del estudio es determinar la incidencia de cardiotoxicidad asociada a la utilización de trastuzumab en el tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama usado concomitantemente con antraciclinas y taxanos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se seleccionaron todas las pacientes tratadas con esquema paclitaxel 80 mg/m²-trastuzumab 4mg/kg dosis de carga, 2 mg/kg/ dosis sucesivas /7 días X 12 semanas seguido de FEC (fluorouracilo-epirubicina-ciclofosfamida 500-75-500 mg/m²)-trastuzumab 6 mg/kg cada 21 días X 4 ciclos en régimen neoadyuvante en un hospital de segundo nivel. Se revisaron la e-Historia Clínica (IANUS®) y el programa de gestión farmacoterapéutica del paciente onco-hematológico Farmis®. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, variables oncológicas, intensidad de dosis de quimioterapia, respuesta tras la neoadyuvancia, tratamiento postneoadyuvancia (cirugía, radioterapia, hormonoterapia) y seguridad (criterios NCI-CTCAE v4.0). Se definió presencia de cardiotoxicidad como la disminución de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) (Teicholz) $\geq 10\%$, FEVI $< 50\%$ o cualquier otro evento cardiovascular sintomático.

RESULTADOS: 21 pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante con trastuzumab concurrente con antraciclinas y taxanos entre el 24 de abril de 2013 y el 31 de marzo de 2016. Mediana de tiempo de seguimiento: 20,9 meses (rango 4,5-35,8). Mediana de edad 57 años (rango: 45- 75). Presencia de factores de riesgo cardiovascular en 17 pacientes (81,0%): IMC >25 (n=15), dislipemia (n=8), fumadora activa (n=8), hipertensión arterial (n=7), diabetes mellitus (n=1). Estadío TNM: II 88,2%; III 11,8%; en 4 no fue posible evaluar el tumor primario. Histología: ductal 95,2%, lobulillar 4,8%. Índice de proliferación: Ki-67 ≥ 20 en el 85,7% de las pacientes. Estado de receptores hormonales: E+P+, 61,9%; E-P-, 23,8%; E+P-, 9,5%; E-P+: 4,8%.

Se mantuvieron la densidad y la intensidad de dosis en todos los casos. Diecisiete pacientes habían terminado la neoadyuvancia antes de la fecha de corte. Respuestas obtenidas: pRC 52,9%, pRP 35,3%, sin respuesta patológica 11,8%. Tipo de cirugía: tumorectomía 47,1%, mastectomía 29,4%, cuadrantectomía 23,5%. Radioterapia en el 82,4%. Hormonoterapia (n=14): inhibidor de aromatasa 57,1%, tamoxifeno 42,9%.

Veinte pacientes presentaron reacciones adversas (95,2%); grados 1-2 (n=20): neuropatía periférica (n=12), mucositis (n=7), astenia (n=7), náuseas (n=6); grado 3 (n=2): neutropenia con RAN >500 y 50% en el 100% de las pacientes. Cardiotoxicidad en el 28,5%: disminución de FEVI $\geq 10\%$ del basal en 5 pacientes; disminución de FEVI a 50% en el 100% de las pacientes. Otras reacciones adversas cardiovasculares: fibrilación auricular (n=1), sospecha de pericarditis (n=1). Tiempo medio hasta aparición de cardiotoxicidad: 11,4 $\pm$ 8,1 meses.

CONCLUSIONES: La administración concurrente de trastuzumab con antraciclinas (epirubicina) y taxanos (paclitaxel) se ha mostrado segura en nuestra serie. La cardiotoxicidad fue reversible en todos los casos.

Se ha observado un alto grado de respuestas completas con el esquema concomitante.

Aunque se ha verificado la efectividad y seguridad del esquema concomitante, queda por establecer su superioridad frente a la administración secuencial de trastuzumab con antraciclinas así como su seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1170. UTILIDAD DEL CONTROL GRAVIMÉTRICO EN LA DOSIFICACIÓN DE CITOSTÁTICOS PARA CONOCER LA EXACTITUD Y PRECISIÓN CON LA QUE SE TRABAJA

AUTORES: Ruiz Ramirez JC, Gómez Marín RA, Abellón Ruiz J, Alonso Herreros JM, Soler Soler MDM. Hospital Quironsalud Torrevieja. Partida de la Loma s/n. Alicante. España

OBJETIVOS: Determinar la utilidad del control gravimétrico en la dosificación de citostáticos preparados en la unidad de mezclas centralizadas del Servicio de Farmacia, para conocer la exactitud y precisión global con la que se está trabajando.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han utilizado 6318 registros de control gravimétrico (período 01/10/2010 al 31/03/2016) de los diferentes citostáticos preparados en la unidad, que forman parte del programa de calidad de dosificación, entre los que destacan: fluorouracilo, folinato cálcico, cisplatino, oxaliplatino, paclitaxel, irinotecan, metotrexato, doxorubicina, mitomicina, gemcitabina, carboplatino, etopósido, ciclofosfamida, citarabina, tiosulfato, bevacizumab, aldesleukina, pemetrexed, vincristina, transtuzumab, rituximab, cetuximab, docetaxel, dacarbacina, ifosfamida y bleomicina. A partir de la densidad de los diferentes principios activos, se ha estimado el peso teórico a dosificar (predicción) y se ha comparado con el peso real dosificado. Se ha calculado el error medio porcentual (EMP), como medida de la exactitud, el error medio absoluto porcentual (EAMP), como medida de la precisión y la raíz cuadrada del error cuadrado medio porcentual (RECM), como medida compuesta de la exactitud y la precisión. También se ha realizado un análisis de correlación entre los valores observados y los teóricos calculados.

RESULTADOS: El EMP estimado ha sido de: -0,5050% (IC95%: -0,5492% a -0,4608%). El EAMP calculado ha sido de: 1,4369% (IC95: 1,4077% a 1,4662%). El RECMP estimado es de 0,8729. El análisis de correlación resultó ser estadísticamente significativo, con un coeficiente de correlación de Pearson del 0,9997 ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES: La precisión y exactitud demostrada, así como el alto grado de correlación entre el peso teórico y el medido de los citostáticos dosificados, permite asegurar que la dosificación de citostáticos se está realizando de manera adecuada. Por otro lado, se considera que el método de control utilizado es óptimo para la finalidad en que se utiliza, permitiendo conocer el grado de precisión y exactitud con la que se trabaja. Se recomienda la generalización de este sistema de control, en todos los Servicios de Farmacia donde se dosifiquen citostáticos, ya que la seguridad y calidad que aporta al proceso supera la mínima inversión que es necesario realizar para su implementación. Asimismo, se considera un buen método de comparación interno de cómo trabaja el personal de la unidad, así como externo de comparación entre distintos hospitales. Por último, este método también puede hacerse extensible a la dosificación de otros fármacos en mezclas intravenosas.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

119. VALOR PRONÓSTICO DE LA INTRODUCCIÓN TEMPRANA DE TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS EN EL CÁNCER GÁSTRICO: EL CASO DE LA TERAPIA ANTI-HER2

AUTORES: ALVAREZ MANCENIDO FJ, RODRIGUEZ PALOMO A, ZAPICO GARCIA I, LORENZO BARRETO JE, MUGICA ESTEBANEZ M, PIMENTEL CACERES P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avda. de Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de implantación de la prueba HER-2 en los hospitales y analizar su impacto sobre el pronóstico de los pacientes de un registro nacional de cáncer gástrico. El tratamiento con trastuzumab asociado a cisplatino y fluoropirimidinas mejora significativamente la supervivencia en cáncer gástrico avanzado HER-2 positivo.

MÉTODOS: La serie analizada proveniente del registro español AGAMENON compila casos reclutados consecutivamente en 28 hospitales nacionales entre enero de 2008 y enero de 2016. Todos los pacientes incluidos presentaban un adenocarcinoma de esófago distal, unión gastroesofágico o estómago avanzado tratado con poliquimioterapia. Se analizó una serie proveniente del registro español AGAMENON, que compila casos procedentes de 28 hospitales nacionales obtenidos consecutivamente entre enero de 2008 y enero de 2016. Los pacientes incluidos presentaban un adenocarcinoma avanzado de esófago distal, unión gastroesofágica o estómago a tratamiento con poliquimioterapia. Se empleó el modelo de Cox de regresión de riesgos proporcionales para analizar la influencia de la no determinación de la sobreexpresión HER-2 sobre la supervivencia global de los pacientes, controlando por el motivo de no determinación de HER2(muerte precoz vs otros).

RESULTADOS: De 1627 pacientes evaluados, 1170 cumplían criterios de elegibilidad para el análisis. La sobreexpresión de HER2 no fue evaluada en el 22,9% de los pacientes($n = 268$). Los motivos para la no evaluación fueron: la determinación de HER2 o el uso de trastuzumab no considerados estándar en el centro (74,3%); primera línea de tratamiento anterior a 2010-año de autorización de la indicación por AEMPS (8.3%); causa desconocida (6.4%); determinación de HER2 en la segunda línea en 3,7%; tejido tumoral insuficiente(3,7%); inicio urgente de la quimioterapia, sin posibilidad de evaluación posterior del HER2 por deterioro o muerte prematura(3.3%) y paciente no candidato a recibir trastuzumab (p. ej. severa cardiopatía) en 0.3%.

El índice de determinación de HER2 ha aumentado de manera progresiva en el tiempo: de 58.3% en 2008 a 92.9% en 2016. HER2 fue positivo(HER2+) en 194 tumores (21,3%). Los pacientes con tumores HER2+ tratados con trastuzumab presentaron una mediana de supervivencia global de 14,6 meses (IC 95%, 11.1-18.1), frente a los pacientes HER-2 negativo, con 9,7 meses (IC 95%, 9.1 10.3), $p < 0.001$ (prueba de log-rank). La mediana de supervivencia se reduce progresivamente cuanto menor sea el porcentaje de determinación de HER2 en un hospital, siendo significativas y desfavorables las diferencias cuando faltan datos de HER2 en más del 30% de los pacientes. En la regresión de Cox, cada aumento del 1% en el porcentaje de pacientes sin determinación HER2 se asoció con un aumento de 0,35% en el riesgo de muerte, durante este período de observación: cociente de riesgo, 1.0035 (IC 95%, 1.0013 a 1.0056), $p = 0.0015$.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con cáncer gástrico avanzado tratados con quimioterapia en centros que han implementado la determinación de sobreexpresión de HER2 de forma tardía exhibieron peores resultados clínicos y de supervivencia. Los hospitales y servicios implicados (farmacia hospitalaria, oncología médica, anatomía patológica) deben esforzarse por incorporar estas mejoras cuando hay evidencia suficiente del beneficio, impacto en supervivencia, y de la rentabilidad del proceso.

213. ABORDAJE DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

AUTORES: ALIBERAS MORAGAS J, ALZUETA ISTÚRIZ N, MIQUEL NOGUERA E, DEL PINO GAYA B.
PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU. C/ NUMÀNCIA 9-13. Barcelona. España

OBJETIVOS: Describir y evaluar el proceso de conciliación de la medicación de los pacientes psiquiátricos en el ingreso en una unidad de agudos y subagudos de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en las unidades de agudos y subagudos de un hospital de salud mental de tercer nivel antes de las 48 horas posteriores al ingreso durante un periodo de cuatro meses. Las variables recogidas fueron: i) demográficas (edad y sexo); ii) clínicas (diagnóstico al ingreso); iii) medicación habitual para patología psiquiátrica iiiii) medicación habitual para patología somática o no psiquiátrica. Se realizó la conciliación de la medicación al ingreso mediante el ☐ Documento de Consenso de Conciliación de la SEFH-. Se diferenciaron las discrepancias detectadas según si afectaban a la medicación para patología psiquiátrica o a la medicación para patología somática. Las discrepancias detectadas se discutieron con el psiquiatra responsable del paciente y/o con el médico internista.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 179 pacientes (54,19% mujeres y edad media 44 años, DE 14 años). Los diagnósticos principales al ingreso fueron esquizofrenia paranoide crónica (34,08%) y trastorno bipolar (10,06%). Respecto al número de medicamentos, un 12,30% de los pacientes no tomaba medicación habitual. El 74,74% de los pacientes llevaban al menos un medicamento psiquiátrico, la media de fármacos psiquiátricos por paciente fue de 3,33. Un 44,13% tomaban al menos un fármaco para alguna patología somática, con una media de 2,74 fármacos por paciente.

En un 8,94% de los ingresos no se pudo realizar conciliación por falta de información. Se detectó un total de 292 discrepancias de las cuales un 16,10% fueron errores de conciliación. El 72,95% de las discrepancias identificadas se relacionaron con un fármaco psiquiátrico, siendo la mayor parte justificadas sin necesidad de aclaración (92,02%). Se trató principalmente de inicios de nueva medicación (53,52%) y cambios posológicos/vía de administración (30,10%) justificados por la situación aguda del paciente. Un 4,70% de las discrepancias en la medicación psiquiátrica se justificó mediante aclaración y únicamente se detectó un 3,57% de errores de conciliación en relación a los fármacos psiquiátricos.

Un 27,05% de las discrepancias encontradas afectaron a medicación somática, los errores de conciliación fueron las más frecuentes (50,63%). En lo que se refiere al tipo de error de conciliación la omisión de medicación fue el más común (55,00%), seguido del cambio posológico/vía de administración (30%). Un 29,11% de las discrepancias en la medicación somática no requirió aclaración y un 20,25% se justificaron tras ser aclaradas.

CONCLUSIONES: Los errores de conciliación suponen una fuente considerable de problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes psiquiátricos, siendo mucho más frecuentes los que no afectan a la medicación de la patología psiquiátrica. La intervención farmacéutica en el área de la conciliación del paciente psiquiátrico puede contribuir a identificar estos errores y a resolver los problemas relacionados con la medicación.

120. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CON PROPIEDADES ANTICOLINÉRGICAS EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: Mayorga Bajo I, Martínez Sotelo J, Ortega Valín L, Revuelta Herrero JL.
Hospital Residencia Asistida La Luz. Calle Duratón nº 2. Burgos. España

OBJETIVOS: valorar la prevalencia de fármacos con propiedades anticolinérgicas (FAC) y los riesgos asociados a su uso, en el ámbito socio-sanitario-geriátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional de corte transversal realizado en un Centro Sociosanitario (CSS), que incluyó pacientes ancianos (> 65 años) en tratamiento con ≥ 1 FAC por vía oral. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, número total de medicamentos, número de FAC, riesgo anticolinérgico según ☐ Anticholinergic Risk Scale- (ARS), contraindicaciones (CI) y efectos adversos (EA). Los datos de la Historia Clínica se obtuvieron del programa Resiplus® y la ARS mediante la aplicación informática CheckTheMeds®. El registro y análisis de datos se realizó mediante hoja de cálculo Microsoft Excel®, empleando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencia y porcentaje para variables cualitativas.

RESULTADOS: de los 140 pacientes institucionalizados, se incluyeron en el estudio 86 (61,4%): 52 (60,5%) mujeres, con una edad media de $83,75 \pm 7,56$ y en tratamiento con $7,37 \pm 3,18$ fármacos/paciente. Se identificaron 158 prescripciones de FAC ($1,79 \pm 0,97$ FAC/paciente) siendo el 89% crónicas. Los medicamentos implicados fueron: 27,1% diuréticos; 23,2% antidepresivos; 23,2% antipsicóticos; 7,1% benzodiacepinas; 7,1% opioides y 12,3%

otros. El riesgo anticolinérgico fue bajo (ARS=1) en el 44,2% de los pacientes, moderado (ARS=2) en el 25,6% y alto (ARS≥3) en el 30,2%. El 41,9% (36 pacientes) presentó una o varias CI para el uso de FAC: 26/36 demencia o deterioro cognitivo, 10/36 prostatismo y 4/36 glaucoma; por otro lado, en el 41,9% (36 pacientes) se identificó al menos un EA potencialmente relacionado con los FAC: 28/36 estreñimiento, 9/36 caídas, 8/36 ojo seco, 3/36 confusión y 1/36 retención urinaria.

CONCLUSIONES: La prevalencia de pacientes en tratamiento crónico con fármacos anticolinérgicos es elevada, así como la de pacientes con alto riesgo anticolinérgico, contraindicaciones y eventos adversos posiblemente relacionados con FAC.

Optimizar la terapia farmacológica en pacientes institucionalizados; por ejemplo, minimizando la prescripción inadecuada de fármacos anticolinérgicos, podría reducir los riesgos derivados de su utilización y mejorar la seguridad del tratamiento en estos pacientes de elevada comorbilidad y fragilidad.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

219. ANÁLISIS Y MANEJO CLÍNICO DE LA INTERACCIÓN LEVOFLOXACINO-ACENOCUMAROL

AUTORES: Taberner Bonastre P, Peris Martí JF, Fernández Villalba EM, Moreno Miralles A, Martínez Antequera MP, Quintana Vargas MI.

Residencia Personas Mayores Dependientes La Cañada. c/561 s/n. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar la interacción levofloxacino-acenocumarol, su manejo y repercusión clínica en pacientes mayores institucionalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo (octubre 2011-enero 2016) realizado en pacientes mayores institucionalizados de 7 centros sociosanitarios incluidos en un programa de seguimiento del tratamiento anticoagulante oral (ACO) coordinado desde un servicio de farmacia. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron en algún momento tratamiento simultáneo con ambos medicamentos y se recogieron las variables demográficas y la indicación del tratamiento ACO. Para cada caso o situación de interacción se registró el valor de la razón normalizada internacional (INR) previo, durante y posterior al tratamiento con levofloxacino, el tratamiento con otros fármacos que podrían alterar la respuesta anticoagulante, la modificación de la dosis y/o la administración del vitamina K que hubiese precisado el paciente para el manejo de la interacción. Criterios de exclusión: casos de interacción de los que no se disponía del valor de INR durante el tratamiento con levofloxacino.

Se realizó un análisis descriptivo para las variables demográficas. La variación entre el INR previo y durante el tratamiento con levofloxacino se analizó mediante la prueba t para muestras relacionadas (programa SPSS®). Como criterio de relevancia clínica se utilizó un $\text{INR} \geq 4,5$.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes con 36 situaciones de interacción levofloxacino-acenocumarol. Se excluyeron 3 pacientes y 12 situaciones por no disponer del valor de INR durante la administración de levofloxacino. La mediana de edad fue de 82 años (rango 54-92), siendo el 58,3% varones. El 88,9% tenía fibrilación auricular y el 11,1% trombosis venosa profunda como indicación principal del tratamiento ACO. En 5 situaciones el paciente tomaba amiodarona, en 4 levotiroxina y en una acetato de megestrol.

Se observó un incremento significativo ($p < 0,05$) en el valor de INR durante el tratamiento con levofloxacino ($\text{INR}=4,71$; $\text{DE}=1,9$) respecto del valor previo ($\text{INR}=2,5$; $\text{DE}=0,56$) y durante el tratamiento con levofloxacino, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Este incremento fue clínicamente relevante en el 50% de los casos ($\text{INR} \geq 4,5$), en el 33,3% se situó entre 3,5-4,4 mientras que en 16,7% el INR se mantuvo en el intervalo terapéutico.

En 5 situaciones se administró vitamina K para revertir el efecto del acenocumarol, en 4 por alcanzar un $\text{INR} > 8$ y en uno por presentar hematuria y un INR de 6. En las situaciones en las que se objetivó la interacción se disminuyó la dosis en un 20%, aproximadamente.

CONCLUSIONES: Levofloxacino interacciona con acenocumarol de forma que puede producir un aumento en la respuesta anticoagulante (INR) clínicamente relevante. La participación del servicio de farmacia en un programa de atención al paciente ACO facilita la detección y manejo de las interacciones aportando seguridad al tratamiento. La interacción está documentada pero es necesario profundizar en su análisis para entender los factores que condicionan tanto la magnitud de la interacción como el hecho de que no se manifieste en todos los pacientes o situaciones.

511. APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE TRASPLANTADO

AUTORES: FERNÁNDEZ MEGÍA MJ, PÉREZ HUERTAS P, BORRÁS ALMENAR C, ALBERT MARI A, FONT NOGUERA I, POVEDA ANDRÉS JL.

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. Avinguda Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: El paciente trasplantado en el período post-trasplante inmediato sufre cambios en su estado de salud y en su tratamiento farmacológico que le hacen susceptible de sufrir problemas relacionados con la medicación. El objetivo es aplicar el modelo de selección de pacientes crónicos desarrollado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) al paciente adulto trasplantado para seleccionar aquellos pacientes que más se pueden beneficiar de programas de atención farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito: hospital terciario. Diseño: Observacional prospectivo. Población: pacientes adultos con trasplante de órgano sólido de novo desde junio de 2015 a marzo de 2016. Herramienta utilizada: Cuestionario de selección de pacientes crónicos desarrollado por la SEFH. Esta herramienta se trasladó a un aplicativo propio para la atención farmacéutica (Valorfarm). Variables: Se valoraron las trece variables y, en función de la puntuación obtenida, los pacientes se clasificaron en: Nivel 1: riesgo global; Nivel 2a: riesgo de medicación; Nivel 2b: riesgo sociosanitario y Nivel 3: básico. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y de la entrevista con el paciente. Los programas de atención farmacéutica aplicados fueron: seguimiento, formación, información, conciliación y adherencia farmacoterapéutica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se aplicó el modelo de selección a 138 pacientes con trasplante de órgano sólido (67% hombres). El promedio de edad fue de 53 años (SD: 12,4). La distribución de estos pacientes por trasplante fue: 41,3% renal, 41,3% hepático, 10,1% cardíaco y 6,5% pulmonar. La puntuación media obtenida fue de 13 (SD:4) (intervalo: 7-28). Un 9,1% de los pacientes se clasificaron en el Nivel 1 (riesgo básico), 51,5% Nivel 2a (riesgo medicación) y 39,1% Nivel 3 (riesgo global). En los pacientes trasplantados las variables riesgo de la medicación, cambios en el régimen regular de la medicación y pluripatología requirieron alguna modificación en su definición respecto al documento original y fueron fuente de discrepancia entre los farmacéuticos que evaluaron a estos pacientes. Se han aplicado los programas recomendados de seguimiento farmacoterapéutico, formación y educación al paciente y coordinación con el equipo asistencial del hospital.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes trasplantados evaluados presentan riesgo de medicación y/o riesgo global que los hacen candidatos de programas de atención farmacéutica. Esta herramienta permite la estratificación de los pacientes adultos trasplantados según su riesgo en la práctica diaria. Para asegurar la continuidad de la atención farmacéutica es necesaria una política de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

311. CAMBIOS DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO DE UN PACIENTE CRÓNICO MAYOR

AUTORES: Calvo Cidoncha E, González Bueno J, Sevilla Sánchez D, Manzano García M, Santos Ramos B.

HOSPITAL CLÍNICO Y PROVINCIAL DE BARCELONA. CTRA. CADIZ, KM. 548.9. Barcelona. España

OBJETIVO: Analizar los cambios de complejidad farmacoterapéutica que se producen en el paciente crónico mayor tras un ingreso hospitalario. Secundariamente, identificar en su caso factores predictores del aumento de la complejidad farmacoterapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años con ≥ 2 enfermedades crónicas y polimedicados (≥ 5 fármacos) que tuvieron un ingreso hospitalario en una Unidad de Medicina Interna entre Marzo-Mayo 2015.

- Variables independientes: sexo, edad (≥ 65 -79 años; ≥ 80 años), duración del ingreso (≤ 7 días; > 7 días), número de enfermedades crónicas y grado de polifarmacia al ingreso (moderada: ≥ 5 -9 fármacos; excesiva: ≥ 10 fármacos).

- Variable dependiente: índice de complejidad farmacoterapéutica (Medication Regimen Complexity Index, George et al. 2004) de los medicamentos prescritos de manera crónica (≥ 3 meses) antes y después del ingreso. Se analizó como variable cuantitativa continua y categórica (aumento tras ingreso hospitalario; mantenimiento o disminución). Este índice valora la complejidad que aporta cada medicamento a la farmacoterapia debido a su forma farmacéutica, posología e instrucciones específicas de administración.

Para establecer las diferencias de complejidad antes y después del ingreso se empleó la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Para conocer la relación de las variables independientes con los cambios de complejidad farmacoterapéu-

tica se realizó un análisis estadístico univariante aplicando un modelo de regresión logística con el programa SPSS® Versión 22.

RESULTADOS: Se incluyeron 110 pacientes, 61 (55%) mujeres. 56 (51%) pacientes tenían ≥ 65 -79 años. 60 (55%) pacientes estuvieron ingresados >7 días. La mediana de enfermedades crónicas fue 6 (RIQ: 5-8). 61 (56%) pacientes tenían polimedicación excesiva. La mediana de complejidad antes del ingreso fue 36 (RIQ: 23,8-47,5): posología 15 (RIQ: 9-17); forma farmacéutica 13 (RIQ: 8-18); instrucciones de administración 8 (RIQ: 5-12,2). Tras el alta hospitalaria, el índice de complejidad fue 38,8 (RIQ: 26,9-50): posología 14 (RIQ: 9,9-18); forma farmacéutica 14,5 (RIQ: 9-19); instrucciones de administración 9,5 (RIQ: 6,7-13,2). Se observó un incremento estadísticamente significativo ($p=0,027$) de la complejidad farmacoterapéutica tras el ingreso hospitalario. Considerando la complejidad global, después del ingreso hospitalario el índice de complejidad aumentó en 58 (53%) pacientes, disminuyó en 31 (28%) y se mantuvo constante en 21 (19%). No se identificó ninguna variable predictora del aumento de la complejidad farmacoterapéutica tras el ingreso hospitalario aunque la presencia de polimedicación excesiva sí mostró una tendencia a la significación estadística ($p=0,051$).

CONCLUSIONES: Tras un ingreso hospitalario los pacientes crónicos mayores presentan cambios en su farmacoterapia que implican un aumento en su complejidad farmacoterapéutica. Sin embargo, no se han identificado variables predictoras de dichos cambios de complejidad.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

122. CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ORALES SÓLIDOS ADMINISTRADOS EN UNA RESIDENCIA SOCIO SANITARIA POR SUS TIEMPOS DE DISPERSIÓN Y LA POSIBILIDAD DE SER ADMINISTRADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN.

AUTORES: ALONSO HERREROS JM, JIMÉNEZ GARCÍA MÁ.

HOSPITAL LOS ARCOS - MAR MENOR. Paraje Torre Octavio, 54, 30739 Pozo Aledo. Murcia. España

OBJETIVOS: Determinar los tiempos de dispersión(TD) de la medicación oral sólida utilizada en una residencia socio-sanitaria, para evitar su trituration indiscriminada.

Identificar los casos en que TD altos hacen inapropiada la técnica.

Buscar alternativas para una correcta administración.

Detectar posibles problemas antes de la puesta en marcha del procedimiento.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio cuantitativo, trasversal, descriptivo, semiexperimental, prospectivo en una residencia socio-sanitaria, sin servicio de farmacia. Se accedió a los tratamientos mediante «ResiPlus Discapacitados 3.4.11» (Aphelion-Soluciones-Informáticas). La forma adecuada de administración se consultó en la bibliografía. Para aquellos que no disponían de información se procedió a medir los TD, introduciéndolos en el cuerpo de una jeringuilla de 20 ml, y tomando 10 ml de agua potable a temperatura ambiente. El cronometraje empezó en el momento de completar el volumen, y se realizó por triplicado en cada especialidad, por un segundo observador. Se clasificaron los medicamentos por intervalos de TD de un minuto. Para los medicamentos con un TD superior a 5 se buscaron otras alternativas. El listado final de correcta administración se distribuyó entre el personal sanitario, y se evaluó en una reunión de trabajo los problemas previsibles para su puesta en marcha.

RESULTADOS: La residencia contaba con 126 residentes: 84 gerontológicos, 36 psiquiátricos y 6 discapacitados físicos. En los dos primeros grupos se detectaron 78 medicamentos que se trituraban para su administración. Al realizar sus TD, 40 de ellos fue de menos de tres minutos (51.28%) y 6 entre 3 y 5 minutos - límite que se consideró razonable para aplicar esta técnica. Con tiempos de dispersión entre 5 y 15 minutos se encontraron 14 especialidades, y con tiempos superiores a 15 minutos se encontraron 18.

Se buscaron alternativas para estos dos últimos grupos, encontrando que en 14 casos bastaba cambiar la marca para mejorar los TD; en 8 casos se podía cambiar la forma farmacéutica (gotas, sobres, sublinguales...); en 3 casos el cambio de forma obligaba a un cambio posológico; en otros tres casos era recomendable la sustitución por equivalentes terapéuticos, en dos casos se encontraron referencias sobre que la trituration de los comprimidos y en los dos últimos no se encontró suficiente información como para recomendar una alternativa.

El procedimiento fue bien aceptado en la puesta en común aunque se detectó como principal problema la necesidad de cambiar la prescripción médica realizada en recetas.

CONCLUSIONES: Se detecta una falta de adecuación de la prescripción médica a pacientes con disfagia, . Asi como una falta de información al respecto por parte de la industria fabricante. Las guías de administración para estos pacientes deben incorporar información por marcas comerciales pues no siempre se consigue tiempos de dispersión parecidos entre marcas que se consideran bioequivalentes. Parte de estos problemas se podrían solucionar si la residencia se sirviese de un servicio de farmacia que validase las prescripciones, en lugar de una oficina de farmacia por medio de recetas.

434. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN POBLACIÓN RESIDENCIAL ANCIANA CON Y SIN DEMENCIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS.

AUTORES: IRIARTE IZURA MA, ROJO GARCIA A, CLAVERO IBARRA P, GARRALDA FERNANDEZ J, LAHUERTA DAL-RÉ J. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PADRE MENNI. C/JOAQUIN BEUNZA 45. Navarra. España

OBJETIVO: Comparar el consumo de antibióticos entre personas > 65 años con demencia (D) y sin demencia (ND). Según estudios previos el consumo de analgésicos entre ancianos con y sin demencia difiere, se pretende comprobar si ocurre lo mismo con el consumo de antibióticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional durante 5 años.

Se seleccionan pacientes > 65 años ingresados en unidades de Psicogeriatría durante al menos 30 días entre 2.011 y 2.015.

Se registran datos demográficos (edad, sexo, diagnóstico, días de ingreso) y relacionados con el tratamiento (tipo de antibiótico, indicación, días en tratamiento y proporción de días con antibióticos).

Evaluación estadística no paramétrica (distribución no normal) para comparar los días de tratamiento antibiótico y porcentaje de días del ingreso bajo tratamiento. Se realiza un modelo de regresión para valorar la relación entre demencia y tratamiento antibiótico y controlar por otros factores potencialmente relacionados.

RESULTADOS: Cumplieron criterios de selección 169 pacientes (83 D y 86 ND): el 43,2% ingresados en un centro psicogeriátrico y el 56,8% en otro. La edad (mediana) fue de 87 (D) y 81,5 años (ND) ($p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a sexo (42,2% hombres (D) y 39,5% hombres (ND)). La mediana de días de estancia fue de 1.046 (D) y 1.604,5 (ND) ($p < 0,05$).

El número de días con tratamiento antibiótico fue superior en el grupo de demencia (M + DE: 38,3 + 44,2 vs 25,5 + 28,5; $p < 0,05$). Al igual que la proporción de días de estancia con antibiótico (M + DE: 2,95 + 5,02 vs 5,6 + 9,1; $p < 0,05$).

La infección más prevalente fue la respiratoria (116 casos) seguida de la urinaria (44 casos). La media de episodios de infección respiratoria entre grupos fue significativamente superior en el grupo demencia (M + DE: 1,8 + 2,3 vs 3 + 3,7; $p < 0,05$). En el resto de infecciones las diferencias no han sido estadísticamente significativas.

Cuando se compara el uso por familias de antibióticos, se observa un mayor consumo en el grupo de demencia pero sólo alcanza la significación estadística en el caso de cefalosporinas. Los antibióticos más utilizados en ambos grupos fueron quinolonas, penicilinas, cefalosporinas y macrólidos.

Se realizaron varios modelos de regresión y se observa que las variables demencia y días de ingreso se relacionan de manera directa y significativa tanto con el número de episodios de infección ($B=1,98$ y $B=0,002$ $p < 0,05$) como con los días en tratamiento antibiótico ($B=16,02$ y $B=0,19$, $p < 0,05$).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con demencia tienen un mayor número de infecciones respiratorias, reciben un mayor número de tratamientos con antibióticos y están más días bajo tratamiento.

1237. EFECTIVIDAD DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MARTINEZ SOTELO J, PERIAÑEZ PARRAGA L, PINTENO BLANCO M, GARCIA RAMOS R, CADAVID TORRES MI.

HOSPITAL COMARCAL DE INCA. Carretera vella de Llubi, s/n. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de una intervención farmacéutica (IF) de adecuación de la prescripción farmacológica en pacientes ancianos polimedicados en Atención Primaria sobre:

- Prescripciones Potencialmente Inapropiadas (PPI).

- Resultados en salud.

- Resultados económicos: Coste de medicamentos y recursos sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Estudio experimental multicéntrico, abierto, controlado, aleatorizado por clústers (médicos); de 4 semanas de duración (Abril-Mayo 2014).

Ámbito: Centros de salud de AP dependientes de un hospital comarcal.

Criterios de inclusión: Ancianos (edad ≥ 65 años), polimedicados (≥ 5 fármacos crónicos) / Criterios de exclusión: Atención sanitaria habitual en sanidad privada, desplazados temporales, institucionalizados, Programa de Atención Domiciliaria.

La IF consistió en:

- Identificación PPI: Combinación de criterios explícitos + implícitos (STOPP-START, Fichas Técnicas, Alertas de farmacovigilancia emitidas por las agencias reguladoras, Recomendaciones de sociedades científicas) mediante software CheckTheMeds®; junto con la aplicación de los Indicadores autonómicos de Calidad de Prescripción.

- Emisión de recomendaciones de adecuación terapéutica al facultativo prescriptor (únicamente en Grupo Intervención (GI)). Grupo Control (GC): práctica habitual (únicamente visita médica).

Variables:

- Características basales: Sexo, Edad, Índice Comorbilidad Charlson (ICC), Nº fármacos crónicos (FARM).

- Variables de **RESULTADO**:

o PPI: Variación del número de PPI/paciente a los 6 meses de IF.

o Coste PPI (CMED): Coste anual (CA) del medicamento implicado en la PPI, según el precio de facturación del nomenclátor autonómico.

o Morbilidad (MORBI): Variable combinada episodios asistenciales: Días Ingreso Hospitalario (DIH) + Urgencias Hospitalarias (UH). Se evaluó la variación de MORBI entre 12 meses pre-IF vs 12 meses post-IF.

o Coste recursos sanitarios (CMORBI): Coste DIH + UH, según tarifas oficiales.

- Registro de datos: Hoja de Cálculo Microsoft Excel®.

- El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v19.0, empleando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y, frecuencia y porcentaje para variables cualitativas; comparando las características basales y variables de resultado mediante la prueba U Mann-Whitney y t-Student, respectivamente.

- $p \leq 0,05$: Diferencia estadísticamente significativa.

RESULTADOS: Se incluyeron 123 pacientes: 57 en GI: 20(64,9%) mujeres, edad=76,2±7,6 años, ICC=5,6±1,7, FARM=7,7±2,5; y 66 pacientes en GC: 35(53%) mujeres, edad=76,5±6,9 años, ICC=5,5±1,7, FARM=8,3±2,9. GI-GC resultaron comparables, por diferencias no significativas en: Edad, ICC, FARM ($p=0,768$; 0,695; 0,279; respectivamente).

GI experimentó una variación de -0,67±0,852 PPI/paciente (Total:-38 (-44,7%)) y -221,25±623,75/paciente (Total:-12.611, (-60,6%)) en CMED; mientras que en GC fue -0,14±0,388 PPI/paciente (Total: -9 (-10,1%)) y de +9,28±104,4/paciente (Total:+612,5, (+4,1%)) en CMED (PPI: $p=0,001$ y CMED: $p=0,004$).

La variación de MORBI en GI fue -0,91±6,15 episodios/paciente (Total:-49 episodios (-31,2%)) y -563,24±4.291,04/paciente (Total:-30.039, (-35%)) en CMORBI; mientras que en GC fue +0,36±7,35 (Total:+21 episodios (+12,8%)) en MORBI y +80,14±4.999,42/paciente (Total:+4.728, (+4,9%)) en CMORBI (MORBI: $p=0,735$ y CMORBI: $p=0,663$).

CONCLUSIONES: La IF redujo significativamente el número de PPI y el gasto en medicamentos. También mostró disminución de episodios asistenciales y gasto en recursos sanitarios, aunque sin diferencias significativas. Son necesarios estudios de mayor tamaño muestral, para confirmar estos resultados y la validez de las estrategias de adecuación de la prescripción en pacientes ancianos polimedicados en atención primaria.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

442. ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

AUTORES: GALLARDO BORGE S, Arcenillas Quevedo P, Pardo Pastor J, Clot Silla E, Redondo capafons S, Nicolas Pico J. HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. Pza. del Dr. Robert, 5. Barcelona. España

OBJETIVO: 1. Comparar los errores de conciliación (EC) entre servicios médicos (SM) y quirúrgicos (SQ).

2. Evaluar el grado de aceptación de las intervenciones realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de intervención realizado en un hospital universitario de 450 camas. Se incluyeron los pacientes ingresados en el programa de paciente crónico complejo (PCC) durante enero 2014-marzo 2016.

Se registraron: sexo, edad, número de medicamentos, servicio, tipo de EC según la guía del Programa de prevención y atención a la cronicidad de la Generalitat de Catalunya y aceptación de la recomendación. Se clasificaron los pacientes en función del servicio al que ingresaron: SM y SQ.

Se obtuvo la historia farmacoterapéutica a partir de la receta electrónica y la entrevista con paciente y se comprobó la medicación prescrita a las 24 horas del ingreso. En caso de observar alguna discrepancia se informó al médico responsable.

Para la estadística inferencial se utilizó el test de Ji cuadrado mediante STATCALC ® 7.3.3, considerando significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 658 pacientes. SM: 311 pacientes, 51% hombres, edad 79 años (DE 9), promedio 10 medicamentos (DE 3,48). SQ: 347 pacientes, 60% hombres, 78 años (DE 9), promedio 10 medicamentos (DE 3,49).

Se detectaron 410 errores, 267 (0,77 errores/paciente) en SQ y 143 (0,46 errores/paciente) en SM (RR=2.02 (IC 95% 1,66-2,45), $p < 0,05$). La omisión de medicamento fue el error más frecuente en 206 casos (50%), de los cuales 58 (28%) correspondían a SM y 148 (72%) a SQ. Otros errores fueron: pauta incorrecta en 75 casos (18%) [26 (35%) en SM y 49 (65%) en SQ], prescripción de un medicamento que no tomaba el paciente y sin indicación en 61 (15%) [26 (43%) en SM y 35 (57%) en SQ], dosis incorrecta en 30 (7%) [10 (33%) en SM y 20 (67%) en SQ], prescripción incompleta en 12 (3%) [7 (58%) en SM y 5 (42%) en SQ], medicamento erróneo en 11 (3%) [8 (73%) en SM y 3 (27%) en SQ], duplicidad en 8 (2%) [4 (50%) en SM y 4 (50%) en SQ], prescripción de un medicamento contraindicado por la nueva situación del paciente en 4 (1%) [2 (50%) en SM y 2 (50%) en SQ] e interacción clínicamente relevante en 3 (1%) [2 (67%) en SM y 1 (33%) en SQ].

Respecto a las 410 posibles intervenciones se realizaron 385 ya que 19 fueron altas en menos de 24 horas (4 SM y 15 SQ) y en 6 casos se decidió no intervenir debido a la situación clínica del paciente (3 SM y 3 SQ). Se aceptaron 297 recomendaciones (77%): 118 (87%) en SM y 179 (72%) en SQ ($p=0.0009$).

CONCLUSIONES: Los SQ presentan un porcentaje más elevado de EC. La omisión es el error más frecuente en ambos grupos.

El nivel de aceptación de las recomendaciones fue elevado y mayor en los SM.

Debido al alto porcentaje de polimedicación en el PCC, el papel del farmacéutico en la conciliación es un punto clave en la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

561. EVALUACIÓN DE LA TERAPIA INHALATORIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: LOPEZ SANDOMINGO L, ALBIÑANA PEREZ MS, TABOADA LOPEZ RJ, SALAZAR LAYA MB, RODRIGUEZ PENIN I.

COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE. San Pedro de Leixa, s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Evaluar la utilización de la terapia inhalatoria crónica (TIC) en pacientes institucionalizados a través de la indicación (diagnóstico), la adecuación según guías de referencia y la correcta utilización de los dispositivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de los pacientes de 5 centros sociosanitarios (CSS) con prestación farmacéutica dependiente del área sanitaria (647 pacientes). Se realizó un corte transversal seleccionando todos los pacientes con TIC.

De la historia clínica electrónica (HCE) de los CSS y hospital se recopilaron: edad, sexo, estado funcional (BARTHEL), estado cognitivo (MEC), diagnóstico, seguimiento por especialista, espirometría, terapia inhalatoria pauta, sistema de administración (inhalada con o sin cámara, nebulizada) y terapia oral respiratoria.

Se valoró la adecuación de la prescripción según las guías clínicas (GC): GesEPOC/PAI EPOC Sistema Salud Comunidad Autónoma/GINA asma.

La técnica inhalatoria fue evaluada mediante entrevista con enfermería/gerocultores responsables de la administración.

RESULTADOS: 66 pacientes tenían pauta TIC [(59,7% mujeres, edad media 83 años (61-97), mediana MEC: 27 (RIQ 20-33) y mediana BARTHEL: 85 (RIQ 45-100)]. Los fármacos pautados se administraban inhalados en 40 pacientes (9 con cámara) y nebulizados en 26. Sólo 33 (50%) tenían seguimiento por el especialista y en 24 (36,36%) se realizó espirometría.

Al analizar la indicación de las terapias respiratorias en función del diagnóstico según las GC:

-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): 28 pacientes (42,42%) (sólo 1 clasificado por fenotipo según GesEPOC). Doce con beta adrenérgicos de acción corta (SABA), 11 con anticolinérgicos de acción corta (SAMA), 15 con beta adrenérgicos de acción larga (LABA), 11 con anticolinérgicos de acción larga (LAMA) y 16 con corticoides inhalados (CI). Terapia oral: 1 con antagonista de leucotrienos (AL), 1 con metilxantinas, 1 con inhibidor de la fosfodiesterasa-4 y 6 con mucolíticos crónicos (MC).

No se puede valorar la adecuación según las guías por desconocer el fenotipo y gravedad, pero puede considerarse que la terapia fue inadecuada en 3 pacientes, dos por tratamiento con broncodilatadores de acción corta inhalados (indicados los de acción larga) y uno por AL (no indicado en EPOC).

-Asma: 6 pacientes (9,09%). Cinco con CI, 5 con LABA, 2 con SAMA y 1 con SABA. Uno con un AL. La terapia fue inadecuada en 2 (tratamiento con anticolinérgicos).

-Otros: 32 pacientes (48,48%): 6 con insuficiencia respiratoria, 3 con hiperreactividad bronquial y 12 miscelánea. En 11 no figuraba el diagnóstico.

La técnica inhalatoria (excluidos pacientes con nebulizaciones) fue adecuada en 28 e inadecuada en 12 (8 sin cámara).

CONCLUSIONES: -Casi un 50% de los pacientes con TIC no tienen diagnóstico de EPOC o asma, principales indicaciones de estas terapias, siendo la indicación en algunos casos dudosa y con bajo seguimiento por especialista.
-La falta de registros recomendados por las GC en la HCE dificulta/impide la correcta validación farmacéutica de las TIC.
-Destaca la baja utilización de cámaras de inhalación en nuestra población.
-El farmacéutico tiene un amplio margen de mejora mediante intervención tanto en la validación de los tratamientos, como en la formación en la técnica de administración al paciente y enfermería/gerocultores.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

153. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA ADECUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE PERSONAS RESIDENTES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: LLORENS VILLAR Y, MARTINEZ GARCIA MD, FERNANDEZ DE LECETA CARAVACA I.
OSI ARABA-SEDE SANTIAGO. C/OLAGUIBEL, 29. Álava. España

OBJETIVOS: - Evaluar los resultados de la intervención farmacéutica realizada por el farmacéutico de hospital para la adecuación de los tratamientos farmacológicos de los pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo (13/07/2015-06/04/2016).

Población: pacientes institucionalizados del centro sociosanitario (n=100).

Metodología: el estudio se ha desarrollado en dos fases. En la primera fase, se ha realizado la conciliación de los tratamientos de los nuevos ingresos y de los residentes durante las transiciones asistenciales y se ha realizado la validación de la prescripción, seguimiento farmacoterapéutico y adecuación de los tratamientos de los residentes. En la segunda fase se han realizado revisiones sistemáticas de la farmacoterapia y valoraciones integrales (clínica, funcional y cognitiva, emocional, socio-familiar y farmacoterapia) de algunos residentes junto con el equipo médico. Para evaluar la adecuación terapéutica se han utilizado los criterios STOPP-START 2014 como métodos explícitos y el algoritmo -Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico de la SEFAP² como método implícito. Además se ha utilizado la herramienta CheckTheMeds[®] para facilitar la revisión global de los tratamientos de los residentes.

RESULTADOS: - Conciliación del tratamiento de 27 residentes: el 37% (n=10) presentaron errores de conciliación y el 6.5% (n=20) de los medicamentos conciliados (n=308) presentaron errores de conciliación.

- Se han realizado 30 revisiones sistemáticas de la farmacoterapia y 11 valoraciones integrales con el equipo médico.

- Y 180 intervenciones farmacéuticas en los tratamientos de 78 residentes. Lo que implica una media de 2 intervenciones/paciente. Se indica el resumen de las mismas: Inicio de tratamiento (n=12, 7%): recomendación de prescribir nuevos tratamientos necesarios; suspensión de tratamiento (n=65, 36%): medicamentos de bajo valor terapéutico (n=10, 5%), tratamientos agudos todavía pautados (n=33, 18%), medicamentos sin indicación clínica (n=9, 5%), debido a efectos adversos (n=3, 2%), otros criterios STOPP (n=10, 5%); modificación de la dosis, intervalo posológico, vía de administración, forma farmacéutica y duración de los tratamientos (n=36, 20%): reducción de la dosis (n=21, 12%), aumento de la dosis (n=3, 2%), modificación del intervalo posológico (n=3, 2%), relacionados con la administración de la medicación (n=6, 3%), duración de los tratamientos (n=3, 2%); interacciones (n=12, 7%); monitorización farmacocinética y bioquímica (n=10, 5%); contraindicación (n=10, 5%), duplicidad (n=10, 5%); adecuación de la forma farmacéutica (n=6, 3%); errores de conciliación (n=19, 11%): error en la frecuencia de administración (n=10, 5%), error por omisión (n=2, 1%), error en la selección de la forma farmacéutica (n=1, 1%), error en la dosificación (n=2, 1%), prescripción de un medicamento equivocado (n=1, 1%), error en la duración del tratamiento (n=2, 1%), duplicidad (n=1, 1%).

Grado de aceptación de las recomendaciones: un 65% (n=117).

CONCLUSIONES: El farmacéutico de hospital ha tenido un papel activo en el centro sociosanitario contribuyendo en la optimización de la farmacoterapia de los residentes mediante la conciliación y adecuación de los tratamientos; además de formar parte del equipo asistencial durante las valoraciones integrales realizadas en algunos residentes. Se considera esencial la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar del centro sociosanitario para el correcto abordaje del paciente crónico institucionalizado.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

464. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE LA INADECUACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DE LA FORMA FARMACÉUTICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: ALBIÑANA PEREZ MS, REY GONZÁLEZ L, LÓPEZ SANDOMINGO L, CALVO CIDONCHA E, GONZÁLEZ BUENO J, RODRIGUEZ PENIN I.

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. carretera de san pedro- catabois s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: El empleo de procedimientos de alteración de la forma farmacéutica (FF) de los medicamentos no está descrito en las órdenes médicas. Se requiere una entrevista con el personal responsable de la administración para saber si se aplican adecuadamente. En noviembre 2014 se realizó una evaluación del grado de inadecuación de estas operaciones en pacientes institucionalizados con problemas de deglución o alteraciones conductuales que obligaban a camuflar su medicación. El objetivo del estudio es evaluar el resultado de las intervenciones propuestas tras la detección de las inadecuaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio cuasi experimental post intervención en tres centros sociosanitarios (CSS) con prestación farmacéutica dependiente del área sanitaria (404 pacientes).

Inicialmente se identificaron los residentes en los que se producía la inadecuación, según cuatro fuentes de información de uso habitual: ficha técnica, y guías de administración de medicamentos por sonda de los hospitales Son Dureta-2003, Clínico San Carlos-2012 y del Área Sanitaria de Ferrol-2014.

A continuación se reevaluó la necesidad de continuar el tratamiento y en caso positivo, se buscaron alternativas a la inadecuación (otra formulación del mismo principio activo o diferente principio activo para la misma indicación). Las intervenciones fueron comunicadas al médico prescriptor de forma oral o escrita. Si no existía alternativa en la guía farmacoterapéutica del CSS se valoró su inclusión.

Las variables recogidas a través la historia clínica electrónica del CSS fueron: edad, sexo, estado funcional (Barthel), estado cognitivo (MEC), nivel de estratificación según el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de pacientes crónicos de la SEFH, nº pacientes con inadecuación, nº FF inadecuadamente modificadas, nº de FF cambiadas, nº FF suspendidas.

RESULTADOS: de los 86 pacientes en los que se realizaba modificación de la FF, ésta era inadecuada en 48 (56%) pacientes [85% mujeres, edad media: 84 años (62-94), mediana barthel 0 (RIQ:0-5), mediana MEC: 0 (RIQ:0-8), nivel de estratificación de la SEFH: 25% nivel 1, 11% nivel 2b, 23% nivel 2a, 18% nivel 3 y 23% pacientes paliativos no estratificables]. Se detectó inadecuación en la administración en un total de 80 FF.

Se realizó una recomendación en 40 residentes, (8 fueron excluidos: 6 exitus y a 2 se dejó de alterar la FF). En un 62,6% de las FF se aceptó la intervención (31,3% se cambiaron a otra presentación del mismo principio activo [omeprazol:10, AAS:7, valproico:2, levetiracetam:1] o a otro principio activo [gliclazida:4, clometiazol:1], y un 31,3% se suspendieron [AAS:11, omeprazol:10, clometiazol:1, gliclazida:1, morfina liberación prolongada:1, venlafaxina retard:1]). En un 37,5% se mantuvo la inadecuación [omeprazol:20, AAS:10].

Se introdujo en la guía sociosanitaria, una nueva presentación de AAS.

CONCLUSIONES: La intervención farmacéutica consiguió una mejora en la adecuación de la administración de medicamentos en los pacientes del estudio. Se ha corregido la inadecuación en medicamentos de alto riesgo como antidiabéticos, antiepilépticos u opioides.

Destaca un porcentaje significativo de medicamentos suspendidos, al reevaluarse su indicación como consecuencia de la detección de una administración inadecuada. La correcta validación farmacéutica exige conocer como se realiza la administración -real- de los medicamentos, información no fácilmente accesible

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

330. PARTICIPACIÓN Y EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE FARMACIA EN UNA ESCUELA DE CUIDADORES

AUTORES: Izquierdo García E, Gómez Calero* MF, Sánchez Pizarro* A, Lucas Fernández* LM, Escobar Rodríguez I. Hospital Universitario Infanta Leonor/*Hospital Virgen de la Torre. C/ Gran Vía del Este, 80. Madrid. España

Identificación y diagnóstico: El papel del cuidador en el paciente crónico es fundamental para la eficacia de los tratamientos en domicilio, la manipulación de los medicamentos por parte de personal no sanitario hace difícil la detección de posibles errores de medicación. Nuestro objetivo es diseñar e implementar una sesión sobre el uso seguro de medicamentos, dentro de un contexto de una escuela de cuidadores y evaluar el grado de satisfacción de los asistentes.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: En la planificación se establecen 5 temas de interés: enfermedad crónica y cuidados en la alimentación (médicos y nutricionistas), síndrome del cuidador (psicólogos), adaptación al domicilio (enfermería y terapeutas ocupacionales), recursos sociales (trabajadores sociales) y manejo de medicamentos (farmacéuticos y enfermería). Se programan de una a tres ediciones anuales con sesiones de 1,5 horas cada una durante 5 días consecutivos. La difusión se realiza a través de recursos de la zona: medios de comunicación, consultas de los hospitales, asociaciones vecinales, centros de salud, oficinas de farmacia, centros culturales, etc. Se envía información a pacientes ingresados en los 3 meses anteriores (excluyendo exitus). Los contenidos de las sesiones están disponibles en la web del hospital y hay una dirección de correo electrónico para consultas. Se elabora una encuesta de satisfacción.

La encuesta consta de 5 ítems donde se puntúa del 0 al 10 (de menos a más satisfecho) la claridad en la explicación, duración de la charla, utilidad para el paciente, utilidad para el cuidador y valoración global.

EJECUCIÓN, EVOLUCIÓN Y RESULTADOS: Bajo el lema -Cuidar sin Descuidarse- se han desarrollado 12 ediciones (2010-2015). En 2014 se introduce la sesión sobre el manejo de medicamentos (5 ediciones) con conceptos relacionados con seguridad de medicamentos, conservación, administración y manipulación e interacciones entre medicamentos y con alimentos. Es impartida por farmacéuticos especialistas y una enfermera de los Servicios de Farmacia de los hospitales participantes. El número total de asistentes a la escuela de cuidadores ha sido de 637 durante las 12 ediciones. La valoración global media de todas las ediciones fue de 9,18 sobre 10. Con respecto a la sesión sobre el manejo de medicamentos, la satisfacción global fue de 9,71; siendo la valoración en la claridad de la exposición 9,54; duración de la charla 9,23; utilidad para el paciente 9,6 e utilidad para el cuidador 9,62.

EFFECTOS: Los conocimientos sobre la utilización adecuada de los medicamentos son esenciales en cualquier experiencia formativa orientada a pacientes y/o cuidadores. El papel de los Servicios de Farmacia es fundamental y debe ser proactivo, tanto para integrarse en programas existentes, como en el diseño de nuevas acciones formativas. En nuestro caso, nos hemos incorporado satisfactoriamente a una actividad ya implementada. La valoración de la sesión sobre manejo de medicamentos ha sido muy satisfactoria, estando el valor medio de todos los ítems por encima del 9 sobre 10, por lo que se seguirá manteniendo en ediciones futuras. Se debe seguir trabajando en una mayor difusión para alcanzar al mayor número de cuidadores en la población atendida por los hospitales organizadores.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

138. PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN, UNA APROXIMACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA ADECUACIÓN DE TRATAMIENTOS

AUTORES: GARCIA-MINA FREIRE M, Luri Fernández de Manzanos M, Echeverría Gorriti A, Platero Bezunarte A, Martínez Noval E, Rouzaut Subira I.

RESIDENCIA GERIÁTRICA LA VAGUADA. Monasterio de Irache, 76 Bajo. Navarra. España

OBJETIVOS: Principal: seleccionar los grupos terapéuticos implicados en la mayoría de las intervenciones que hay que realizar en los tratamientos farmacológicos del paciente anciano crónico, para poder ser administrados cuando existen problemas de deglución. Secundario: describir la prevalencia de la disfagia, diagnósticos relacionados y la posibilidad de utilizar los espesantes como alerta para la intervención farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal multicéntrico del tratamiento farmacológico de los residentes con problemas de deglución en dos centros sociosanitarios y en tres centros de día de atención psicogeriátrica. Se revisaron las historias clínicas de los residentes a los que se administraba la medicación triturada recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico causante de la disfagia, necesidad de espesante y medicamentos que requirieron adecuación. Se analizaron las intervenciones farmacéuticas realizadas para asegurar la correcta administración y se analizó su aceptación posterior por parte del médico prescriptor.

RESULTADOS: De un total de 359 residentes (244 institucionalizados (RI) y 115 en centro de día (UCD)), 125 presentaban disfagia (34, 8%). El 72% eran mujeres con una mediana (rango) de edad de 87 (64-101) años.

El 38,5% (94) de los RI tomaban el tratamiento triturado frente a un 20% (23) de los UCD. Las causas más frecuentes de disfagia fueron: demencia (66,4%), demencia más accidente cardiovascular (13,6%), rechazo a la toma de medicación (6,4%), accidente cardiovascular (4%), parkinson (3,2%), neoplasia (3,2%) y parkinson más demencia (3,2%). El 65 % (76) de los pacientes con medicación triturada requirieron intervención farmacéutica para adecuar la administración. Se realizaron un total de 103 intervenciones, estando implicados en ellas las siguientes formulaciones: 52,3% cápsulas gastrorresistentes (Inhibidores de la bomba de protones (IBP), ácido valproico), 8,8% comprimidos (bifosfonatos), 26,3% formas de liberación modificada (venlafaxina, alprazolam, tamsulosina, sulfato ferroso y doxazosina principalmente), 6,8% cápsulas de gelatina blanda (clometiazol) y otras: 5,8% (destacando el dabigatran por el aumento del riesgo hemorrágico al ser administrado triturado y medicamentos citotóxicos como la finasterida). La aceptación fue del 100 %. El 22% (53) de los RI precisaban espesante frente al 16% (18) de los UCD, y el 89% de estos pacientes con espesantes requerían triturar la medicación. Resaltar que el 50% de los RI con tratamiento triturado no precisaba espesante, pero el deterioro cognitivo condiciona la toma de medicación y debía ser triturada para una adecuada administración.

CONCLUSIONES: El problema de la administración correcta de medicamentos en pacientes ancianos con disfagia se resuelve en el 94,2% casos supervisando: formulaciones gastrorresistentes y retard, bifosfonatos y clometiazol. La disfagia es muy frecuente en RI y UCD ya que va asociada a la evolución del deterioro cognitivo, y a su vez es consecuencia del parkinson, accidentes cerebrovasculares y neoplasias.

El espesante puede ser una alerta para la revisión del tratamiento, pero hay un amplio porcentaje de residentes (50%) que a pesar de no precisar espesante, requieren triturar el tratamiento farmacológico. Para estos casos el diagnóstico principal de deterioro cognitivo podría ser un marcador que alerte la intervención.

1277. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN EN CENTROS SOCIO SANITARIOS. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS.

AUTORES: Taboada López RJ, Albiñana Pérez MS, López Sandomingo L, Rodríguez Penín I.

Hospital Arquitecto Marcide. CARRETERA DE LA RESIDENCIA S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: En 2011, dentro del programa de atención farmacéutica a centros sociosanitarios (CSS) del área, se estandarizó la conciliación como parte de la actividad asistencial del farmacéutico, protocolizando, tanto el momento de hacer conciliación, como su registro. El objetivo es describir los resultados obtenidos en los últimos tres años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las intervenciones de conciliación realizadas en siete centros sociosanitarios con prestación farmacéutica dependiente del área sanitaria (900 residentes). Resultados años 2013 al 2015.

En el proceso de conciliación (PC) se utilizó: historia clínica electrónica del sistema de salud y del CSS. PC se realizó siempre que se producía un cambio interniveles-asistenciales que implicase actualización del tratamiento (ingreso en CSS (ICSS), ingreso hospitalario (IH), alta hospitalaria (AH) y consulta externa (CExt)). Si existía discrepancia, se intervenía con el médico responsable.

Para registrar datos de conciliación se modificó la base de datos de intervenciones del Servicio de Farmacia (SF), añadiéndose los campos del proceso de conciliación: tipo de error, número medicamentos conciliados y nivel asistencial donde se producía el cambio de medicación. Se incluyó en el cuadro de mandos del SF un indicador de calidad basado en el «documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación» de la SEFH. Datos recogidos: número pacientes conciliados (edad y sexo), número medicamentos conciliados, número discrepancias detectadas, porcentaje intervenciones aceptadas, número errores conciliación (EC) detectados, clasificación medicamentos involucrados en EC y si estaban incluidos dentro de medicamentos de alto riesgo en el paciente crónico (proyecto MARC).

RESULTADOS: Se realizó conciliación en 1332 pacientes (edad media 71,33 años; 61,19% mujeres). Se detectaron 250 discrepancias, sobre las que se realizó intervención, con un grado de aceptación por el médico del 68,00%.

Número de EC: 164 distribuidos: omisión 25,00%, diferente dosis/vía/frecuencia 52,44%, prescripción incompleta 2,44%, medicamento equivocado 7,32% y comisión 12,80%. En los pacientes con EC se revisaron 973 medicamentos: media por paciente 5,93.

Niveles asistenciales donde fueron detectados EC: 28,66% al ingreso en CSS, 17,68% alta hospitalaria, 4,27% ingreso hospitalario y 49,39% consulta externa.

Los grupos terapéuticos más implicados en los EC fueron: 10,37% B01A-agentes antitrombóticos, 9,15% N06A-antidepresivos y 7,32% N05B-ansiolíticos. El 34% de los EC fueron con medicamentos de alto riesgo, destacando: 21% ansiolíticos, 20% N05A-antipsicóticos y 14% antitrombóticos.

La evolución del indicador de calidad fue: Pacientes conciliados en CSS con ≥ 1 error de conciliación 19,26 %, 13,38 y 15,62% durante 2013, 2014 y 2015 respectivamente.

CONCLUSIONES: Se detectó al menos un EC en el 12% de los pacientes conciliados, siendo en un tercio de ellos en medicamento de alto riesgo.

Destaca el elevado número de EC detectados tras consulta externa del paciente, lo que no aparece reflejado en la literatura y debería tenerse en cuenta en futuros programas de conciliación.

El farmacéutico de los CSS tiene un papel primordial para garantizar la continuidad asistencial, previniendo posibles errores de conciliación y aumentando la efectividad y seguridad de los tratamientos.

312. EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR "NO VALVULAR" QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: Gil Candel M, Urbieta Sanz E, Trujillano Ruiz A, Onteniente Candela M, Caballero Requejo C, García-Molina Saez C.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar un procedimiento de prescripción y dispensación de los nuevos anticoagulantes orales (NACO), a pacientes con fibrilación auricular (FA) -no valvular- susceptibles de cardioversión que son atendidos por el Servicio de Urgencias, así como comprobar la seguridad de su aplicación.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se realizó en un Hospital de Referencia de Área que atiende a una población de 197.132 pacientes. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les había prescrito y dispensado un NACO dentro del procedimiento desde su implantación en julio 2015 hasta marzo 2016 (9 meses). Para la aplicación del

procedimiento se diseñó una hoja de prescripción -ad hoc- y se desarrolló un Formulario electrónico integrado en la Historia Clínica del paciente(Selene®) recuperable desde Farmacia.Se coordinó con admisión y cardiología la programación posterior en consultas para valorar continuidad de tratamiento y/o cardioversión, y se diseñó una hoja de información al paciente que acompañara la dispensación.Para realizar la evaluación, se analizaron los elementos claves que componen el procedimiento:a)Tipo de situaciones clínicas que justificaban la prescripción b)Adecuación de la prescripción en Urgencias y de la dispensación en la Farmacia del Hospital c)Adecuación de la cita programada con el cardiólogo.Además se analizó el tipo de NACO prescrito y la adherencia del cardiólogo a la prescripción de Urgencias.

RESULTADOS: Se aplicó el procedimiento en 64 pacientes(51,6% mujeres;edad media 69,2(DE: 10,7)).La distribución por tipo de caso fue: 48,4% FA48 horas y bajo riesgo (cardioversión programada y dispensación de NACOs pre y post-cardioversión) y 18,9% FA > 48 horas y alto riesgo (dispensación para 4 semanas hasta revisión por el cardiólogo), 3,1% desconocido.El NACO más prescrito fue Rivaroxabán (70,3%),seguido de Apixabán (17,2%) y Dabigatrán (12,5%).En el 96,9% de los casos la prescripción estaba bien indicada según el procedimiento y la dispensación fue correcta en el 95,3%.La programación para cardiología tuvo un decalaje medio de 20,6 días (DE:12,6),incumpliendo el procedimiento en el 39,7% de los casos (> 21 días).Además,en 3,4% casos se omitió la cita. Solo se realizó la cardioversión en 10 casos de los 29 pacientes en que estaba prevista.La prescripción del NACO fue mantenida por el cardiólogo en el 37,5% de los casos que precisaban anticoagulación mantenida(52 pacientes),siendo modificada la prescripción a acenocumarol en los restantes por no cumplir criterios de inclusión según la normativa de la comunidad.Además,en 5 pacientes fue necesario repetir la dispensación desde Farmacia del Hospital por discrepancia de criterios entre los dos niveles asistenciales.

CONCLUSIÓN: Encontramos un elevado cumplimiento del procedimiento establecido en todos sus componentes esenciales,lo que garantiza la seguridad del paciente en un circuito de elevada complejidad y que implica medicamentos de alto riesgo.Sin embargo,detectamos un importante margen de mejora en la programación a cardiología.La elevada frecuencia de casos en los que el cardiólogo modifica la prescripción de NACOs del urgenciólogo,así como los criterios de prescripción discordantes entre atención especializada y primaria,sugieren necesidad de consenso que eviten al paciente una inestabilidad de tratamiento que podría ser evitable.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1008. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS Y LA INFLUENCIA DE LA EDAD

AUTORES: Ferrández Quirante O, Casan Cerdeirina B, Monge Escartín I, Martínez Casanova J, Sala Serra M, Grau Cerrato S.

HOSPITAL DEL MAR. Pº. Maritimo, 25-29. España

OBJETIVOS: La tasa de problemas relacionados con la medicación (PRM) oscila entre el 0,03 y 18 PRM por paciente hospitalizado y se ha asociado a un elevado impacto en morbi-mortalidad. Se ha observado que la tasa de eventos adversos relacionada con la medicación alcanza cifras superiores en pacientes de mayor edad.

El objetivo del presente estudio fue identificar los fármacos más frecuentemente asociados a PRM en pacientes hospitalizados en servicios médicos, así como comparar la distribución de PRM por estos fármacos en pacientes de 65 o más años de edad frente a aquellos de menos de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel en pacientes hospitalizados durante el año 2014.

El servicio de farmacia monitoriza diariamente el tratamiento farmacológico del total de pacientes hospitalizados. En caso de detectar un PRM potencial se realiza una anotación en la historia clínica informatizada y/o se contacta con el equipo clínico responsable del paciente. Las intervenciones realizadas se registran adaptadas a la clasificación de la Pharmaceutical Care Network Europe.

Datos recogidos: ingresos con PRM/total ingresos; ingresos con PRM en servicios médicos; demográficos por ingreso; total PRM; fármacos implicados en más del 1% de PRM; distribución de PRM producidos en ingresos > 65 años de edad frente a < 65 años; tasas de PRM en ambos grupos de edad.

Se consideraron fármacos de riesgo (FR) aquellos que presentan una alta probabilidad de producir eventos adversos cuando se realiza un uso inadecuado (Institute for Safe Medication Practices List of High-Alerts Medications in Acute Care Setting).

RESULTADOS: 1.489/14.555 (10.23%) ingresos con PRM. Servicios médicos: 1.056 ingresos con PRM; 619/1.056 (58,62%) hombres; 1.351 PRM; fármacos con >1% de PRM: enoxaparina 61(4,5%), ipratropio bromuro 54(4,0%), amoxicilina-clavulánico 53(3,9%), atorvastatina 53(3,9%), suplementos de potasio 46(3,4%), levotiroxina 41(3,1%), furosemida 40(3,0%), digoxina 36(2,8%), acenocumarol 34(2,5%), amiodarona 33(2,4%), poliestirensulfonato cálc-

cico 27(2,0%), cotrimoxazol 26(1,9%), imipenem 23(1,7%), fluconazol 20(1,5%), linezolid 22(1,7%), Saccharomyces boulardii 18(1,3%), paracetamol 16(1,2%).

Grupo > 65 años frente a < 65 años: 745 vs 311 ingresos; 938 vs 413 PRM; 1,26(0,62) vs 1,33(0,68) PRM/ingreso (p= NS).

Fármacos PRM > 65 años (n=938) frente a < 65 años (n=413): enoxaparina (FR) 57(6,1%) vs 4(1,0%) (p < 0,001); furosemida 34(3,6%) vs 6(1,5%) (p=0,030); acenocumarol (FR) 32(3,4%) vs 2(0,5%) (p=0,002); digoxina (FR) 32(3,4%) vs 4(1,0%) (p=0,010); suplementos de potasio (FR) 40(4,3%) vs 6(1,4%) (p=0,033); linezolid 11(1,2%) vs 11(2,7%) (p=0,046).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de fármacos.

CONCLUSIONES: - Se detecta algún PRM en más del 10% de los ingresos.

- Los antimicrobianos y los fármacos considerados de riesgo representan aproximadamente el 60% del total de fármacos implicados en más del 1% de PRM.

- Los fármacos de riesgo se asocian a una tasa superior de PRM en pacientes > 65 años de edad.

- Resulta imprescindible la monitorización del tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos de edad avanzada, debido a una mayor implicación de fármacos de riesgo en PRM detectados en este grupo de edad.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

28. SEGURIDAD IN VITRO DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIFACTOR DE CRECIMIENTO VASCULAR ENDOTELIAL UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD.

AUTORES: Fernández Ferreiro A, Santiago Varela M, Gil Martínez M, González Barcia M, Otero Espinar F, Lamas Díaz MJ. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. C/ A Choupana s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Actualmente, más de 25 millones de personas en el mundo sufren degeneración macular asociada a la edad (DMAE), y cada año se les suman alrededor de 500.000 afectados. Actualmente el tratamiento principal se basa en las inyecciones intravítreas de antifactor de crecimiento vascular endotelial (antiVEGF). El objetivo del presente trabajo, es determinar el perfil cinético-toxico in vitro de los tres antiVEGF utilizados habitualmente en oftalmología.

MÉTODOS: Estudio experimental in vitro, en el que se determina la citotoxicidad celular de diferentes concentraciones de los antiVEGF utilizados habitualmente en el tratamiento del DMAE (ranibizumab, bevacizumab y aflibercept) sobre una línea celular de epitelio pigmentario de retina de humano adulto (ARPE-19). Para la determinación de la citotoxicidad celular de las intravítreas 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 células ARPE-19 en cada E-plate®; cuando estos proliferan y alcanzan el 60% de confluencia, se les pone en contacto durante 48 horas con diferentes concentraciones de cada fármaco, utilizando para ello las especialidades comercializadas de los mismos: Lucentis®, Avastin® y Eylea®. Los resultados de citotoxicidad de cada uno de los fármacos se expresan en gráficas de cinética toxicológica donde se representan los cambios de la bioimpedancia (IC) frente al tiempo y se comparan frente al comportamiento de las mismas sin antiVEGF. Todos los resultados obtenidos se confirman mediante la realización del ensayo WST-1® donde se confirma la viabilidad celular mediante la actividad mitocondrial mostrada por las células en cada condición.

RESULTADOS: Todos los fármacos estudiados se muestran como un medicamento no tóxicos para las células retinianas, no mostrando toxicidad en ninguna de las concentraciones testadas con respecto al medio control. Las células ARPE en contacto con los antiVEGF muestran un perfil cinético de crecimiento similar al grupo control, existiendo un incremento progresivo a lo largo de las 48 horas del IC. Estos resultados también se muestran en los ensayos WST-1.

CONCLUSIONES: Bevacizumab, Ranibizumab y Aflibercept se muestran como compuestos seguros desde el punto de vista de citotoxicidad celular in vitro en la línea celular de epitelio pigmentario de retina (ARPE-19).

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

773. EFICACIA COMPARADA DE SECUKINUMAB Y OTROS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS PSORIÁSICA

AUTORES: Cantudo Cuenca MD, Fénix Caballero S, Cantudo Cuenca MR, Manzano García M. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Avenida San Juan de Dios. Sevilla. España

OBJETIVO: Establecer si secukinumab, adalimumab, etanercept, infliximab, golimumab, ustekinumab, certolizumab y apremilast pueden declararse Alternativas Terapéuticas Equivalentes (ATE) en eficacia en artritis psoriásica (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Ante la ausencia de comparaciones directas entre todos los fármacos indicados en AP, se procedió a realizar una comparación indirecta (CI). Para ello, se hizo una búsqueda de ensayos clínicos (EC) en fase III en AP con tratamientos biológicos, con población y duración similares y con la misma variable. Se incluyeron los EC que cumplieran los siguientes criterios: EC doble-ciego, controlado con placebo, evaluación de eficacia a 24 semanas, población con respuesta inadecuada a fármacos moduladores de la enfermedad y sin tratamiento previo con terapia biológica. Como variable principal para la comparación se tomó la reducción del 50% del índice de afectación de las articulaciones (ACR50). Se realizó una CI de secukinumab 300mg con cada uno de los otros fármacos para la variable estudiada, mediante el método Bucher (con la calculadora ITC de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). En caso de que de un mismo fármaco existiera más de un EC, se combinaron los resultados en ACR50 mediante un meta-análisis, empleando para ello la calculadora de Joaquim Primo. Se tomó como valor delta (Δ), máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no-inferioridad, el 16%, empleado en otras comparaciones indirectas publicadas de fármacos biológicos en AP. Con este valor, se compararon los fármacos en ACR50, y se analizaron los resultados gráficamente, observando si los intervalos de confianza (IC95%) se encontraban dentro del intervalo $+\Delta$. Para el posicionamiento de los fármacos, se aplicó la metodología definida en la Guía ATE.

RESULTADOS: Se incluyeron nueve EC, uno por cada fármaco estudiado, excepto para secukinumab, que había dos EC que cumplieran los criterios de inclusión. Se hizo un meta-análisis con los resultados en ACR50 de los estudios de secukinumab. La diferencia encontrada en ACR50 por CI entre cada fármaco frente a secukinumab 300mg, expresada como RAR(IC95%) fue la siguiente: adalimumab 1%(-14,5 a 16,5), etanercept 1%(-15,7 a 17,7), secukinumab 150mg 2%(-13 a 17), golimumab 100mg 1%(-14,8 a 16,8), golimumab 50mg [-4%(-12,4 a 20,4)], certolizumab [-5%(-21,1 a 11,1)], ustekinumab 90mg [-13%(-28 a 2)], ustekinumab 45mg [-16%(-30,8 a -1,2)], apremilast 30mg [-18%(-32,5 a -3,5)]. En el caso de adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab y ustekinumab 90mg podrían ser considerados ATE a secukinumab 300mg, pues no presentan diferencias estadísticamente significativas y la mayor parte del IC95% se encuentra dentro del margen $+\Delta$ (posicionamiento C de la guía). Apremilast y ustekinumab 45mg presentan diferencias estadísticamente significativas frente a secukinumab 300mg y el IC95% excede en su mayoría el intervalo $+\Delta$, por lo que no se consideran ATE (posicionamiento F).

CONCLUSIONES: 1.-Según la Guía ATE, secukinumab 300mg podría ser considerado ATE en AP en eficacia a adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab y ustekinumab 90mg. 2.-Apremilast y ustekinumab no son ATE a secukinumab pues la diferencia encontrada entre ellos es probablemente relevante.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

1292. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: CASANOVA MARTÍNEZ C, Pérez Landeiro A, Leboeiro Enríquez B, Lorenzo Lorenzo K, Pérez Rodríguez L, Piñeiro Corrales G.

HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO. Estrada de Clara Campoamor, 341. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Evaluar las intervenciones farmacéuticas realizadas en un Servicio de Urgencias y el grado de aceptación de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo realizado en un Hospital de tercer nivel. Se incluye a los pacientes del área de camas de observación del Servicio de Urgencias durante los días laborables del periodo comprendido entre el 29 de febrero y el 15 de abril de 2016. Se revisan la hojas farmacoterapéuticas, la historias clínicas electrónicas y se realizan intervenciones que son comunicadas a los médicos responsables del Servicio. Los resultados de esta actividad son recogidos en una hoja de cálculo (Excel®), registrándose el medicamento sobre el que se actúa (clasificados según el sistema ATC (Anatomical Therapeutic Chemical)), el tipo de intervención y si esta ha sido aceptada.

RESULTADOS: Se revisaron 960 pacientes durante los 32 días laborables y se intervino en la terapia de 284 (29,6% pacientes). Se realizaron un total de 472 intervenciones: 172 (36,5%) de conciliación, 162 (34,3%) de intercambio terapéutico y 138 (29,2%) de tipo clínico u otras. De todas ellas, se aceptaron el 78,8% (en las intervenciones de intercambio terapéutico, la aceptación fue del 98,15%, en las de tipo clínico fue del 90% mientras que en las de conciliación fue del 51,16%) y en el 12,3% no se pudo confirmar la aceptación porque a los pacientes se le dio de alta. El número de intervenciones por día fue de 14,8 y de intervenciones por paciente fue de 1,7. Los medicamentos por grupo terapéutico sobre los que se intervino en el grupo de conciliación fueron: C (aparato cardiovascular), 25%; S (órganos de los sentidos), 24,4% y N (sistema nervioso), 15,7%; en el grupo de intercambio terapéutico fueron: C, 50,62%; A (tracto alimentario y metabolismo), 19,72% y N 12,96% y en el grupo de intervenciones de tipo clínico u otras fueron: C 28,99%; B (sangre y órganos hematopoyéticos), 17,39% y N, 13,04%.

CONCLUSIONES: -La revisión de las hojas de tratamiento de los pacientes del área de camas de observación del Servicio de Urgencias permite intervenir en aproximadamente un tercio de los pacientes.
-El mayor número de intervenciones se realiza en los medicamentos pertenecientes al aparato cardiovascular.
-La integración del farmacéutico en el equipo asistencial es satisfactoria, como muestra la alta aceptación de sus intervenciones.
-La conciliación representa sólo un tercio de la actividad llevada a cabo en los Servicio de Urgencias, sugiriendo que el farmacéutico realiza otras múltiples funciones.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

338. RELEVANCIA CLÍNICA DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: PENA VILLANUEVA P, LEÓN BARBOSA A, PAMPÍN SÁNCHEZ R, LABEAGA BERAMENDI Y, RODRÍGUEZ MAROTO O, CASANUEVA GUTIÉRREZ M.

HOSPITAL DE CABUEÑES. C/ de los Prados 395. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por un farmacéutico en el Servicio de Urgencias (SU), centrándose en la prevalencia y gravedad de los errores de prescripción detectados. Comparar la relevancia clínica de dichas intervenciones valorados desde el punto de vista médico y farmacéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado de enero a febrero de 2016 en un SU donde existe un farmacéutico residente físicamente durante 2 meses al año.

Durante este periodo, el farmacéutico validó todas las prescripciones de los pacientes que se encontraban en el Box del SU, teniendo en cuenta la analítica, situación actual y tratamiento crónico. Registró todas las intervenciones realizadas en un excel.

Se consideró como error de prescripción (EP) cualquier discrepancia en la farmacoterapia. Los EP fueron clasificados por el farmacéutico según el criterio de gravedad de Overhage: potencialmente letal, seria, significativa, menor y no error.

Las IF fueron clasificadas por el farmacéutico en 5 tipos: iniciar medicación, suspender medicación, cambiar medicación, modificar dosis y resolución de consultas.

La relevancia clínica de cada IF fue establecida por triplicado (un farmacéutico y dos médicos del SU) según la clasificación de Overhage: extremadamente significativa, muy significativa, significativa, poco significativa, no significativa y efecto adverso. Finalmente, los dos médicos consensuaron sus valoraciones hasta obtener una única clasificación. Las valoraciones médico-farmacéutico se compararon estadísticamente mediante Ji-cuadrado.

Las variables registradas fueron: edad, sexo, fármaco (según clasificación ATC), descripción del EP y su gravedad, tipo de IF y relevancia clínica de la IF.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se validó la orden médica de 305 pacientes [mediana de edad=75 años (18-97 años)]. El 54% de ellos eran mujeres.

Se realizaron un total de 149 IF en 84 pacientes (1,76 IF/paciente). Esto supuso intervenir en el 27,2% de los pacientes revisados.

La clasificación de gravedad de EP fue: potencialmente letal (1%), seria (5%), significativa (66%), menor (18%) y no error (11%).

El 58% de las IF recomendaron iniciar medicación, 17% cambio de tratamiento, 16% modificar dosis, 14% suspender tratamiento y el resto, resolución de dudas. Los principales fármacos implicados fueron de los grupos C (28%), N (22%), A (11%) y B (9%).

La relevancia clínica de las IF según criterio médico fue: extremadamente significativa (1%), muy significativa (3%), significativa (29%), poco significativa (36%), no significativa (30%) y efecto adverso (0%). Según criterio farmacéutico fue: extremadamente significativa (1%), muy significativa (11%), significativa (51%), poco significativa (15%), no significativa (22%) y efecto adverso (0%).

Las valoraciones realizadas por el farmacéutico y el médico difieren significativamente (Ji.cuadrado=31,4, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES: La prevalencia de los EP detectados es similar a la descrita en bibliografía, y su gravedad fue significativa en un elevado porcentaje. Las grandes discrepancias que existen entre la valoración de la relevancia clínica de las IF realizada por el farmacéutico y el médico refleja las diferentes visiones que hay del manejo del paciente. De ello se deduce la importancia de integración de un farmacéutico en el SU, y la continuidad de su labor a lo largo del tiempo.

863. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR Y DOLUTEGRAVIR/ABACAVIR/LAMIVUDINA EN PACIENTE VIH POSITIVO

AUTORES: Manzano Lista FJ, Martínez Sesmero JM, Labrador Andújar N, Quirós Ambel H, García Sacristán A, Moya Gómez P.

Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Avenida de Barber 30. Toledo. España

OBJETIVO: Analizar comparativamente el perfil de seguridad de las combinaciones a dosis fijas (CDF) Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir (Stribild®) vs Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina (Triumeq®) en pacientes VIH positivos (VIH+).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes VIH+ a los que se prescribe Stribild® o Triumeq® en la consulta monográfica de un hospital de tercer nivel, entre 01/07/2015-30/03/2016.

Los datos clínicos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica por medio de la plataforma MAMBRINO XXI® (sexo, edad, efectos adversos -EAs- y motivos de suspensión suspensión de la CDF) y los relativos a su farmacoterapia de la aplicación FarmaTools®.

Todos los datos fueron recogidos en tabla EXCEL®2013. El tratamiento estadístico de los mismos fue realizado con SPSS®v21.0 elaborando tablas de contingencia donde se evalúa la CDF frente a la suspensión o no del tratamiento y el tipo de EA manifestado por el paciente (Chi-cuadrado).

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 258 pacientes, 198 hombres (76,74%), edad media: 45,41±9,94 años, de los cuales 166 (64,34%) fueron tratados con Triumeq® y 92 (36,65%) fueron tratados con Stribild®. El tiempo medio de tratamiento con Stribild® fue de 8,76±4,60 meses y 7,48±2,96 meses para Triumeq®.

Del total de pacientes, 72 (27,90%) manifestaron algún/os EAs, 55 (33,13%) con Triumeq® y 17 (18,47%) con Stribild® (p=0,026).

Los EAs registrados fueron: 36 (50,00%) hipercolesterolemia, 32 (88,88%) con Triumeq® (p=0,001); 13 (18,05%) depresión, todos los pacientes con Triumeq® (p=0,008); 4 (5,55%) intolerancia, 3 (75%) pacientes con Triumeq® (p=0,933); 4 (5,55%) pacientes con mareos y vértigos, todos con Stribild® (p=0,007); 3 (4,16%) hipofosfatemia, 2 (66,66%) con Triumeq® (p=0,671); 2 (2,77%) migraña, todos con Stribild® (p=0,057); 2 (2,77%) deterioro de la función renal, ambos con Stribild® (p=0,057); 2 (2,77%) pacientes insomnio, los dos en tratamiento con Triumeq® (p=0,291); un paciente (1,38%) (p=0,456) hipertrigliceridemia; y un paciente (1,38%) ictericia (p=0,456), ambos tratados con Stribild®.

De los pacientes con EAs, en 13 pacientes (14,13%) Stribild® se tuvo que realizar un cambio de TAR por EAs vs. 6 pacientes con Triumeq® (3,75%) (p=0,002).

Las causas de suspensión con Stribild®: 2 (15,38%) deterioro de la función renal, 3-(23,07%) vértigos y mareos, 1-(5,26%) hipofosfatemia, 1 (5,26%) por intolerancia, 1 (5,26%) hipertrigliceridemia, 1 (5,26%) migraña y 4 (21,05%) a causa de motivos no descritos.

Las causas de suspensión con Triumeq®: 3 (50,00%) por intolerancia, 1 (16,67%) paciente por manifestar ictericia, 1 (16,67%) a causa de insomnio y 1 (16,67%) por un motivo no especificado.

CONCLUSIÓN: A la vista de los resultados los resultados obtenidos, se objetiva una mayor incidencia de EAs notificados en los pacientes tratados con Triumeq® vs Stribild®, sin embargo, la suspensión de tratamiento por EAs en los pacientes tratados con Stribild® es mayor que con Triumeq®.

En la comparativa entre ambas líneas de tratamiento existe una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes tratados con Triumeq® a la hora de manifestar alteración del sistema nervioso central, principalmente depresión, que los pacientes en tratamiento con Stribild®, aunque dicho EAs no representa una causa para que se produzca un cambio de TAR.

144. LAMIVUDINA MÁS DARUNAVIR POTENCIADO CON RITONAVIR EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

AUTORES: COMET BERNAD M, DE LA LLAMA CELIS N, RODRIGUEZ SAGRADO MA, BAÑON ESCANDELL S, CASADO OSORIO JL, ARAZO GARCES P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. AVENIDA ISABEL LA CATOLICA 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVO. La terapia dual con lamivudina (3TC) y un inhibidor de proteasa potenciado con ritonavir (IP/r) en simplificación ha demostrado ser eficaz en mantener la supresión virológica en pacientes VIH+, el objetivo de este estudio es conocer su efectividad, seguridad, la influencia en el perfil lipídico, metabólico y función renal así como analizar el coste del tratamiento.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, multicéntrico, de pacientes VIH+, sin coinfección por VHB, que iniciaron la combinación de 3TC+Darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r) en 2014-2015. Tiempo de seguimiento 12, 24 y 48 semanas. Variables recogidas: Tratamiento previo, carga viral (CV), linfocitos CD4, efectos adversos, parámetros lipídicos, metabólicos y renales y coste del tratamiento.

RESULTADOS: Cohorte de 117 pacientes, edad media 50,2 años (25-77), 75% varones, 54% coinfectados por VHC. Tiempo de seguimiento: 12 semanas (117 pacientes), 24 semanas (89 pacientes) y 48 semanas (63 pacientes). Tratamiento previo a la terapia estudiada: tenofovir (TDF) un 66% (77), con un IP/r un 68% (80), motivo del cambio: toxicidad el 64% (75) (33 pacientes toxicidad renal), simplificación el 19% (22). 37% tenían diagnóstico de SIDA, nadir medio de linfocitos CD4 238 células/mm³ (116-386), tiempo medio desde el diagnóstico de VIH 230 meses (188-280), media de líneas de tratamiento previos 4 (1-7). En el momento del cambio: media linfocitos CD4+ 553 células/mm³ (401-816) y CV< 50 copias/ml a 12, 24 y 48 semanas: 96%, 92% y 89% respectivamente. Dos pacientes mostraron fallo virológico y seis pacientes discontinuaron por efectos adversos (1 exitus por sepsis bacteriana, 2 diarrea, 2 reacciones cutáneas, 1 cólico renal). No hubo casos de retirada o toxicidad grado 3-4 por eventos hepáticos, 1 paciente VHC positivo tuvo una elevación de transaminasas (ALT, 229 U/l) que se normalizó en el seguimiento. El cociente CD4/CD8 basal fue 0,79 y de 0.86 a las 48 semanas ($p < 0.01$). En el grupo de pacientes que recibían TDF previamente, hubo aumento significativo ($p < 0,01$) de las cifras de colesterol (+20.7 mg/dl;) LDL-colesterol (+11.9 mg/dl), colesterol total/HDL (+9.8%), y triglicéridos (+12.2 mg/dl) a las 24 semanas. Sin embargo, se observó mejoría significativa del filtrado glomerular (+3.8 y +4.7 ml/min a 24-48 semanas), coincidente con una mejoría significativa en la cifra de proteinuria (-47.8 mcg/g; $p=0.02$), del recuento de CD4 (+46 células/mm³) y del cociente CD4+/CD8+ (0.82 a 0.92; $p < 0.01$) a las 48 semanas. No hubo cambios significativos en lípidos, filtrado glomerular o transaminasas en pacientes que no recibían TDF previamente. El uso de la combinación supuso una mediana de ahorro de -3.237/paciente/año, mayor si recibían un régimen previo con TDF (-3901 vs -1756; $p < 0.01$).

CONCLUSIONES: La combinación de 3TC+DRV/r demuestra alta efectividad virológica y baja incidencia de efectos adversos, con bajo riesgo de toxicidad hepática incluso en pacientes coinfectados por VHC. A pesar de un aumento de las cifras de lípidos tras retirada de TDF, se observó mejoría de la función renal, aumento de CD4, mejoría significativa del cociente CD4/CD8 y reducción de costes asociados al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: VIH

527. VALORACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES VIH DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACEUTICA

AUTORES: MENENDEZ NARANJO L, VICENTE SANCHEZ S, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, MANCEBO GONZALEZ A, FERNANDEZ ÁVILA JJ, SANCHEZ GARRE MJ.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid - Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: los pacientes con infección VIH presentan mayor riesgo cardiovascular (RCV) que la población general de igual edad y sexo. El documento de consenso de GESIDA/plan nacional de SIDA de tratamiento antirretroviral de 2016 incluye la valoración del RCV en la visita inicial y cada 2 años, si varones >40 años, o mujeres >50 años y anualmente si enfermedad cardiovascular (ECV) previa, antecedentes familiares o RCV elevado. El objetivo de este estudio es determinar si es factible para el farmacéutico de consultas externas determinar el RCV de la población VIH que acude a recoger tratamiento y determinar los factores de riesgo cardiovascular (FRC) y hábitos de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo de dos meses de duración de pacientes VIH con tratamiento antirretroviral activo al menos 1 año y que nunca hubieran presentado un ECV previa. Los pacientes fueron entrevistados por el farmacéutico para recoger las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, antecedentes familiares de ECV, hábito tabáquico, diabetes, peso, altura, práctica de ejercicio físico y consumo de alcohol. Las variables analíticas (nivel de colesterol total, HDL-colesterol, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®) del hospital. La estimación del RCV se realizó mediante el cálculo del riesgo de sufrir un evento coronario (angina, infarto de miocardio con o sin síntomas, mortal o no) en los próximos 10 años. Para ello se usaron dos calculadoras, una basada en la ecuación de Framingham y otra basada en las tablas adaptadas y validadas a la población española REGICOR.

RESULTADOS: 42 pacientes accedieron al estudio, 32 hombres y 10 mujeres, con edad media de $50 \pm 7,84$ años. El nivel de estudios predominante fue medio-bajo ya que sólo un 7% presentaban estudios universitarios y el 92,9% de los entrevistados no presentaban historia familiar de ECV precoz. La prevalencia de los FRC fue: 54,8% de hipertensión, 52,4% de hipercolesterolemia, 50% de hipertrigliceridemia, 45,2% de hábito tabáquico y 23,8% de diabetes. Según el índice de masa corporal un 23,8% de los sujetos eran obesos y un 31% tenía sobrepeso. El 73,8% de los pacientes afirmaba realizar algún tipo de ejercicio físico, un 52,4% no consumía nada de alcohol frente al 42,9% de forma ocasional. El cálculo del RCV según Framingham clasificó al: 50% de pacientes como RCV bajo, al 26,2%

como RCV moderado y al 23,8% RCV alto. Según REGICOR: un 50% de pacientes tenía RCV bajo, un 47,6% RCV moderado y un 2,4% RCV muy alto.

CONCLUSIONES: El FRC más prevalente en la población del estudio fue la hipertensión seguido de las dislipemias y el tabaquismo. Existen discrepancias para categorizar el RCV según el método elegido, Framingham muestra un mayor porcentaje de sujetos con RCV alto (23,8%) que REGICOR (2,4%). El farmacéutico puede colaborar con el equipo asistencial en el cálculo del RCV y cribado de pacientes VIH con riesgo moderado/alto al mismo tiempo que supone una oportunidad de intervención para la obtención de hábitos de vida saludables.



COMUNICACIONES PÓSTER EN FORMATO ELECTRÓNICO



COMUNICACIONES PÓSTER

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1179. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: PASCUAL CARRASCO A, DÍAZ GONZÁLEZ M, BOADA HERNÁNDEZ JM, PÉREZ SEMPÉRÉ Á, FUSTER RUIZ DE APODACA R, POLACHE VENGUT J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. Avda. Pintor Baeza, 12. Alicante. España

OBJETIVOS: El dimetilfumarato (DMF) es el último tratamiento oral comercializado en España con indicación en la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR).

El objetivo del estudio es medir la adherencia de los pacientes al tratamiento con DMF tratados en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se midió la adherencia al tratamiento con DMF de los pacientes que llevaban más de un año en tratamiento y que eran atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital terciario.

La adhesión al tratamiento se evaluó mediante dos métodos indirectos:

1) El test de Morisky-Green, que mide la adherencia autorreferida por el paciente y que consta de las siguientes preguntas: ☐ ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?, ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?, cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?, si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? ☐. Se considera buena adherencia al tratamiento obtener las siguientes respuestas respectivamente: ☐ no, si, no, no ☐.

2) El porcentaje de adherencia mediante registros de dispensación. Se utilizó la siguiente fórmula: cociente de las dosis de fármaco dispensadas entre las dosis de fármaco prescritas, en porcentaje, en el periodo de un año. Se definió como buena adherencia todo valor superior al 80%.

VARIABLES recogidas: edad, sexo, respuestas al test de Morisky-Green, número de dosis dispensadas y número de dosis prescritas.

La información se obtuvo de las historias clínicas (MIZAR® 16.0.2), aplicaciones informáticas de dispensación individualizada (Farmasyst®, módulo de dispensación individualizada y MDIS®) y a través de entrevista telefónica con el paciente.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes diagnosticados de EMRR (3 hombres/ 21 mujeres) con una edad media de 43.9 años (20.9 - 72.5).

La proporción de pacientes que presentaron buena adherencia al tratamiento según el test de Morisky-Green fue del 62.5%. El resultado obtenido en el test fue: un 37,5% manifestó olvidarse alguna vez de tomarse la medicación, el 88% de los pacientes tomaba la medicación a las horas indicadas y el 100% de los pacientes no dejó de tomarse la medicación tanto si se encontraba bien como si le sentaba mal.

Los resultados de adherencia obtenidos mediante los registros de dispensación fueron: un 62,5% de los pacientes obtuvo una adherencia del 100%, el 33,34% se hallaba entre un 90-100% de adherencia y el 4,16% entre el 90-80% de adherencia. No mostrando ningún paciente una adherencia inferior al 80%.

Combinando ambos métodos, un 62.5% de los pacientes obtuvieron una adherencia total al tratamiento; y tan sólo aproximadamente un tercio de los pacientes tuvieron una adherencia inferior al 100%.

CONCLUSIONES: La adherencia de los pacientes al tratamiento con DMF fue muy buena en la mayoría de los pacientes evaluados. Sin embargo, existe un porcentaje no despreciable de pacientes que no alcanzaron los objetivos de adherencia deseables por lo que sería interesante implementar programas de mejora de adherencia en esta población y realizar nuevos estudios para ver los factores que influyen en la adherencia y poder establecer acciones de mejora.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

843. ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL EN UNA COHORTE DE ADULTOS INFECTADOS POR VIH: FACTORES DE INFLUENCIA

AUTORES: JAUME GAYA M, RAMIÓ MONTERO E, DE TEMPLE PLA M, MONTOLIU ALCÓN P, PI SALA N, PONS BUSOM M.

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. c/ Viladomat, 288. Barcelona. España

OBJETIVOS: Conocer la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); valorar la influencia de la adherencia en la carga viral (CV) y la concentración de

linfocitos CD4+ (CD4), detectar errores de administración e interacciones; y, finalmente, evaluar los factores relacionados con la adherencia.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional y prospectivo realizado en un hospital universitario de 300 camas durante un periodo de 12 meses (enero-diciembre 2015). Criterios de inclusión: pacientes adultos VIH tratados en nuestro centro. Criterios de exclusión: pacientes que no acudían mensualmente a recoger la medicación (por dificultad de seguimiento) y medicamentos en investigación. La adherencia se expresó como porcentaje de dosis dispensada respecto dosis prescrita, calculado a partir del registro de dispensaciones. La CV se consideró indetectable si era inferior a 50 copias/ml. Se registraron las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento, nivel de estudios, estado laboral, si el paciente vivía solo, CV, CD4, medicamentos prescripción, posología, administración correcta y satisfacción con la atención realizada por la UFPE mediante la encuesta validada citada en la referencia que contenía 10 ítems. Para completar la información se consultó la historia clínica electrónica y el programa de gestión del Servicio de Farmacia. Los datos se analizaron con Stata 13 y se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables más relevantes y se valoró la asociación entre variables mediante las prueba Ji cuadrado y t-student.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes (74% hombres) con una media de edad de 51,4(DE=10) años. El promedio de medicamentos/paciente fue 3,1 (DE=3,2) y la media de comprimidos antirretrovirales/día fue 1,7 (DE=1,01). La media de adherencia fue de 94,6 (DE=5,3)% y 35 pacientes (70%) presentaron una adherencia superior al 95%. El 81% tuvo CV indetectable. Cabe destacar que dos casos con CV detectable, habían iniciado el TAR hacía menos de seis meses. El 67% de los pacientes presentaron una CD4 superior a 500/ μ L. Aunque, no se encontró asociación entre la CV y los niveles de CD4 con adherencia. Se detectaron dos interacciones importantes y siete errores de administración relacionados con la toma de alimentos. De todos los factores estudiados que podían influir en la adherencia, sólo se objetivó asociación con algunos ítems encuestados sobre la satisfacción con el servicio recibido. Éstos fueron: -ser más consciente de la importancia del cumplimiento- ($Ji^2=20,1$; $p < 0,01$), -sentir la implicación del farmacéutico en su enfermedad- ($Ji^2=11,9$; $p < 0,01$) y -estar satisfecho con el servicio recibido- ($Ji^2=15,8$; $p < 0,01$).

CONCLUSIONES: La adherencia del TAR en pacientes VIH fue buena aunque sería necesario un seguimiento más estrecho de los pacientes no adherentes. No se demostró asociación de la adherencia con la CV y la concentración de CD4. Se detectaron siete errores relacionados con administración de alimentos y dos interacciones importantes. Una mayor satisfacción con el servicio proporcionado con la UFPE se asoció a mejor adherencia.

Referencia: Monje-Agudo P, Borrego-Izquierdo Y, Robustillo-Cortés MA, Jiménez-Galán R, Almeida-González CV y Morillo-Verdugo RA. Diseño y validación de una encuesta de satisfacción con la atención farmacéutica recibida en las consultas de farmacia hospitalaria. Farm Hosp. 2015;39(3):152-156

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

652. ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN EDAD INFANTIL E INFLUENCIA DEL DISPOSITIVO DE ADMINISTRACIÓN

AUTORES: JAUME GAYA M, RAMIÓ MONTERO E, CABRINETY PEREZ N, AGUAS COMPAIRED M, PI SALA N, PONS BUSOM M.

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. c/ Viladomat, 288. Barcelona. España

OBJETIVOS: Conocer la adherencia de los niños tratados con hormona de crecimiento (rhGh) en nuestro centro y valorar la efectividad del seguimiento de ésta desarrollado conjuntamente por la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) y el Servicio de Endocrinología Pediátrica. Además, valorar la influencia del dispositivo utilizado para la administración (DA) en la adherencia del tratamiento con rhGh en niños y particularmente en el subgrupo de adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo de 12 meses de duración (enero-diciembre de 2015) en un hospital universitario de 300 camas. Criterios de inclusión: menores de 18 años actualmente en tratamiento con somatropina en nuestro centro, que se hubieran tratado ininterrumpidamente durante más de 18 meses. Criterios de exclusión: pacientes que, o bien ellos o bien los cuidadores principales, no acudían mensualmente a recoger la medicación (por dificultar el cálculo de la adherencia y su seguimiento). Se registraron las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico, tipo de DA y fecha de dispensación y cantidad dispensada. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica y el sistema de gestión del Servicio de Farmacia. La adherencia se expresó como el porcentaje de dosis administrada respecto dosis prescrita y se calculó a partir del registro de dispensaciones. Para valorar la influencia del DA se dividieron los pacientes en dos grupos según si éste era jeringa precargada (Grupo-J) o electrónico (Grupo-E). Se compró la homogeneidad de ambos grupos en cuanto a sexo, edad y diagnóstico. Se repitió dicho análisis en el subgrupo de adolescentes. Los datos se analizaron con Stata 13 y se llevó a cabo un análisis descriptivo, Ji cuadrado y t-student.

RESULTADOS: Se incluyeron 53 pacientes (66 % varones) con una edad media de 13 años (DE=2,4 años). La adherencia media fue del 95,5 % (DE=5 %) y ningún paciente presentó una adherencia inferior al 80%. En cuanto a la influencia del DA, el Grupo-J incluyó 29 pacientes y el Grupo-E, 24. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DES) en cuanto a sexo, edad, diagnóstico ni tampoco DA. En el subgrupo de adolescentes, se incluyeron 27 pacientes mayores de 13 años: 15 en el Grupo-J y 12, en el Grupo-E). No se encontraron DES en cuanto a sexo, edad ni diagnóstico; aunque sí en cuanto al DA. La adherencia del Grupo-J fue significativamente inferior ($t=-2.18$, $p < 0,05$) que el Grupo-E (94% vs. 97%).

CONCLUSIONES: La adherencia durante 12 meses de los pacientes tratados con somatropina en nuestro centro fue muy buena. El seguimiento desarrollado con la colaboración activa de Endocrinología Pediátrica y la UFPE fue efectivo.

El DA utilizado para la administración no influye en la adherencia del tratamiento con rhGh.

En el subgrupo de adolescentes, la adherencia del Grupo-E fue significativamente superior que la del Grupo J. Es necesario realizar más estudios para valorar esta asociación aunque el registro de administraciones objetivo que proporcionan los DA electrónicos, parecen una herramienta útil para el seguimiento de la adherencia en determinados subgrupos.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

484. ADHERENCIA Y PERSISTENCIA A FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO RETROSPECTIVO

AUTORES: LATORRE GARCÍA P, COMAS SUGRAÑES D, MARTÍNEZ YÉLAMOS S, LOZANO ANDREU T, PADULLÉS ZAMORA N.

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. Feixa Llarga s/n. Barcelona. España

OBJETIVO: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad con una prevalencia estimada de más de 2,3 millones de personas en todo el mundo y 65 casos/ 100.000 habitantes en España.

Algunos estudios ponen de manifiesto la baja adherencia al tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME), entre 41-88%, según una revisión sistemática de Menzin et al 2013. Se ha observado un menor riesgo de recurrencia en pacientes con adherencia > 80-85% y algunos autores consideran necesario al menos dos años de tratamiento continuado.

El objetivo es evaluar la adherencia a 5 fármacos modificadores de la enfermedad en pacientes con esclerosis múltiple.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento entre 01/2011 y 12/2014 con IFN beta-1a IM (Avonex®) o SC (Rebif®), IFN beta-1b SC (Betaferon®), Glatirámér SC (Copaxone®) o Fingolimod OR (Gilenya®).

La adherencia se analizó mediante 2 métodos indirectos: MPR (Medication Possession Ratio = número de días con medicación / [días entre el primer día y el último dispensado + días cubiertos por la última dispensación]) y PDC (Proportion of Days Covered= proporción de días en que el paciente tiene medicación) a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses del inicio del tratamiento.

La persistencia (continuidad del tratamiento) se evaluó mediante el cálculo del % de pacientes que suspendieron el tratamiento a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses.

RESULTADOS: Se analizaron las prescripciones de 750 pacientes (66% mujeres). Del total de pacientes, 213 (59.2% mujeres) iniciaron tratamiento entre 01/2011 y 12/2014. Tratamiento prescrito: 30.5% IFN beta-1a IM; 26.8% IFN beta-1a SC; 17.8% Glatirámér SC; 17.3% IFN beta-1b SC; 7.5% Fingolimod OR. Edad mediana al inicio: 38.6 años (Q1-Q3: 31,6-46,1).

MPR global a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses fue: 90%, 90%, 89%, 88% y 87%. Porcentaje de pacientes con MPR $\geq 80\%$ a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses: 84%, 83%, 83%, 80% y 81%, respectivamente. Por fármacos a los 48 meses: Fingolimod OR 69%; Glatirámér SC 84%; IFN beta-1a IM 94%; IFN beta-1a SC 91%; IFN beta-1b SC 72%.

PDC global a los 6, 12, 24, 36, y 48 meses fue: 79%, 84%, 85%, 84% y 84%. Porcentaje de pacientes con PDC $\geq 80\%$ a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses: 63%, 72%, 76%, 74% y 73%. Por fármacos a los 48 meses: Fingolimod OR 69%; Glatirámér SC 83%; IFN beta-1a IM 94%; IFN beta-1a SC 81%; IFN beta-1b SC 71%.

El porcentaje de pacientes que habían suspendido el tratamiento a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses fue del 0,8%; 10%; 21%; 29% y 36% respectivamente.

CONCLUSIONES: La adherencia global analizada por MPR y PDC varía entre 87-90% y 79-85% respectivamente, siendo superiores a estudios previos realizados en otros países.

Aunque el MPR global supere el 85% en el periodo del estudio, el PDC global no alcanza el valor de adherencia recomendado.

El porcentaje de pacientes que suspenden el tratamiento por cualquier causa, se incrementa significativamente con el tiempo.

860. ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS CITAS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, LAMAS LÓPEZ M, PÉREZ DOMÍNGUEZ N, MACÍA FUENTES L, TERROBA ALONSO P, PUENTE MARTÍNEZ P.

HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Camino de Herreros, 6. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar los motivos de incumplimiento de la cita en el área de pacientes externos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado entre Enero-Abril de 2016, en el que se incluyeron todas las citas programadas no cumplidas por los pacientes en el área de pacientes externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Para el análisis de los datos se elaboró una hoja de cálculo Excel® en la que se recogió: sexo, fármaco dispensado/indicación, fecha de cita programada, fecha en la que acudió, días de retraso en la recogida de la medicación, intervención farmacéutica realizada y motivo de incumplimiento de la cita. También se recogió, a partir del dietario del área, el número total de citas generadas durante el periodo de estudio. Se utilizó la aplicación informática de dispensación a pacientes externos Farmatools® para comprobar la fecha de retirada de medicación por parte de los pacientes.

Las intervenciones farmacéuticas se realizaron mediante nota clínica a través del programa de prescripción electrónica Selene® o por contacto directo con el paciente.

Los motivos de incumplimiento se clasificaron en: cambio de tratamiento, suspensión no comunicada, olvido de la cita (estableciendo 1 ó 2 días de retraso como criterio de olvido), mala adherencia, problema social, ingreso o fallecimiento.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se generaron un total de 2155 citas programadas, 55,6% hombres y 44,4% mujeres, de las cuales 349 fueron incumplidas por los pacientes (16,2%). La media de citas totales por día fue de 36.

Las indicaciones en las que se encontró mayor porcentaje de incumplimiento fueron: VIH (29,8%), esclerosis múltiple (12,9%), anemia secundaria a insuficiencia renal crónica (10,9%) y artritis reumatoide (7,7%).

Se realizaron 48 intervenciones farmacéuticas, de las cuales el 25% tuvo como resultado la recogida de medicación por parte del paciente.

Respecto a los motivos de incumplimiento, el 88,8% de las citas que no acudieron, lo hicieron en un plazo medio de 4 días, siendo el olvido de la cita el motivo más frecuente (41,5%). Se observó un mayor número de pacientes con esclerosis múltiple en este grupo. La mala adherencia al tratamiento ocurrió en un 29% de los casos, con un predominio de pacientes con VIH. Otros motivos de incumplimiento fueron: suspensión no comunicada (21%), ingreso del paciente (19%) y fallecimiento (12,5%).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos reflejan el olvido de la cita como una de las causas más frecuentes de incumplimiento.

Como objetivo de mejora se valorará la necesidad de implantación de una agenda digital de citación a los pacientes externos, que incluya un sistema de mensajería recordatorio para el paciente. Igualmente, se reforzará la atención farmacéutica en aquellas indicaciones en las que la adherencia al tratamiento a la vista de los resultados lo requiera.

1242. ESTUDIO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH

AUTORES: MARTÍNEZ TURRIÓN J, POYATOS RUIZ LL, SORIANO MARTÍNEZ M, VILLANUEVA BUENO C, GARCIA-AVELLO FERNANDEZ-CUETO A, LLUCH COLOMER A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. Avda. Manuel Siurot, s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia a diferentes tratamientos frente al virus de la hepatitis C (VHC) en función del número de fármacos involucrados y los regímenes posológicos asociados

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico observacional ambispectivo. Se incluyeron todos pacientes coinfectados VIH-Hepatitis C que recibieron tratamiento con alguno de los siguientes regímenes terapéuticos entre abril y septiembre de 2015:

- Harvoni® (Ledipasvir 90 mg + sofosbuvir 400 mg)

- Exivera® (Dasabuvir 250 mg) + Viekirax® (ombitasvir 12,5 mg + paritaprevir 75 mg + ritonavir 50 mg). (Combo D3 de abbie)

Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, genotipo, grado de fibrosis, tratamiento previo, tipo de tratamiento anti-VHC, fecha de inicio, duración (en semanas), adherencia al tratamiento anti-Hepatitis C y adherencia al trata-

miento VIH en el año 2015. Los datos de adherencia se calcularon basándose en las unidades dispensadas en función de los días de tratamiento. La adherencia al tratamiento anti-hepatitis C se consideró óptima cuando fue superior al 97% (equivalente a dos días sin medicación en 12 semanas de tratamiento)

Posteriormente se compararon los valores de adherencia encontrados en los dos regímenes de tratamiento mediante la prueba de U de Mann-Whitney. El análisis de distribución normal se llevó a cabo mediante prueba de Shapiro-Wilk. La identificación de los pacientes y la recogida de datos se realizó mediante los registros de dispensación del Servicio de Farmacia (ATHOS-APD®). A continuación se procesaron los mismos mediante el programa SPSS®.

RESULTADOS: Se analizaron 68 pacientes, 44 recibieron tratamiento con la combinación de sofosbuvir + ledipasvir y 24 el combo compuesto por dasabuvir, ombitasvir y paritaprevir.

De todos ellos solo 6 pacientes (8,83%) tuvieron una adherencia inferior al 97%. La adherencia media al tratamiento con sofosbuvir + ledipasvir fue del $96,85 \pm 12,37$ % mientras que la obtenida con dasabuvir+ ombitasvir+ paritaprevir fue del $97,86 \pm 7,59$ %. Según la prueba de U de Mann-Whitney no existen diferencias significativas en ambos regímenes ($p=0.510$).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos reflejan una alta tasa de adherencia al tratamiento frente al VHC, que no se ve afectada por la complejidad de los regímenes que se hayan seguido, ni del número de tomas de los mismos. Entre los factores que pueden explicar este hecho podríamos destacar alto grado de concienciación de los pacientes, las altas tasas de curación del tratamiento y la brevedad del mismo.

También podría influir la presentación comercial de alguna de las opciones de tratamiento, con representaciones gráficas de como tomar el tratamiento que facilitan la comprensión de las tomas por parte del paciente. No obstante, sería necesario realizar cuestionarios detallados a los pacientes para corroborar esta hipótesis.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

351. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA E IMPACTO ECONÓMICO DEL COMBO FTC/TDF/EFV VERSUS LA ASOCIACIÓN FTC/TDF MÁS EFV EN PACIENTES VIH-1

AUTORES: Vico García V, Nogales Rey G, Campos Fernández de Sevilla MÁ, Delgado Tellez de Cepeda L, Esquinas Padin A, Rodríguez Labrador J.

Hospital Universitario del Henares. Av. Marie Curie s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Comparar la adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV) de la combinación a dosis fija (CDF) de Emtricitabina 200mg (FTC)/Tenofovir disoproxil 245mg (TDF)/Efavirenz 600mg (EFV) (Atripla®) frente a la combinación FTC 200mg/TDF 245mg (Truvada®) asociada a EFV genérico de 600mg en pacientes VIH-1, y evaluar el impacto económico de la selección de cada una de estas alternativas para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 1 año de duración, en el que se incluyeron todos los pacientes VIH-1 de edad ≥ 18 años, que durante el periodo de estudio hubieran recibido una de las siguientes opciones de tratamiento: CDF de Atripla® 1 comprimido/24horas o Truvada® 1 comp/24horas mas 1 comprimido de EFV 600mg (como especialidad farmacéutica genérica) cada 24 horas (2 comprimidos/24h). Del módulo de gestión de pacientes externos del programa Farmatools® del Servicio de Farmacia se recogió la siguiente información: datos demográficos de los pacientes con cada una de las opciones de tratamiento y registros de dispensaciones. Para calcular la adherencia se tuvo en cuenta el número de unidades de cada medicamento dispensadas y las fechas de dispensación. Los resultados de adherencia se estratificaron por sexo y grupo de edad (≥ 18 -39 años; 40-49 años y ≥ 50 años). Para evaluar el impacto económico se calculó la diferencia de costes entre ambas alternativas teniendo en cuenta el PVL- Descuentos + IVA (4%) de cada una de las diferentes alternativas evaluadas.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 17 pacientes VIH-1, 12 tratados con la CDF y 5 con la asociación FTC 200mg/TDF 245mg más EFV 600mg. El 16,7% de los pacientes tratados con la CDF eran mujeres. Todos los pacientes tratados con la asociación FTC/TDF mas EFV eran hombres. La adherencia en el grupo de pacientes que recibían FTC/TDF más EFV fue del 100% en todos los grupos de edad. La adherencia en el grupo de la CDF fue de un 55%, siendo en este caso la adherencia mayor en hombres que en mujeres (60% versus 50%). Por subgrupos de edad, se observó un mayor porcentaje de adherencia en los pacientes >50 años (66,6%) frente a los otros grupos (40% en pacientes entre 40-50 años, y 50% en los

CONCLUSIONES: A la vista de los resultados y en espera de estudios que incluyan un mayor número de pacientes, podría concluirse que la toma de 2 comprimidos/24h frente a 1 comprimido/24h no parecen afectar a la adherencia al tratamiento ARV en los pacientes estudiados, siendo además la asociación más eficiente para el SNS comparado con la CDF de FTC/TDF/EFV.

Estos resultados son considerados teniendo en cuenta que los pacientes tratados con la asociación FTC ya han sido medicados previamente con la CDF demostrando un 100% de adherencia.

1005. INFLUENCIA DE LA COMPLEJIDAD EN LA ADHERENCIA AL DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: MARTÍNEZ VALERO A, ANDÚJAR MATEOS A, MARTÍ LLORCA A, RODRÍGUEZ LUCENA FJ, ANTÓN TORRES R, NAVARRO RUÍZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. C/ CAMINO DE LA ALMAZARA 11,. Alicante. España

OBJETIVO: El tratamiento antiviral de alta eficacia (TARGA) a menudo implica regímenes posológicos con gran número de fármacos, una elevada carga en la toma de comprimidos, múltiples dosis al día, diferentes instrucciones de administración y en definitiva, una mayor complejidad. Esta complejidad puede influir negativamente en la adherencia entendida como la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del tratamiento. Una adecuada adherencia es fundamental para que el tratamiento sea satisfactorio, alcanzando los objetivos primarios de supresión de la carga viral plasmática, el restablecimiento o conservación de la función inmunológica y la mejoría de la calidad de vida.

El objetivo del estudio es evaluar la adherencia y el efecto de la complejidad del TARGA en una cohorte seleccionada de pacientes con tratamientos antirretrovirales de elevada complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de 6 meses de duración (Julio-Diciembre 2014). Criterios de inclusión: (1) pacientes mayores de 18 años infectados por el VIH atendidos en la Unidad de Atención farmacéutica a Pacientes Externos de nuestro hospital, (2) en tratamiento con la combinación de al menos 3 fármacos antirretrovirales con diferentes mecanismos de acción, (3) y sin cambios en el tratamiento durante al menos 24 semanas previas. La complejidad del tratamiento se evaluó mediante el índice ARC (Antiretroviral Regimen Complexity), publicado por Martin et al. 2007, que valora 15 ítems repartidos en 4 grandes bloques: esquema de tratamiento, administración, instrucciones y preparación. El estudio de la adherencia se llevó a cabo utilizando dos métodos independientes: (1) el registro informático de dispensación y (2) un cuestionario que rellenó el paciente (SMAQ) a través de los indicadores ADHMID (= número de días de medicación dispensada / número total de días observados) y ADHSMAQ, respectivamente. El valor total de adherencia de cada paciente, ADHT, se estableció como la media aritmética de ADHMID y ADHSMAQ. Se consideró a un paciente cumplidor si presentaba una ADHT > 90%. Se usó la prueba no paramétrica de Fisher-Pitman para comparar las medias del índice ARC de los pacientes adherentes y no adherentes.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio un total de 48 pacientes con una edad media de 47 años (rango 25-73), 71% hombres. Se describió un promedio de 4.08 ± 0.65 medicamentos antiVIH/paciente, con un índice de complejidad medio de 6.90 ± 1.31 . El TARGA más complejo descrito, con un índice ARC de 13, correspondió al esquema: [Fuzeon@90mg sc cada 12 horas] + [Eduvant@25mg un comp cada 24 horas] + [Truvada@200/245mg un comp cada 24 horas] + [Norvir@100mg un comp cada 12 horas] + [Prezista@600mg un comp cada 12 horas]. El menos complejo, con una puntuación ARC de 4.75 constaba de: [Ziagen@300mg un comp cada 12 horas] + [Isentress@400mg un comp cada 12 horas] + [Viramune@400mg un comp cada 24 horas].

Se calculó un valor medio ADHT de $94.10 \pm 7.63\%$. Treinta y nueve pacientes (81.25%) mostraron un adecuado cumplimiento (ADHT > 90%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.264$) entre el índice ARC medio del grupo de adherentes y no adherentes, siendo este de 6.79 ± 0.93 y 7.38 ± 2.38 , respectivamente.

CONCLUSIÓN: La mayoría de pacientes mostró una correcta adherencia al tratamiento. En nuestro grupo de estudio la adherencia no se vio influenciada de forma significativa por la complejidad puesto que no se encontraron diferencias entre el grupo de los cumplidores y no cumplidores.

757. MODELO PREDICTIVO PARA ESTIMAR LA PROBABILIDAD DE FALTA DE ADHERENCIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES

AUTORES: Gramage Caro T, Delgado Silveira E, Bermejo Vicedo T.

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar km 9,100. Madrid. España

OBJETIVOS: - Construir un modelo predictivo para estimar la probabilidad de falta de adherencia en pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales (ANEO).

- Estimar la adherencia al tratamiento con ANEO en estos pacientes y el efecto de factores contribuyentes sobre ella.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, analítico, de cohortes, realizado en la Unidad de Atención Farmacéutica (UAF-PEX) del Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes > 18 años en tratamiento con ANEO (inicios y continuaciones de tratamiento) a los que se realizaron entrevistas en cada visita al SF durante seis meses (julio 2011 a junio 2012), para determinar su adherencia y recoger los factores contribuyentes. Se revisaron las historias clínicas para completar los datos clínicos y/o analíticos. Se consideró a un

paciente adherente en una visita si se recogieron como mínimo 2 determinaciones de adherencia, siendo la adherencia por los registros de dispensaciones del SF $\geq 90\%$, por recuento de comprimidos entre 90 y 110%, en el test de Haynes-Sackett $\geq 85-94\%$ y adherente por el test de Morisky-Green.

Se analizaron 58 factores asociados a la adherencia, seleccionados por búsqueda bibliográfica. Se realizó un análisis univariante de Odds Ratio (OR) para cuantificar su asociación con la adherencia y un multivariante mediante un modelo de regresión logística para cuantificar su asociación ajustada.

Para la elaboración del modelo predictivo se partió del análisis multivariante, utilizando los coeficientes beta de la regresión logística.

RESULTADOS: Se incluyeron 895 dispensaciones relativas a 318 pacientes, quienes realizaron $4,25 \pm 2,10$ visitas de media al SF. En 716 (80,00%) visitas los pacientes fueron considerados adherentes.

Se asociaron con la adherencia a ANEO en el modelo multivariante la intención de tratamiento (intención paliativa (OR=2,11 p=0,005), presentar ingresos hospitalarios (OR=2,13, p=0,041), la frecuencia de administración del ANEO (cada 12 horas OR=1,945 p=0,008), el tipo de tratamiento (tratamientos continuos vs por ciclos OR=2,941 p=0,000) y la línea de tratamiento con ANEO (a partir de la segunda OR=2,086 p=0,001).

Para la elaboración del modelo predictivo se seleccionaron las variables asociadas en el análisis multivariante a la adherencia a ANEO y aquellas del univariante consideradas clínicamente relevantes por un grupo de expertos del SF (edad, convivencia, nivel de estudios, periodo entre consultas médicas, comprimidos totales/día, tomas totales/día, primera dispensación con ANEO, tiempo desde el inicio de tratamiento con ANEO, línea de quimioterapia, presencia de RAM y máximo grado de RAM). Se diseñó una herramienta en Excel® que permitiese seleccionar para cada paciente sus características específicas y devolviera la probabilidad de falta de adherencia (en %).

CONCLUSIONES: El modelo predictivo realizado para conocer la probabilidad de los pacientes de presentar falta de adherencia a ANEO es aplicable en la práctica asistencial. Permite a los farmacéuticos detectar los pacientes con riesgo en el momento de la dispensación de los ANEO.

La adherencia a ANEO es susceptible de mejora en nuestro entorno. Está influenciada por múltiples factores, relacionados entre sí. Su conocimiento es la base para poder desarrollar e implantar prácticas individualizadas de intervención y soporte a los pacientes que fomenten su adherencia.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

186. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO ARMS PARA LA MEDIDA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

AUTORES: GONZÁLEZ BUENO J, CALVO CIDONCHA E, SEVILLA SÁNCHEZ D, PÉREZ GUERRERO C, CODINA JANÉ C, SANTOS RAMOS B.

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC. Carrer de Francesc Pla el Vigatà, 1, 08500. Barcelona. España

OBJETIVOS: Traducir y adaptar transculturalmente el cuestionario Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS) al español para medir la adherencia en pacientes pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: 1) Traducción y retrotraducción: Metodología propuesta por Sousa y cols.(2010). Un traductor español nativo, bilingüe e independiente realizó la traducción del cuestionario ARMS. Esta traducción fue retrotraducida al inglés por un traductor inglés nativo, bilingüe, independiente y ciego al cuestionario original. Ambos eran profesionales sanitarios con conocimientos en adherencia. Cada uno valoró para cada pregunta del cuestionario la dificultad en encontrar una expresión conceptualmente equivalente entre ambos idiomas (escala 0-10). La correlación entre sus puntuaciones se analizó mediante el coeficiente de Pearson.

2) Síntesis y adaptación: Un panel de expertos integrado por el equipo investigador y un tercer traductor, español nativo y con dominio del inglés analizaron las discrepancias entre el cuestionario ARMS y su versión retrotraducida consensuando una versión final (ARMS-e) que garantizara la equivalencia semántica, conceptual y de contenido.

3) Análisis de la fiabilidad: Se consideró adecuado realizarlo en 40 pacientes pluripatológicos no institucionalizados. Los pacientes junto con sus cuidadores principales (en caso que los tuvieran) debían indicar el grado de comprensión de las preguntas del cuestionario mediante una escala dicotómica (comprensión clara/confusa). Se estableció como requisito de fiabilidad para cada pregunta una variabilidad inter-observador

RESULTADOS: Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación (ARMS-e)

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca/algunas veces/casi siempre/siempre.

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?

6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
 7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?
 8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
 9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
 10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
 11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
 12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?
- La dificultad global de los traductores fue en ambos casos de 2,7 (DS: 1,5) observándose una correlación no significativa (0,475) entre sus puntuaciones. El análisis de la fiabilidad (noviembre-2015/enero-2016) realizado en 41 pacientes pluripatológicos ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital general (79,8±10,4 años, 29(71%) varones) mostró una variabilidad inter-observador del 7,5%(ítem 5), 2,5%(ítems 1, 3, 10 y 12) y nula para el resto de ítems.

CONCLUSIONES: El cuestionario ARMS-e es una versión fiable y adaptada al español del cuestionario ARMS, adecuada para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos.

CLASIFICACIÓN: ADHERENCIA

1010. UTILIDAD DE LA MONITORIZACION FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB COMO PREDICTOR DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

AUTORES: SÁEZ BELLÓ M, LLOPIS SALVIA P, ALEGRE SANCHO JJ, PAREDES ARQUIOLA JM, CLIMENTE MARTÍ M. Hospital Universitario Doctor Peset. Gaspar Aguilar 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la relación entre las concentraciones séricas de adalimumab (ADA) y la adherencia al fármaco medida a través de la tasa de posesión de medicación (TPM) y el test de Morisky Green (MG).
Pacientes y método:

Diseño: prospectivo descriptivo. Periodo: 16 meses (Noviembre 2014 □ Febrero 2016). Ámbito: hospital general universitario terciario. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de artropatías inflamatorias (artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) o espondilitis anquilosante (EA)) o enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tratados con ADA y candidatos a monitorización farmacocinética en base a criterios de efectividad, seguridad, eficiencia y/o sospecha de falta de adherencia al tratamiento según facultativo prescriptor. Variables del estudio: sexo, edad, diagnóstico, pauta posológica, concentraciones séricas (mcg/ml; Cs) determinadas a través de ELISA test (Promonitor®, Grifols), TPM en los 6 meses previos (nº unidades dispensadas □ nº unidades teóricas / días entre dispensaciones * 100 (%)), siendo los pacientes con TPM

RESULTADOS: Se reclutaron 51 pacientes (28 mujeres, 23 hombres) con una edad media de 49,37 (DE 14,02), 22 de ellos padecían EII, 11 AR, 9 APs y 9 EA. Intervalo de dosificación de ADA 40mg: 4/51 (7,84%) cada 7 días, 46/51 (90,20%) cada 14 días y 1/51 (1,96%) cada 21 días. Sólo un paciente fue monitorizado por sospecha de falta de adherencia al tratamiento.

Se detectaron concentraciones infraterapéuticas de ADA en el 35,29% (18/51) pacientes, de los cuales el 23,53% (4/17) fueron considerados no adherentes y el 41,18% (14/34) como adherentes según el test de MG (p=0,531). De este mismo subgrupo, el 34,48% (10/29) presentaron TPM

Al estratificar según el número de respuestas que definieron a los pacientes como no adherentes según el test de MG, el 100% (2/2) de aquellos con ≥3 respuestas incorrectas presentaron concentraciones infraterapéuticas (p=0,025).

Al relacionar la TPM y el test de MG los resultados sí fueron significativos (p=0,007), siendo la media de TPM en los no adherentes de -1,49 (-2,58; -0,40) y de -0,21 (-0,59; 0,18) en los adherentes.

La Cs en el paciente monitorizado por motivos de sospecha de falta de adherencia presentó concentraciones infraterapéuticas, siendo adherente según MG y presentando una TPM de 1,47.

CONCLUSIÓN: El test de adherencia Morisky Green y la tasa de posesión de la medicación presentan buena relación para identificar a los pacientes no adherentes al tratamiento; sin embargo, la monitorización farmacocinética de concentraciones séricas de adalimumab presenta una utilidad limitada para detectar a priori a los pacientes no adherentes. Por tanto, sólo en aquellos en los que exista una sospecha previa de no adherencia, la monitorización farmacocinética puede ser una herramienta de utilidad.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

406. AMPLIANDO HORIZONTES EN LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO

AUTORES: Montero Hernández A, Rodríguez Legazpi I, Mella Pérez C, Rodríguez Penín I. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Avenida da Residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Describir un programa de conciliación de la medicación (CM) al ingreso y al alta en una planta de medicina interna para disminuir las discrepancias de medicación entre las distintas transiciones asistenciales y obtener un perfil farmacoterapéutico lo más actualizado posible.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo (10/2015-03/2016) en el que se incluyeron pacientes ≥ 65 años y con más de cinco medicamentos como tratamiento domiciliario, ingresados en una planta de medicina interna en un hospital de segundo nivel. Al ingreso se realizó la revisión de la historia clínica electrónica (HCE), entrevista al paciente y/o familiares, CM, elaboración del historial farmacoterapéutico del paciente, y registro electrónico en el episodio de hospitalización. En caso de encontrar alguna discrepancia se contactó con el médico responsable (electrónica u oralmente). Al alta el facultativo responsable contactaba con el farmacéutico, realizándose de nuevo CM, y entregando a cada paciente un impreso horario personalizado con el tratamiento completo actualizado, que también se adjuntó en la HCE. Además se explicó verbalmente y se aclararon las dudas que pudieran surgir.

RESULTADOS: Número de pacientes incluidos durante un período inicial de 6 meses: 116 (62% hombres; edad media: 78,8 años). Estancia media por paciente: 9,4 días. Ocho pacientes fueron éxitos y 11 pérdidas (por traslado a otros servicios/centros o por imposibilidad de realizar entrevista). Principales motivos de ingreso: disnea (38,2%); dolor torácico/angina (14,6%) y síncope (13,8%). La estratificación de los pacientes según la -Estratexia Galega de Atención Integral a la Cronicidad do SERGAS- fue: ciudadano sano (4,1%), paciente con alguna enfermedad crónica estable (23,6%), paciente crónico complejo (37,4%), paciente con alto riesgo y complejidad (34,9%). Diagnósticos principales al alta: neumonía/infección respiratoria (21,1%); insuficiencia cardíaca (17,9%) y arritmia (17,9%).

El 39% de los pacientes presentaban alergias y/o intolerancias, que fueron registradas en la prescripción electrónica por el Servicio de Farmacia. Número medio de medicamentos/paciente al ingreso: 9,4. Se realizaron un total de 268 intervenciones farmacéuticas: omisión (19%); distinta dosis/vía/frecuencia/forma farmacéutica (15,3%), comisión (4,8%), interacciones (2,6%), otras (15,3%). A nivel de e-receta/atención primaria: bloqueos de e-receta (31,7%), modificación de dosis/frecuencia/forma farmacéutica (6,0%), generación de nuevas e-recetas (2,2%), y visado de e-recetas (3,0%). Número medio de medicamentos/paciente al alta: 10,6. Hubo 164 suspensiones, 116 modificaciones y 283 inicios. Se dispensó medicación al alta en el 29,8 % de los casos.

CONCLUSIONES: La selección de pacientes parece adecuada, ya que el 72,3% se encuentran en un alto nivel de complejidad según la estrategia de cronicidad del SERGAS.

La implementación de un programa de CM al ingreso y al alta permite detectar y resolver discrepancias en el historial farmacoterapéutico de los pacientes. El mantenerlo lo más actualizado posible y con acceso de los distintos profesionales sanitarios permite evitar errores entre los distintos niveles asistenciales.

La CM es una estrategia de ineludible valor pero muy compleja, y clave en el momento del alta. El elevado número de intervenciones corrobora el papel del farmacéutico en este aspecto, logrando así una atención multidisciplinar centrada en la seguridad del paciente y ayudando a incrementar la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

749. ANALISIS DE LA ADECUACIÓN A LA TERAPIA ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

AUTORES: GARCÍA GIL S, GONZALEZ GARCIA J, GONZALEZ DE LA FUENTE G, CALZADO GOMEZ G, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIERREZ NICOLAS F.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. Carretera de Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Una correcta anticoagulación en los pacientes con de la fibrilación auricular (FA) es necesario para evitar la aparición de eventos tromboembólicos. La anticoagulación en muchas ocasiones está bajo el control ambulatorio, por lo que con frecuencia se producen errores por falta de conciliación cuando el paciente ingresa en el hospital. El objetivo principal del presente trabajo es analizar la adecuación a la terapia anticoagulante en pacientes con FA en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal unicéntrico, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en un hospital del tercer nivel con diagnóstico de FA. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes fueron obtenidos de las historias clínicas de hospitalización, así como de atención primaria a través del aplicativo informático SAP®. El análisis de la adecuación en la terapia anticoagulante de los pacientes con FA se realizó en base a los criterios establecidos por la escala CHADS₂, que estratifica el riesgo de sufrir eventos tromboembólicos, y la escala HASBLED que estratifica en función del riesgo de sufrir sangrados. Del estudio fueron excluidos aquellos pacientes con FA que presentasen una hemorragia activa u otra contraindicación de anticoagulación y/o mal pronóstico a corto plazo.

RESULTADOS: En el momento del estudio en el hospital se encontraban con diagnóstico de FA 39 pacientes, de los cuales 4 fueron excluidos del estudio por presentar hemorragia activa. La edad media de los pacientes fue de 76

años (65 - 92 años), siendo un 79% hombres. En el 57% de los pacientes con FA se encontró una no-adequación al tratamiento anticoagulante. En 8 de los pacientes (22%) se detectó una discrepancia de conciliación no justificada al no continuar con el tratamiento anticoagulante pautado en atención primaria, sin que hubiera contraindicación del mismo. Además, se identificaron 4 (11%) pacientes con FA y riesgo elevado de sufrir un evento tromboembólico (puntuación CHADS₂ = 3) en los que no constaba profilaxis tromboembólica en la historia clínica de primaria ni durante el ingreso hospitalario. El 72% de estos tratamientos no correctos habían sido validados por el servicio de farmacia.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados revelan que mas de la mitad de los pacientes ingresados con diagnóstico de FA no estaban adecuadamente anticoagulados para la prevención de accidentes tromboembólicos, a pesar de haber pasado la validación farmacéutica. Este hecho pone de manifiesto la importancia de realizar una correcta conciliación de la medicación en el momento del ingreso, por parte del farmacéutico, con el fin de comunicar discrepancias en los tratamientos domiciliarios al facultativo responsable del paciente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

382. ANALISIS DE LA EVOLUCION DEL INDICADOR DE RECETA MEDICA DE ARAII

AUTORES: PANADERO ESTEBAN MI, CASTILLO BAZAN E, PELEGRIN TORRES P, BECARES MARTINEZ J, BONILLA PORRAS M, MARTIN GOZALO EM.

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. AVDA REYES CATOLICOS N°2 28040. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la evolución del indicador de prescripción ARA-II durante cinco años, en nuestro hospital y en el área de salud a la que pertenece. Relacionar los resultados con las medidas de uso racional del medicamento desarrolladas en dicho periodo.

MATERIAL Y MÉTODO: En 2011, La Comunidad de Madrid puso en marcha un plan de mejora en la prescripción de ARA-II, publicó un documento de criterios para establecer su lugar en la terapéutica, y planteó diversas líneas de actuación para mejorar la eficiencia en la prescripción. La evolución de los resultados se ha obtenido del indicador: porcentaje de prescripción de ARA-II y aliskiren en relación a todo el Sistema Renina-Angiotensina, del Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid).

Las líneas de actuación que se han seguido el periodo analizado 2011-2015 han sido las siguientes. En Farmacia de Atención Primaria (AP): difusión del documento de la Comunidad de Madrid, sesiones en centros de salud, difusión de encuestas online, curso online, jornada de ARA-II (2011), sesiones de eficiencia y gasto evitable, formación en la herramienta farmaweb, entrevistas, cartas individualizadas a facultativos (2012-2013), intervenciones en centros de salud con peor resultado en el indicador, entrevistas, sesiones de actualización, hoja informativa sobre olmesartan (2014 -2015). En Atención Especializada (AE), se realizó un documento resumen del remitido por la Comunidad de Madrid, y se difundió en una sesión general, el Servicio de Farmacia impartió sesiones monográficas en los servicios clínicos más implicados en la prescripción de ARA-II (2011), difusión de informes específicos de farm@drid por servicio, participación de representantes del hospital en reuniones de responsables de Farmacia de AP (2012-2013), hoja informativa del lugar terapéutica de ARA-II, análisis de prescripción de ARA-II por principio activo, hoja informativa sobre olmesartan (2014-2015)

RESULTADOS: En el punto de partida en 2011, el objetivo del indicador conjunto AP + AE era de 41,8%, y nuestro resultado en AE fue 44.9%, la media de AE para hospitales similares al nuestro fue 58.47% (rango 44.9-64.9%). Para 2012, hay una mejora clara en nuestro hospital, que logra un indicador de 36,7% (rango 36.7-61.9%). En los tres siguientes años los resultados para nuestro hospital han sido de 32.3%, 33.9% y 35.5%, con una media en AE en el grupo de hospitales de 53.6% (rango 32.2-59.5%) en 2013, 52.8% (rango de 33.9-61.47) en 2014, y 51.59% (rango 35.5-61.8%) en 2015.

En cuanto al resultado conjunto con AP los valores han ido mejorando progresivamente desde 43.3 % en 2011 hasta 40.7% en 2015.

El objetivo de la comunidad de Madrid se ha conseguido en AE desde 2012, y en conjunto con AP ya en 2014. En 2015 no ha habido objetivo en porcentaje.

CONCLUSIONES: Las medidas puestas en marcha para la mejora de prescripción de ARA-II se han reflejado de manera muy notable en el indicador de ARA-II en nuestro hospital, si bien en AP los resultados son más modestos, pero en constante mejora y con un impacto que repercute en costes mucho mayor.

249. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO QUE SUPUSIERON LOS DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS EN UN ÁREA SANITARIA DE 300.000 HABITANTES DESDE EL AÑO 2013 HASTA EL 2015

AUTORES: Llanos García MT, Goenaga Ansola A, Pena Villanueva P, Barbosa León A, Cortiñas Villazón L, Calzón Blanco C.

Gerencia Área V. Calle Severo Ochoa s/n. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluación del impacto económico en el Área Sanitaria generado por los desabastecimientos de medicamentos en las oficinas de farmacia y dispensados a través de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria durante los últimos 3 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se generó el listado total de dispensaciones que se habían realizado desde el año 2013 al 2015 desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria a través del programa Velázquez®. Se exportó este listado a formato Excel®. El listado contenía los siguientes datos: fecha de la dispensación, nombre del medicamento, principio activo, grupo terapéutico, número de envases y gasto. Se filtraron tanto los grupos terapéuticos de los medicamentos desabastecidos como el gasto que había supuesto su dispensación en el Área por año.

RESULTADOS: El número total de dispensaciones fue de 2.802: 107 en 2013, 1.156 en 2014 y 1.539 en 2015. El número de dispensaciones por grupos terapéuticos de los medicamentos desabastecidos y dispensados desde el Área fueron: Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos (A02) 281, Antiarrítmicos (C01) 13, Agentes Beta bloqueantes (C07) 7, Antipsorásicos (D05) 11, Hormonas sexuales y estimulantes genitales (G03) 97, Corticoides (H02) 677, Antibióticos sistémicos (J01) 176, Terapia antineoplásica (L01) 457, Psicolépticos (N05) 139, Psicoanalépticos (N06) 725, Oftalmológicos (S01) 219. El gasto generado por grupo a lo largo de los 3 años fue de 2.995 euros para A02, 189 euros para C01, 69 euros para C07, 290 euros para D05, 9.339 euros para G03, 7.415 euros para H02, 4.901 euros para J01, 39.118 euros para L01, 509 euros para N05, 1.734 euros para N06, y 1.211 euros para S01; por otra parte, el gasto generado por año fue de 291 euros en 2013, 11.672 euros en 2014 y 55.808 euros en 2015.

CONCLUSIONES: El número de desabastecimientos a los que tienen que hacer frente las Áreas Sanitarias está creciendo de forma exponencial y supone un alto coste, no sólo económico sino de recursos humanos para la gestión del suministro de los mismos. Se debe trabajar a nivel nacional en mejorar las condiciones de suministro de los medicamentos y exigir la continuidad de éste.

152. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO ESTRATIFICADO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR ENTRE NIVELES ASISTENCIALES, COORDINADOS POR EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL.

AUTORES: LLORENS VILLAR Y, MARTINEZ GARCIA MD, BLANCO GARCÍA C, ELGUEZABAL ORTUZAR I, URBINA BENGOA O.

OSI ARABA-SEDE SANTIAGO. OLAGUIBEL, 29. Álava. España

OBJETIVOS: - Detectar y subsanar los errores de conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales (ingreso y alta) de los pacientes estratificados como Gestión de Caso.

- Promover la continuidad del tratamiento farmacológico del paciente potenciando la prescripción del médico al alta hospitalaria en el sistema de receta electrónica.

- Establecer un circuito de comunicación entre atención primaria y especializada para resolver problemas de conciliación en los tratamientos de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado entre el 20/04/2015 y 06/04/2016.

Población seleccionada: pacientes pluripatológicos estratificados como Gestión de Caso (presentan dos o más de las categorías Ollero, al menos dos patologías crónicas (DM, EPOC e IC) e ingreso hospitalario en el año previo) que han ingresado en el Hospital durante dicho periodo. Criterios de exclusión: ingreso inferior a dos días, neoplasia, inmunosupresión (trasplantes), diálisis, pronóstico vital incierto o pacientes sin tratamiento en la receta electrónica.

Metodología: Al ingreso: revisión de la historia clínica electrónica para conocer el historial farmacoterapéutico del paciente. Entrevista al paciente y/o cuidador principal. Contacto con el prescriptor para solicitar aclaración sobre las discrepancias no justificadas en el tratamiento farmacológico. En caso necesario, consulta con el médico de Atención Primaria. Durante la estancia: seguimiento del tratamiento y detección de Problemas Relacionados con la Medicación. Al alta: detección de discrepancias no justificadas en el tratamiento al alta. Contacto con el médico responsable para su resolución. En caso de discrepancias no resueltas en el hospital consulta con el médico de Atención Primaria.

RESULTADOS: Pacientes ingresados: 424. Se excluyeron 150 por: ingreso inferior a dos días: 69% (n=103) y pronóstico vital incierto: 14% (n=22). El 65% (n=274) de los pacientes fueron conciliados en el ingreso (media de edad=77.8 años (44-99), siendo el 69% (n=188) hombres) y el 64% (n=176) de los pacientes en el alta (motivos más frecuentes de no conciliar: alta no detectada: 44% (n=43) y alta fuera del horario laboral: 20% (n=19)). El 67% (n=182) de los pacientes presentaron errores de conciliación en el ingreso y el 36% (n=63) de los pacientes en el alta hospitalaria. El 8% (n=389) de los medicamentos presentaron error de conciliación del total de medicamentos conciliados (n=5158). El 70% (n=123) de los pacientes tenían el tratamiento actualizado en la receta electrónica el día del alta. Nº de consultas realizadas al médico de primaria: 22. Motivo de consulta: errores en el tratamiento que constaba en la receta electrónica al ingreso: 16, errores en el tratamiento al alta: 6, aceptación: 60% (n=13).

Intervenciones farmacéuticas realizadas: 595. Más frecuentes: Inicio de tratamiento (tratamiento habitual no prescrito, medicamento necesario por la situación clínica del paciente,...): 41% (n=245), suspensión de medicamento (medicamento innecesario, medicamento de bajo valor terapéutico,...): 9% (n=55) y modificar dosis/intervalo posológico/vía de administración/ forma farmacéutica: 36% (n=212), otros: 14% (n=83).

Grado de aceptación de las recomendaciones: 70% (n=417).

CONCLUSIONES: El farmacéutico de hospital ha contribuido a dar continuidad al tratamiento farmacológico de los pacientes estratificados durante las transiciones asistenciales además de potenciar la prescripción electrónica del médico al alta hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

11. CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL INGRESO DE PACIENTES CON CIRUGÍA PROGRAMADA. NUEVA COMPETENCIA DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: TORTAJADA GOITIA B, ARENAS VILLAFRANCA JJ, ÁLVARO SANZ E, MUÑOZ GÓMEZ-MILLAN I, GARRIDO SILES M, MORENO SANTAMARIA M.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. Autovía A-7 km 187. Málaga. España

OBJETIVO: Los errores de medicación que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales se deben al desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes. En este trabajo se busca determinar en qué grado se está recogiendo la medicación domiciliar en el informe de ingreso de cirugías programadas por parte del médico y en qué porcentaje de los pacientes se realiza finalmente la conciliación del tratamiento tras la implantación de un protocolo de conciliación de éstas cirugías programadas llevado a cabo por farmacéuticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: El protocolo establecido por el área de farmacia y nutrición consiste en la elaboración de un -Informe Conciliación- en la historia clínica electrónica mediante el cual se especifica el Tratamiento Médico Domiciliario (TMD) actual en todas las cirugías programadas con una estancia hospitalaria prevista mayor a 24 horas. Para la elaboración del informe, el farmacéutico consulta la medicación de la historia farmacoterapéutica en Diraya y la información recogida en los episodios hospitalarios. En caso de hallar discrepancias entre las fuentes, el farmacéutico consulta directamente con el paciente por vía telefónica. Se realizó una auditoría de los tratamientos hospitalarios y de los informes de ingreso de los pacientes durante un mes. Se calculó una muestra, teniendo en cuenta para cada servicio quirúrgico, el 10% del número total de ingresos mensuales. Para el servicio de Oftalmología, en el que el 10% representaba una n

RESULTADOS: Se analizaron los tratamientos de 113 pacientes ingresados. Los porcentajes, por área quirúrgica, de pacientes en los que se incluía el TMD al ingreso era: Ginecología 83,15%; Otorrinolaringología 76%; Cirugía 55,20%; Traumatología: 56,40%; Urología: 56,31% y Oftalmología 98,00%. Tras la intervención del farmacéutico el porcentaje fue: Ginecología 81,50%; Otorrinolaringología 85,40%; Cirugía: 85,22%; Traumatología: 80,64%; Urología: 93,23%; y Oftalmología 100,00%. El porcentaje medio de pacientes en los que se incluía el TMD al ingreso por el médico fue 61,26%. El porcentaje medio tras la intervención del farmacéutico fué: 86,20%.

CONCLUSIONES: seis de cada diez pacientes son conciliados por el médico al ingreso en nuestro hospital. La intervención de farmacia permite que el ratio aumente a casi nueve de cada diez, siendo la conciliación mayor al 80% en todas las especialidades. En algunos servicios la conciliación llega a aumentar hasta un 40% tras la intervención de farmacia, principalmente en las áreas donde menos se realiza la conciliación por parte del médico: Urología, Traumatología y Cirugía.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1206. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE CRÓNICO AMBULATORIO

AUTORES: PADILLA LOPEZ AM.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. Av. de Blasco Ibáñez, 17, 46010. Valencia. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Ante la necesidad de asegurar un manejo seguro de los tratamientos farmacológicos ambulatorios con un perfil de paciente crónico cada vez más complejo, se decidió la implantación de un circuito interniveles multidisciplinar de revisión farmacoterapéutica en relación a posibles problemas de inadecuación (PPI) de la prescripción incluyendo la adherencia.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Se definieron los diferentes pasos del proceso:

- Selección por parte del profesional farmacéutico del fármaco/s a revisar y del perfil del paciente diana.
- Aplicación de una metodología sistemática y estructurada de revisión.
- Notificación al facultativo prescriptor sobre los PPI detectados para su revisión e intervención.
- Derivación al profesional de enfermería en caso de posibles problemas en el cumplimiento.
- Seguimiento de las actuaciones aplicadas, evolución temporal e impacto sobre la situación clínica del paciente.

Se impartieron sesiones informativas y formativas a los profesionales de enfermería y médicos a nivel de Atención Primaria (AP) (17 zonas básicas de salud) y Especializada (AE): puesta en común del circuito de revisión departamental, exposición de las metodologías disponibles para la revisión de tratamientos, análisis de casos clínicos del departamento de salud afectados por PPI, formación en las herramientas informáticas disponibles para la revisión de la farmacoterapia en la historia clínica electrónica ambulatoria.

EJECUCIÓN Y EVOLUCIÓN: Se han seleccionado fármacos afectados por diferentes criterios:

- Alertas de seguridad de la AEMPS: hidroxizina, agomelatina, combinación de fármacos del sistema renina-angiotensina.
- Perfil de utilización a nivel autonómico o departamental potencialmente mejorable: teriparatida, citicolina, fentanilo de liberación rápida, pacientes hipertensos con fármacos que aumentan la tensión arterial, uso concomitante de agonistas colinérgicos y anticolinérgicos.
- Problemas con la posología, duplicidades, interacciones y contraindicaciones con relevancia clínica.
- Problemas de seguridad preestablecidos: criterios Stopp/Start.

En relación a los pacientes diana, más allá de la polimedicación y pluripatología, se ha destacado la presencia de un mal control clínico pese a un nivel de farmacoterapia óptimo junto a la presencia de factores de riesgo para un mal cumplimiento terapéutico (edad avanzada, deterioro cognitivo o físico, alto nivel de morbilidad, múltiples ingresos recientes).

Se dispone de una herramienta informática que permite realizar búsquedas en función del principio activo, diagnóstico asociado y diferentes variables del paciente.

La notificación de las intervenciones, inicialmente a través de un informe predefinido en papel, se realiza a través de una estación de trabajo que permite la notificación en la propia historia del paciente y la gestión electrónica de la revisión multidisciplinar.

RESULTADOS Y EFECTOS: En tres años se han realizado más de 20 intervenciones diferentes, que han afectado a más de 50.000 tratamientos. Se ha registrado la modificación, interrupción o sustitución de unos 2.700 medicamentos por parte de más de 150 médicos de AP y AE, así como un impacto positivo en la evolución del perfil de prescripción departamental. Además, el programa se ha incluido en la rotación de residentes de Farmacia Hospitalaria y Medicina de Familia.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

41. DISPENSACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN UNA CONSULTA DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

AUTORES: SEMPERE SERRANO P, FERNANDEZ MELLID E, VILLAVERDE PIÑEIRO L, OTERO LOGILDE A, ANIDO GARCIA M, FONTANES TRABAZO E.

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI. SAN CIBRAO S/N. Lugo. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: En la consulta de tratamiento anticoagulante oral (TAO), personal de enfermería atiende pacientes con niveles de INR en rango terapéutico, realizan la historia clínica y proporcionan educación sanitaria. En nuestro hospital, dispensan las unidades de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) que necesitará el paciente hasta el siguiente control, pero esta actividad nunca ha sido registrada. Con este proyecto analizaremos el beneficio económico y asistencial que supone al sistema sanitario la dispensación de HBPM en la consulta TAO de un hospital de tercer nivel frente a la generación de una receta.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Para el análisis diseñamos una hoja de recogida de datos en la que personal de enfermería de la consulta TAO registraría los siguientes ítems: número de historia clínica del paciente y tipo, dosis y número de unidades de HBPM dispensadas.

EJECUCIÓN: Se realizó de forma prospectiva un estudio de cada paciente a través de la historia clínica electrónica IANUS recogiendo la siguiente información; edad, sexo, diagnóstico, código TSI del paciente según porcentaje de

aportación en la prestación farmacéutica y coste mensual del tratamiento domiciliario. Se calculó el ahorro al sistema sanitario de cada dispensación utilizando el pvp de cada HBPM, el precio de coste del hospital y la aportación que habría realizado el paciente tratándose de una receta. Consideramos que en caso de generación de receta se prescribiría el envase menor, ajustándose al máximo al número de unidades requeridas. Se calcularon las unidades de HBPM no perdidas en domicilio.

EVOLUCIÓN: Se propuso analizar 20 días de actividad de consulta, equivalente a un mes natural.

RESULTADOS Y EFECTOS: Durante el periodo de estudio se analizaron 298 dispensaciones a 178 pacientes (edad media 76,47 (46-97); sexo: 43,82% mujeres (n=78), 56,17% hombres (n=100). El diagnóstico mayoritario fue fibrilación auricular (78%). El 86,41% (n=154) de los pacientes pertenecían al código TSI002 (10% aportación hasta un máximo de 8, o 18, según renta) de los cuales 140 llegaban al tope máximo de aportación. Se dispensaron un total de 1.257 uds de HBPM, siendo enoxaparina 40mg la más dispensada (346 uds), seguida de enoxaparina 60mg (291 uds). El mayor ahorro se produjo con bemiparina 10.000UI (3.217,02 ¢; 133 uds dispensadas), seguida de bemiparina 7.500UI (2.647,57 ¢; 147 uds dispensadas). El ahorro al sistema sanitario por la dispensación de HBPM fue de 13.079,71 ¢ en los 20 días de estudio. La media de ahorro calculado por día de consulta fue de 653,98 ¢. Se evitó la pérdida en domicilio de 175 unidades. Observamos que la dispensación de HBPM en la consulta TAO de enfermería sólo aporta ventajas al sistema sanitario y al paciente. Dispensando las unidades necesarias evitamos que el tratamiento pueda prolongarse más de lo establecido y contribuimos a la adecuada gestión medioambiental de residuos. Los datos de ahorro económico son muy favorables y la idea es fácilmente exportable a otros hospitales puesto que no supone cambios drásticos en métodos de trabajo de los servicios implicados. Creemos que a través de proyectos como este colaboramos en la utilización eficiente de los recursos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

884. ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DETECTADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: García González D, Sánchez Serrano JA, Beunza Sola M, Custodio García MJ, de Manueles Astudillo C, Calvo Hernández MV.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. paseo de San Vicente nº 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: Identificar los errores de prescripción en pacientes que acuden a urgencias, con el fin de adecuar esos tratamientos e informar acerca de los fármacos más frecuentemente relacionados con esos errores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 2 meses y medio de duración (enero hasta abril de 2016), realizado en un servicio de urgencias de un hospital de cuarto nivel. Se incluyeron todos aquellos pacientes que presentaban 3 o más fármacos cuyo tratamiento fue conciliado por el farmacéutico. La historia farmacoterapéutica domiciliaria se elaboró a partir de la realizada por el equipo médico en urgencias, los registros electrónicos de primaria y la información aportada por el paciente/cuidador.

Como criterio de error de medicación se utilizaron los criterios stop-start para personas mayores de 65 años, a parte de las duplicidades y/o interacciones claramente documentadas. No se tuvieron en cuenta los errores de medicación relacionados con la omisión del tratamiento de alguna patología.

Los errores se clasificaron de la siguiente forma: contraindicaciones por su patología, duplicidades, interacciones, duración del tratamiento y sobredosificación.

Una vez analizados todos los errores, se informó a atención primaria de los errores más frecuentemente cometidos con el fin de evitar que se produzcan y disminuir la incidencia.

RESULTADOS: Se analizó el tratamiento de 607 pacientes. El 19,6% presentaban al menos un error de prescripción, el número de errores por paciente fue 0,2. Se revisaron 4795 líneas de tratamiento. Los errores fueron los siguientes: Duplicidades: 26

- Sistema Renina Angiotensina: 7
- Terapia inhalatoria: 6
- Terapia ocular: 3
- B-bloqueantes + verapamilo o diltiazem: 2
- Protector Gástrico: 2
- Corticoides: 2
- Otros: 4

Duración del tratamiento: 3

- Doble antiagregación superior a 1 año: 3

Contraindicaciones: 57

- Tiazidas antecedentes de gota o hiperuricemia: 26

- Inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 o AINES en Insuficiencia Cardíaca o hipertensión arterial: 15
- Ivabradina en fibrilación auricular o flutter auricular: 3
- Benzodiazepinas de vida media larga en mayores de 65 años: 3
- Glibenclamida en mayores de 65 años: 4
- Antidepresivos tricíclicos en pacientes con prostatismo: 2
- Otros: 4

Interacciones: 12

- Tramadol + opiáceo mayor: 3
- Cilostazol + omeprazol: 3
- Opiáceo + benzodiazepinas altas dosis: 3
- Otros: 3

Sobredosificación: 24

- Ácido acetil salicílico >150mg/día en mayores de 65 años : 8
- Escitalopram > 10mg/día en mayores de 65 años: 3
- Zolpidem > 5mg/día en mayores de 65 años: 3
- Inhaladores: 3
- Colchicina: 2
- Otros: 5

CONCLUSIONES: Comparando los datos de nuestro estudio con trabajos similares realizados en atención primaria se aprecia un número superior de errores por paciente, debido principalmente a que en muchos de estos casos el error fue la causa del ingreso en urgencias.

Detectar estos errores e informar a los médicos prescriptores, ayuda a reducir el número de eventos adversos, visitas a urgencias o atención primaria e ingresos hospitalarios.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

423. ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES: Pascual Arce B, Delicado Alcantara A, Marti Navarro M, Muro Perea N, Perez Navarro MC, Otermin Vallejo P.

Badalona Serveis Assistencials. Via Augusta 9-13. Barcelona. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Badalona Serveis Assistencials (BSA) es una Organización Sanitaria Integrada que dispone de todos los niveles asistenciales (primaria, especializada y sociosanitaria) y provee servicios a una población de 109.000 habitantes a través de siete áreas básicas de salud (ABS), un hospital de agudos y un sociosanitario. El Servicio de Farmacia de BSA vela por el uso racional del medicamento en el continuum asistencial del paciente. El inicio del proyecto responde a la necesidad de mejorar los resultados de los indicadores de calidad de prescripción farmacéutica establecidos por el Servei Català de la Salut y optimizar la prescripción farmacéutica en atención primaria y especializada.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: El objetivo fue elaborar pautas consensuadas de tratamiento que ayudaran al cumplimiento de los indicadores y sirvieran de guía de prescripción para los médicos de primaria. Para ello, se crearon cuatro grupos de trabajo con representación de todos los niveles asistenciales y Farmacia (farmacología urológica, antiulcerosos, hipolipemiantes y antiosteoporóticos). La estrategia a seguir dependió del tipo de indicador: selección farmacológica o hiperprescripción. Los resultados se evaluaron mediante el seguimiento de los indicadores globales y por ABS entre marzo 2015 y febrero 2016.

EJECUCIÓN: Con la implicación de la dirección asistencial, se realizó una reunión inicial con cada uno de los grupos de trabajo siguiendo una estructura similar: definición de indicadores de prescripción de Catsalut con la información de los objetivos a alcanzar, situación inicial de cada una de las ABS y propuestas de mejora a consensuar.

EVOLUCIÓN: El grupo de farmacología urológica elaboró un protocolo clínico de tratamiento de vejiga hiperactiva e hiperplasia benigna de próstata; el grupo de antiulcerosos elaboró un algoritmo de indicación de gastroprotección con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y una tabla de indicación/dosis del IBP de elección (omeprazol); el grupo de hipolipemiantes consensuó un algoritmo de decisión clínica de inicio de tratamiento y selección de estatinas recomendadas (simvastatina, pravastatina y atorvastatina a dosis altas) y el de antiosteoporóticos, un algoritmo de decisión de selección de fármacos recomendados (bifosfonatos y calcio más vitamina D). Fueron necesarias una media de 2.5 reuniones de seguimiento por grupo. Los documentos consensuados resultantes se presentaron en sesión en todas las ABSs.

RESULTADOS Y EFECTOS: Se observó una mejora global de los indicadores entre marzo 2015 y febrero 2016. Indicadores de selección (calculados como porcentaje de prescripción del fármaco de elección respecto al resto del grupo); antiulcerosos: de 86,95% a 89,18%; hipolipemiantes: de 79,67% a 80,46% y antiosteoporóticos: de 63,78% a 67,25%. Indicadores de hiperprescripción (calculados como DHD estandarizada por población): prevalencia de IBPs y antiosteoporóticos pasó de 154,16 y 14,69 DHD inicialmente, a 151,53 y 13,72 DHD respectivamente. A nivel individual, todos los ABSs mejoraron los indicadores excepto uno, que se mantuvo sin cambios. Destacó el incremento de un 15,21% en la prescripción de bifosfonatos recomendados y de un 5,14% de omeprazol en ABS-3. El indicador global de prescripción mejoró en 98 puntos (de 190 a 288). En conclusión, la estrategia planteada logró mejorar los indicadores de prescripción farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1141. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: VICENTE SANCHEZ S, GALINDO RUEDA MDM, VALDERREY PULIDO M, MUÑOZ CONTRERAS MC, GONZALEZ LOZANO E, DE LA RUBIA NIETO MA.

HSPTAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra Madrid-Cartagena s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la evolución en el perfil de prescripción y en el gasto farmacéutico de distintos fármacos para el tratamiento de la osteoporosis en un área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional descriptivo de 5 años de duración (2010-2015) realizado en un área de salud integral (atención primaria y especializada). Los fármacos analizados fueron: anticatabólicos o antirresortivos como bifosfonatos, raloxifeno, bazedoxifeno y calcitonina; anabólicos u osteoformadores como teriparatida y hormona paratiroidea; otros como ranelato de estroncio y denosumab. Se calcularon las Dosis Habitante Día anuales (DHD=DDD/1.000 habitantes/día) y el gasto en receta de cada uno de los fármacos. Durante estos años se han realizado diversas actividades por parte del farmacéutico especialista encaminadas a la promoción del uso racional del medicamento como son la realización de informes de evaluación basados en la evidencia sobre eficacia, seguridad y eficiencia de los fármacos, la información a los facultativos prescriptores a través de sesiones clínicas presenciales en los centros de salud, y la creación de consultas para la revisión de los tratamientos mediante la facilitación de listados de pacientes. Además se comunicaron de forma directa las alertas sobre seguridad publicadas por el ministerio de sanidad (en el caso de calcitonina y ranelato de estroncio).

RESULTADOS: Tras analizar el período de estudio (2010-2015) se constató una disminución progresiva de las DHD en el caso de raloxifeno (2,12 a 0,67), teriparatida (0,26 a 0,19), hormona paratiroidea (0,17 a 0), calcitonina (1,53 a 0,02) y bifosfonatos (4,4 a 1,5) y un aumento en el caso de bazedoxifeno (0 a 0,58) y denosumab (0 a 4,1). La disminución del consumo de dichos fármacos en el año 2015 con respecto al 2010 fue del 68,4% en raloxifeno, 27% en teriparatida, 100% en hormona paratiroidea, 98,7% en calcitonina, 64,2% en bifosfonatos y 99,4% en ranelato de estroncio. En cambio se produjo un aumento del consumo de denosumab (100% con respecto al 2010 y 97,1% con respecto a 2011) y de bazedoxifeno (100% con respecto a 2010 y 65,6% con respecto a 2011). En el año 2010 el gasto en receta fue de 2.650.907,40 €, mientras que en 2015 de 947.569,28 €, por lo que disminuyó un 64,3%. El ahorro global durante los 5 años de estudio fue de 1.703.338,12 €. Los fármacos que contribuyeron en mayor medida a disminuir el gasto farmacéutico fueron los bifosfonatos con un 48,5%, calcitonina con un 16,3%, ranelato de estroncio con un 11%, y hormona paratiroidea con un 10,4%.

CONCLUSIONES: Los hábitos de prescripción en Atención primaria para el tratamiento de la osteoporosis han experimentado una importante evolución a lo largo del tiempo. Las diversas actividades realizadas por parte del servicio de farmacia parecen contribuir a optimizar los tratamientos y, en consecuencia, ayudar a reducir el gasto farmacéutico. A la vista del espectacular aumento en el consumo de denosumab sería conveniente un estudio de adecuación de la prescripción-indicación del medicamento.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1065. ESTUDIO PILOTO DE LA ADECUACIÓN DE LA DOSIS DE SITAGLIPTINA CON O SIN METFORMINA A LA FUNCIÓN RENAL DEL PACIENTE

AUTORES: FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, MACÍA FUENTES L, LAMAS LÓPEZ M, PÉREZ DOMÍNGUEZ N, RIGUEIRA GARCÍA AI, PUENTE MARTÍNEZ P.

HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Camino de Herreros, 6. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar el grado de adecuación de la posología de sitagliptina en monoterapia o en combinación con metformina según la función renal (FR) de acuerdo con la Guía de Equivalentes Terapéuticos (GET).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado en un hospital comarcal en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados con prescripción de sitagliptina 25 y 50 mg durante los 6 meses posteriores a la actualización de la GET (Noviembre 2014).

Se recopiló de la aplicación Farmatools® todas las dispensaciones realizadas de sitagliptina 25 mg y una muestra de las de sitagliptina 50 mg.

Se elaboró una hoja de cálculo Excel® con los datos: servicio prescriptor, fármaco dispensado, filtrado glomerular (FG), posología de sitagliptina y de metformina (si procede), ajuste correcto a FR en ambos fármacos, intervención farmacéutica realizada, adecuación a la GET y antidiabético oral según historia de atención primaria (AP) (OMI-AP®). Las variables estudiadas fueron: % de intervenciones farmacéuticas realizadas, % prescripción correcta de dosis en función del FG y % de adecuación a la GET.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 33 pacientes con dispensación de sitagliptina 25 mg y de 46 con sitagliptina 50 mg.

En el grupo de sitagliptina 25 mg la mediana de FG fue de 37,5 mL/min (6-84). La distribución por servicios fue: 60% para medicina interna (MI), 15% para cardiología (CAR) y el resto otros servicios. El 60,6% tenían una dosis prescrita de 25mg/día, el 30,3% de 25mg/12h; en 2 casos no se encontró información. 8 pacientes tenían prescripción concomitante de metformina, el 50% ajustada correctamente. Se hizo intervención farmacéutica constatada en 3 casos, consistentes en sugerir aplicación de equivalencia ajustada a FG. En el 33,3% de los casos se constató una infradosificación del fármaco.

Los pacientes con sitagliptina 50 mg presentaban una mediana de FG de 57 mL/min (20-90). Eran 52% de MI, 15% de neumología y otros servicios. El 71,7% tenían pauta de sitagliptina 50/12h y el 28,3% de sitagliptina 50/día. 32 pacientes tenían prescripción concomitante de metformina: 850 mg/12h (46,8%) y 1000 mg/12h (43,7%), con un ajuste adecuado de dicho fármaco en un 59,4% de los casos. En cuanto al grado de adecuación a la GET, un 65,2% cumplían las recomendaciones recogidas en ésta, mientras que en el resto de los casos se encontró mayoritariamente un problema de sobredosificación (75%). Se realizó intervención farmacéutica en 8 casos, todas ellas dirigidas a la aplicación del equivalente terapéutico ajustado a la FG del paciente.

En el total de casos analizados, se detectaron 6 pacientes con prescripción de glimepirida en la historia de AP, en los que estaría contraindicada por sus valores de FG (

CONCLUSIONES: La publicación de la GET en el hospital con recomendaciones posológicas para sitagliptina con o sin metformina según el grado de función renal no ha sido suficiente para conseguir un uso adecuado de las mismas.

Se requiere reforzar la información del ajuste de dosis de los antidiabéticos orales en el hospital, y extender la misma a AP.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

392. ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y ENDOCRINOLÓGICOS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

AUTORES: RAMUDO CELA L, Yáñez Rubal JC, Zas García MI, Fernández Fernández E, Martín Herranz I.

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas. Universidade da Coruña (UD. Xubias de Arriba, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: El TAC (tratamiento asertivo comunitario) es uno de los modelos de programas de seguimiento y cuidado de personas con trastorno mental grave en la comunidad, sin la necesidad de estar ingresadas en un hospital; la finalidad última es mejorar la respuesta clínica mediante la integración social.

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de complejidad farmacoterapéutica y el perfil de tolerancia a la medicación antipsicótica prescrita en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estudiaron todos los pacientes incluidos en el programa que acudían a las revisiones evolutivas de psiquiatría en nuestro centro. Es un estudio observacional transversal con variables demográficas (edad, sexo) y variables que evidencian la complejidad farmacoterapéutica (diagnóstico, número de medicamentos, politerapia de antipsicóticos, prescripción de antipsicótico depot de larga duración, tratamiento antihipertensivo, antidiabético e hipolipemiente). Como criterios de síndrome metabólico se utilizan los propuestos por la American Heart Association (AHA, 2014): hipertensión arterial (TAS/TAD >140/90 mmHg), obesidad abdominal (circunferencia abdominal >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres), hipertrigliceridemia (TG>150 mg/dl) dislipemia HDL (HDL<100mg/dl). Se considera positivo con 3 o más de estos criterios. Se considera hiperprolactinemia si prolactina (PRL) >18 ng/mL en hombres y PRL>29 ng/mL en mujeres). Fuente de datos: Historia clínica electrónica (IANUS®) y hojas de seguimiento de enfermería de TAC. El estudio estadístico descriptivo se realiza con el software Stata® 12.1.

RESULTADOS: El número de pacientes a estudio es de 72 pacientes, 45 hombres (62,5%) y 27 mujeres (37,5%), edad $48,4 \pm 12,9$ (20-87) años. Los diagnósticos son: esquizofrenia paranoide 70,8% de los pacientes, trastorno bipolar 20,8%, trastorno esquizoafectivo 2,8%, trastorno delirante crónico 2,8%, depresión mayor 1,4%, trastorno límite de personalidad 1,4%. Número de medicamentos total: $6,4 \pm 3$ (1-12). En cuanto a los antipsicóticos: sin antipsicótico 1,4%, monoterapia 30,5%, biterapia 41,7%, triterapia 20,8% y tetraterapia 5,6%. El 57% de los pacientes tienen prescrito antipsicóticos depot. El 11,1% de los pacientes están a tratamiento antihipertensivo, un 18,1% con hipolipemiantes y un 15,3% con antidiabéticos. Según los criterios de la AHA que definen el síndrome metabólico: Hipertensión arterial 36,1% de los pacientes, Obesidad abdominal 68,1%, hipertrigliceridemia 42,3%, dislipemia HDL 55,7%, hiperglucemia en ayunas 22,2%. Cumplen más de tres criterios el 50% de los pacientes.

El 55,1% de los pacientes presentan hiperprolactinemia (PRL $29,2 \pm 27,4$ (1,1-110,1) ng/mL).

CONCLUSIONES: 1/ Se constata una elevada utilización de politerapia antipsicótica (68,1% de los pacientes) que, aunque puede reflejar la complejidad de las patologías tratadas, no concuerda con las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales en lo relativo al manejo de antipsicóticos.

2/ La mitad de los pacientes de la población a estudio tienen tres o más criterios AHA de síndrome metabólico lo que implica un riesgo aumentado de aterosclerosis y enfermedad vascular periférica, enfermedad coronaria e infarto de miocardio, infarto cerebral o diabetes mellitus tipo II.

3/ El 55,1% de los pacientes presentan niveles séricos elevados de prolactina lo que coincide con la bibliografía sobre la incidencia de este efecto adverso de los antipsicóticos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

499. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

AUTORES: MANZANO GARCIA M, SABORIDO CANSINO C, HARO MARQUEZ C, TRISTANCHO PEREZ A, CANTILLANA SUAREZ M, GUZMAN RAMOS MI.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. Carretera Cadiz s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad de la prescripción de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo dos (SGLT-2) en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en un área de gestión sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de pacientes diagnosticados de DM2, que estaban en tratamiento con inhibidores de SGLT-2 en el periodo de tiempo de noviembre-15 a enero-16.

Las variables analizadas fueron: datos demográficos, índice de masa corporal (IMC), principio activo (dapagliflozina, canagliflozina, empagliflozina), dosis y tratamiento concomitante (Metformina (MET), sulfonilureas (SU), Insulinas, inhibidores dipeptidil-peptidasa 4 (DDP-4) y/o repaglinida).

Las variables de medida de la eficacia fueron niveles basales de glucosa y hemoglobina glicosilada (HbA1c) y variación de esos niveles a las 24 semanas.

La variable de medida de seguridad fue variación del filtrado glomerular (FG).

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

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 139 pacientes, con una edad media de $63,49 \pm 9,97$ años. El 51,8% (n=72) de los pacientes eran mujeres. Tan solo en un 14,39% (n=20) de los pacientes existían datos de IMC, y todos ellos presentaban IMC mayor de 30.

El 65,47% (n=91) de los pacientes estaban en tratamiento con dapagliflozina, el 23,02% (n=32) con empagliflozina y el 11,51% (n=16) con canagliflozina, todos a dosis habituales, excepto 3 pacientes a los que se le aumentó la dosis de empagliflozina y 2 pacientes con dapagliflozina a los que se le redujo la dosis.

En relación al tratamiento concomitante, los pacientes presentaron principalmente MET combinada con inhibidores de SGLT-2 en un 24,46% (n=34), seguida de la combinación con MET y DDP-4 más inhibidor de SGLT-2 en un 14,39% (n=20). En un 12,95% (n=18) de los pacientes presentó combinación con insulina e inhibidor de SGLT-2. El 4,32% (n=6) de los pacientes fueron tratados en monoterapia con inhibidores de SGLT-2.

En 71,94% (n=100) de los pacientes presentaban datos en relación a la media de HbA1c basal, la cual fue de $8,71 \pm 1,58\%$.

La media de variación a las 24 semanas solo se pudo obtener en un 28,06% (n=39) de los pacientes la cual fue de $-0,84 \pm 1,16\%$.

En 76,26% (n=106) de los pacientes presentaban datos en relación a la media de glucemia basal, la cual fue de $181,11 \pm 59,13$ g/dl.

La media de variación a las 24 semanas solo se pudo calcular en un 42,45%(n=59) de los pacientes, la cual fue de $-32,52 \pm 53,55$ g/dl.

Sólo en 31(22,3%) de los pacientes se obtuvieron datos en relación a la seguridad. De ellos, en 17(54,84%) pacientes no existió modificación del FG. En 11(35,48%) pacientes de 31 presentaron un menor FG, con una media de reducción del FG de $5,69 \pm 15,25$ ml/min. Tres de los pacientes (9,68%) presentaron mejoría en el FG de $6,44 \pm 6,47$ ml/min.

CONCLUSIÓN: El tratamiento resultó eficaz en relación a las variables analizadas, aunque sería necesario un mayor seguimiento de los pacientes por parte del clínico.

En relación a la seguridad, ningún paciente con insuficiencia renal fue tratado con inhibidores SGLT-2.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

123. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES AL ALTA HOSPITALARIA: OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES: Castells Lao G, Mensa Vendrell M, Sánchez Preto A, Miana Mena MT, López Suñé E, Codina Jané C. Hospital Clínic de Barcelona. Calle Villarroel 170. Barcelona. España

OBJETIVOS: diversos trabajos ponen de manifiesto la sobreutilización de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes ingresados y ambulatorios. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación de la prescripción de IBP al alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio transversal realizado en un hospital universitario de tercer nivel de 700 camas, en el que se analizaron los tratamientos al alta hospitalaria prescritos a lo largo de un día. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, especialidad médica o quirúrgica, IBP prescrito, indicación terapéutica (IT), posología, fecha de finalización e interacciones farmacológicas relacionadas con IBP. Las IT se clasificaron según el protocolo de utilización de IBP del área sanitaria correspondiente, incluyendo: dispepsia, reflujo gastroesofágico, hemorragia digestiva alta (HDA), úlcera gástrica/duodenal, síndrome Zollinger-Ellison, tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* y prevención de gastropatía por AINE o antiagregantes según criterios establecidos.

RESULTADOS: se revisó el tratamiento de 74 pacientes (46% mujeres) con una media de edad de 60,3 años. Quince de los tratamientos no incluían IBP y no existía IT para ser prescrito, por lo que se consideraron correctos. En 59 tratamientos (79,7%) constaba la prescripción de un IBP siendo inadecuada en 33 casos (56%). La principal IT fue la prevención de gastropatía por AINE (n=21), no cumpliendo los criterios de prescripción establecidos en 8 tratamientos; de las 13 prescripciones correctas, 12 cumplían la indicación de IBP en el uso concomitante con glucocorticoides, anticoagulantes o antiagregantes. La segunda IT más frecuente fue la profilaxis de sangrado en pacientes con dosis bajas de AAS y/o clopidogrel (n=11), no cumpliendo los criterios de prescripción 3 de ellas. Se prescribió IBP en 5 pacientes con diagnóstico de HDA. En 22 tratamientos al alta (29,7%) no se detectó ninguna indicación apropiada para la prescripción de IBP, aunque en 10 se encontraron fármacos que podrían aumentar el riesgo de sangrado. Del total de prescripciones al alta, 30 pertenecían a especialidades médicas y 44 a quirúrgicas, siendo inadecuadas el 43,3% y el 47,7% respectivamente. El IBP prescrito con mayor frecuencia fue omeprazol (n=51) y el resto pantoprazol. Las posologías se adecuaban, en todos los casos, a las IT. Del total de tratamientos al alta con IBP prescrito, no se indicó la fecha de finalización en 52 de ellos. Se detectaron dos interacciones, ambas con fluconazol.

CONCLUSIONES: la prescripción inadecuada de IBP al alta hospitalaria es muy elevada en nuestro centro, existiendo una sobreprescripción evidente. A pesar de tratarse de un grupo farmacológico con un buen perfil de seguridad, se recomienda evitar la utilización innecesaria de estos fármacos. Se presenta una oportunidad de intervención farmacéutica en la desprescripción de IBP, así como en la formación de los prescriptores sobre su uso adecuado.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

103. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN POR RECETA MÉDICA A TRAVÉS DE INDICADORES

AUTORES: SANTIAGO PEREZ A, PEREZ MORALES A, PEÑA PEDROSA JA, BILBAO GÓMEZ-MARTINO C, ARIAS FERNÁNDEZ ML.

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. C/PROFESOR MARTIN LAGOS S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar el resultado de las intervenciones sobre la prescripción de receta médica realizadas por facultativos de atención especializada en dos grupos farmacológicos, a través de la evolución en indicadores de prescripción.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo en el que se analizó la variación en los indicadores de prescripción recogidos en el contrato programa de un centro hospitalario de tercer nivel, tras una intervención sobre

dos grupos farmacológicos: Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) e Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina (ISRA).

El indicador de IBP se define como: Dosis Diaria Definida (DDD) de omeprazol respecto al total de DDD de IBP prescritos en receta. El de ISRA: % DDD prescritas de Antagonistas de receptores de angiotensina y sus combinaciones o aliskiren, en relación al total de fármacos que afectan al sistema renina angiotensina.

Las intervenciones analizadas se realizaron a lo largo de los años 2012 y 2013, siendo el periodo de seguimiento los años 2014 y 2015. En el caso de los IBP la intervención fue la elaboración y difusión a los prescriptores de un documento de consenso multidisciplinar en el que se ofrecía evidencia y recomendaciones para el uso preferente de omeprazol frente al resto de IBP, tanto en atención primaria como especializada. Para los fármacos ISRA la intervención consistió en sesiones formativas a los principales servicios prescriptores con la evidencia disponible en la selección de estos fármacos según la indicación terapéutica. Se realizaron reuniones trimestrales con los responsables de los servicios con mayor peso en los indicadores para hacer un seguimiento de los mismos durante el periodo de estudio. Los datos de prescripción por receta se obtuvieron del programa Business Objects® explotando la base de datos Farmadrid, del Servicio Madrileño de Salud. El análisis de los datos se realizó con Microsoft® Excel®.

RESULTADOS: Al final del periodo de seguimiento la variación interanual para el global del centro en los indicadores resultó en una mejoría de +0,5% para el de IBP y de -0,7% para el de ISRA. Al analizar la variación en el mensual acumulado de cada año, se observó una tendencia de mejora continua para el objetivo de IBP durante el año 2014 con una correlación positiva y un coeficiente $r^2=0,9254$ según el método de ajuste de mínimos cuadrados, sin embargo en 2015 no continuó esta tendencia.

Al analizar los principales servicios prescriptores para ambos grupos farmacológicos, se encontró una mejora del indicador de IBP en los servicios de Cardiología (+19,9%), Psiquiatría (+2,5%) y Traumatología (+1,3%), pero no en Digestivo (-0,4%), Medicina Interna (-4%) y Reumatología (-0,3%). En el de ISRA la mejora se encontró en los de Cardiología (-5%) y Medicina Interna (-4%), pero no en Endocrinología (+4%), Nefrología (+7%) y Neurología (+1%).

CONCLUSIONES: Las intervenciones realizadas para influir en la prescripción de receta médica en los grupos farmacológicos de IBP e ISRA han tenido un resultado positivo aunque modesto, por lo que se debería seguir trabajando en ello.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

255. FACTORES DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: RODRÍGUEZ SAMPER MC, SOLA MORENA MD, DE MORA ALFARO MJ, GONZALEZ MORAL ML. HOSPITAL GENERAL DE VILLARROBLEDO. Avenida Miguel de Cervantes s/n. Albacete. España

OBJETIVO Identificar los factores de riesgo de hospitalización en pacientes mayores de 65 años polimedificados en el ámbito de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo desde Abril a Mayo 2015. Se incluyeron pacientes > 65 años polimedificados (con 7 o más fármacos) adscritos a un centro de salud urbano. Se contabilizaron medicamentos prescritos de forma ambulatoria activos con duración > 6 meses, excluyendo absorbentes, nutrición enteral, sondas o apósitos. La aleatorización de la muestra fue realizada a través de Excel 2010 con grado de confianza del 95% y precisión del 5%. Las historias clínicas de cada paciente fueron revisadas través de Mambrino XXI® y se accedió desde Turriano® a los datos de prescripción electrónica en AP.

Las variables recogidas fueron; sexo, edad, número de fármacos prescritos > 6 meses, enfermedades crónicas, prescripción potencialmente inapropiada (PPI) según los criterios STOPP- START versión 2, prescriptores relacionados con el tratamiento ambulatorio y de ingresos hospitalarios durante el último año (marzo 2014-marzo 2015).

El análisis estadístico se llevó a cabo desde el programa SPSS 19.0. Para el análisis de los factores de riesgo asociados al ingreso hospitalario, se realizó una regresión logística incluyendo aquellas variables que el análisis univariante mostraron tendencia a la significación ($p < 0,20$) frente al ingreso hospitalario.

RESULTADOS: A partir de una población de 2.247 pacientes > 65 años polimedificados con 7 o más fármacos, se evaluó una muestra aleatoria de 224, 138 (61,6%) mujeres y 86 (38,4%) hombres, con una mediana de edad de 79 años (74-85). La mediana de fármacos/paciente fue de 10 (8-12). Se registraron un total de 848 enfermedades crónicas (mediana de 4 enfermedades/paciente). 240 prescripciones cumplían algún criterio STOPP- START (212 criterios STOPP y 28 START) en 150 pacientes, con una mediana de 1 PPI paciente (1-2).

Respecto el número de prescriptores relacionados con el tratamiento crónico en AP, se observó una mediana de 3/ paciente (2-3). Hubo 43 ingresos hospitalarios en 38 pacientes con una mediana de 1/ paciente.

Tras el estudio univariante, las variables sexo, número de fármacos, criterios START y número de prescriptores estaban relacionadas con la variable ingreso hospitalario ($p < 0,20$).

Tras la regresión logística bivalente, se observó que al aumentar el número de fármacos [OR ajustada: 1,196 (1,036-1,381)] y/o la omisión de estos [OR ajustada: 4,449 (1,563-12,664)], aumentaba el riesgo de ingreso hospitalario, siendo estas variables, factores de riesgo. En el caso de la variable sexo [OR ajustada: 0,219 (0,1-0,478)] y número de prescriptores [OR ajustada: 0,645 (0,467-0,890)], se observó que el ser mujer y/o tener un mayor número de prescriptores relacionados con el tratamiento, estaba asociado a menor ingreso, siendo ambas, factores protectores.

CONCLUSIÓN: La revisión de los tratamientos desde el ámbito de AP, así como la identificación de factores que conllevan un incremento de riesgo de reingreso, podría permitir diseñar estrategias de intervención que ayudasen a la prevención del mismo y al alcance de mejoras en seguridad y eficacia de las terapias, junto la participación activa del paciente y profesionales de la salud.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

175. IMPACTO ANUAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Sánchez Rubio F, Marco del Río J, Romero Candel G, Díaz Rangel M, Domingo Chiva E, Victorio García L. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. Hermanos Falcó, s/n. Albacete. España

OBJETIVOS: La conciliación de medicamentos es el proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación domiciliar de un paciente, compararla con la prescripción activa a su ingreso, analizarla y resolver las posibles discrepancias encontradas.

El objetivo del estudio fue describir, analizar y evaluar los resultados al año de haber implantado un circuito de conciliación de la medicación al ingreso en tres Servicios médicos de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de un año de duración (15 febrero de 2015 - 15 febrero 2016). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en los Servicios médicos de Digestivo, Neumología y Neurología y que tomaban tres o más medicamentos de forma crónica en su domicilio.

Se diseñó y estandarizó una hoja de recogida de datos, que tras revisar la historia clínica, consultar la medicación en Atención Primaria, y realizar una breve entrevista estructurada a los pacientes, sirvió para el desarrollo del proceso de conciliación dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.

Las discrepancias detectadas se registraron y clasificaron según el ☐ Documento de consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación de la SEFH ☐ y los errores de medicación encontrados se comunicaron al médico a través del programa de historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Se cuantificó también, el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas.

RESULTADOS: Se incluyeron 352 pacientes (58.5% hombres) con una media de edad de 77.35 ± 7.05 años. La media de fármacos que llevaban como tratamiento domiciliario fue de 6.79 ± 2.95 y la de fármacos al ingreso fue de 9.48 ± 3.08 .

Se detectaron 577 discrepancias correspondientes a 231 pacientes, de las cuales 486 no requirieron aclaración [a) decisión médica de no prescribir un medicamento en función de la nueva situación clínica: 36.2%; b) decisión médica de cambio posológico, frecuencia o vía de administración de un medicamento en función de la nueva situación clínica: 11.4%; c) inicio de una nueva medicación justificada por la situación clínica: 7.6%; y d) sustitución terapéutica según el programa de equivalentes terapéuticos de nuestro centro: 44.8%] y 91 sí que la requirieron [a) omisión de tratamiento: 95.6%, y b) prescripción incompleta: 4.4%].

Se realizaron un total de 271 IF, que tuvieron un grado de aceptación del 84.5% por parte del equipo médico.

Los principales grupos de fármacos implicados fueron los antihipertensivos, hipolipemiantes y antiulcerosos gástricos.

CONCLUSIONES: A pesar de que el circuito de conciliación lleva instaurado solamente un año en nuestro centro, las IF realizadas por el Servio de Farmacia han conseguido una elevada tasa de aceptación (84.5%) por parte de los Servicios médicos implicados.

La mayoría de las discrepancias detectadas se relacionan con las patologías crónicas más prevalentes, como son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la prevención de la úlcera péptica.

Gracias a la implementación del programa de conciliación se lograron disminuir errores en la medicación y mejorar así la calidad asistencial de nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

388. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD PENITENCIARIO: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS

AUTORES: PEREZ ESPAÑA Z, LOIZAGA DIAZ I, IBARROLA IZQUIERDO I, MARTINEZ AGUIRRE I, ISUSI SAN MARTIN L, YURREBASO IBARRECHE MJ.

HOSPITAL BASURTO. Avda. Montevideo N°18. Vizcaya. España

OBJETIVO: Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas mediante la validación de la prescripción electrónica integrada en la historia clínica en un centro de salud penitenciario (CSP), tras la integración del farmacéutico en el equipo asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras la transferencia de la sanidad penitenciaria a la comunidad autónoma (2011), el depósito de medicamentos del CSP quedó adscrito al servicio de farmacia del hospital de referencia. En 2014 se llevó a cabo la integración de un farmacéutico especialista en el CSP y en 2015 se implantó la prescripción electrónica. Se registraron las intervenciones farmacéuticas realizadas desde junio 2015 hasta abril 2016. El estudio se realizó en un centro de 250 internos, de los cuales actualmente 160 tienen prescripción activa (105 en el sistema de unidosis). La información de la medicación habitual para la conciliación de tratamiento se recogió de la historia clínica electrónica en los ingresos procedentes de la misma comunidad autónoma. Sin embargo, en los casos procedentes de otros CSP de otra comunidad, la información se obtuvo mediante la «hoja resumen de conducción» en la que se transcribe el tratamiento del interno en el centro procedente.

RESULTADOS: Se validaron 1320 ordenes médicas: 223 ingresos (conciliación de tratamiento) y 1097 modificaciones de tratamiento (ajuste de medicación psiquiátrica y tratamiento agudo). Se registraron 106 intervenciones farmacéuticas, el 77% corresponde a las realizadas en la conciliación de tratamiento al ingreso y el 23% están relacionadas con las modificaciones de la medicación durante la estancia. Llama la atención que un 60% de las discrepancias en la conciliación de tratamiento al ingreso, se detectaron en internos procedentes de CSP de otras comunidades autónomas. Las intervenciones farmacéuticas realizadas fueron las siguientes: modificación de la dosis (13%, la mayoría por dosificación excesiva), omisión del medicamento (10%), frecuencia de administración (10%), modificación de la duración del tratamiento (9%), duplicidad terapéutica (5%), interacciones (5%), medicamento equivocado (2%), discrepancias por comisión (2%) y modificación de la forma farmacéutica (2%). El 42% restante corresponde a los intercambios terapéuticos realizados para la adaptación de la prescripción a la guía farmacoterapéutica del hospital de referencia (siempre con la conformidad del médico responsable). El grado de aceptación de las intervenciones por los médicos responsables fue de un 95%.

CONCLUSIÓN: Las discrepancias detectadas con más frecuencia fueron las relacionadas con la dosis, omisión y frecuencia de administración del medicamento, siendo en la conciliación al ingreso cuando más errores de medicación se detectaron (principalmente en internos procedentes de otra comunidad autónoma). Por lo tanto, la integración del farmacéutico especialista y la implantación de la prescripción electrónica en el CSP juega un papel fundamental para promover la seguridad, eficacia y la optimización terapéutica en cada transición asistencial.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

282. IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL COMO MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES

AUTORES: García Gimeno M, Sánchez Suárez S, Abad Carrascosa P, González González J, Ortiz Vega M. Hospital de El Escorial. Carretera M600 de Guadarrama a El Escorial Km 5,600. Madrid. España

OBJETIVO: Conciliación al ingreso para garantizar que los pacientes reciban los medicamentos necesarios prescritos previamente y adecuarlos a la nueva situación asistencial para evitar omisiones, errores de dosis, duplicidades e interacciones.

Colaborar en la continuidad asistencial al alta, con la integración del informe de conciliación en la historia clínica única del paciente (HORUS).

MATERIAL Y MÉTODOS: El proyecto de conciliación ha sido uno de los Objetivos planificados por parte del Servicio de Farmacia (SF) en nuestro sistema de calidad, basado en las Normas ISO 9001:2008. Se llevó a cabo en pacientes mayores de 70 años, polimedicados con 6 o más fármacos, ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

Las metas establecidas para la consecución del objetivo fueron: (i) la elaboración de un procedimiento específico, (ii) la comunicación del procedimiento a la Dirección Médica y (iii) la conciliación de los pacientes al ingreso y al alta. El médico internista (MI) selecciona el paciente candidato a conciliación. El farmacéutico (F) obtiene la información de la medicación previa del paciente a través de informes, entrevistas e incluso revisa la ☐bolsa☐ de medicación. Elabora un formulario de conciliación que se integra en la historia única del paciente (SELENE). En el caso de que los errores detectados sean relevantes se contacta con el (MI). El (F) interviene en cada cambio de tratamiento o de situación del paciente.

Al alta hospitalaria: al paciente se le entrega una hoja gráfica con la medicación (FARMAFACIL) y el informe de conciliación, validado y generado, por el (MI) se integra en (HORUS). El (F) genera una alerta que llega al BUZGEN del centro de salud con un aviso que informa que se ha conciliado un paciente.

RESULTADOS: La dos primeras metas se realizaron en el plazo de tres meses. En cuanto a la tercera se realizó de abril de 2015 a marzo de 2016. Se han conciliado al ingreso 28 pacientes: 14 hombres y 14 mujeres. El número de errores de medicación detectados al ingreso han sido 58: 13 recomendaciones de desprescripción, 11 cambios de fármaco, 26 cambios de posología, 6 errores por omisión y 2 intolerancias. Los facultativos han aceptado el 81,27 % de las recomendaciones. Al alta se han conciliado 26 pacientes, de ellos a 23 pacientes se les ha entregado hoja gráfica de medicación. El número de recomendaciones al alta han sido 113, de ellas 34 han sido de desprescripción, 31 de cambio de fármaco, 45 cambios de posología y 3 duplicidades.

CONCLUSIONES: La conciliación de la medicación en pacientes ancianos polimedicados ha supuesto la detección de errores de medicación y su corrección al ingreso. El tipo de error más común ha sido el cambio de posología. La intervención del farmacéutico con acceso a la historia clínica única del paciente tiene un papel primordial en la continuidad asistencial: previene posibles errores de medicación y aumenta la eficacia de los tratamientos y la seguridad del paciente. Es fundamental la comunicación entre todos los niveles asistenciales para evitar errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

923. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONCILIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: INTERVENCIÓN Y REGISTRO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: PÉREZ MORALES J, Valencia Soto C, Martín Sances MS, Espinola García E, Vera Salieron E, Guijarro Herrera S.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LAS NIEVES. Avda de las Fuerzas Armadas N°2. Granada. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: En el Distrito Sanitario Granada-Metropolitano (DSG-M) la población institucionalizada en centros sociosanitarios (CS) supone 5001 residentes, distribuidos en 73 residencias. Actualmente el sistema de prescripción de la medicación a cargo del sistema sanitario público, se basa en el trabajo colaborativo entre el equipo médico de la residencia y el equipo médico de la Unidad de Residencias del DSG-M. El manejo de la medicación en esta población, debido a las características individuales (edad, comorbilidad y polimedicación) junto con las frecuentes transiciones entre niveles de atención sanitaria, configura una importante área de trabajo para el farmacéutico de atención primaria.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Se diseñó un protocolo de trabajo para la conciliación y adecuación de la medicación a los residentes que ingresan por primera vez en el CS o tienen una transición asistencial. Se creó una base de datos en Microsoft Access 2007® para el registro y comunicación de las intervenciones. El proyecto se presentó al equipo médico de los CS implicados y a los médicos del distrito sanitario responsables.

EJECUCIÓN: El flujo de trabajo aceptado, consensuado entre los médicos y farmacéuticos participantes, fue:

1. Los CS comunican los residentes objeto de revisión a los farmacéuticos de atención primaria del DSG-M facilitándole la información clínica disponible y la entrevista farmacéutica realizada a los responsables del paciente.
2. El farmacéutico realiza la conciliación y adecuación de la medicación, utilizando la Historia de Salud Electrónica (Diaraya®), datos analíticos y microbiológicos de laboratorio, e historial farmacoterapéutico electrónico.
3. Registro en la base de datos de: medicación activa prescrita en receta, medicación propuesta en la residencia y conciliación de ambas, registrando los tipos de discrepancia (omisión, comisión, diferente vía/dosis/pauta, medicamento equivocado, duplicidad, contraindicación, interacción, prescripción incompleta) y justificación o no de la misma. En este mismo registro se hacen propuestas de adecuación farmacoterapéutica.
4. El equipo médico de la Unidad de Residencias del DSG-M acceden a la base de datos para intervenir en las discrepancias no justificadas encontradas y en las adecuaciones propuestas. Registrando las decisiones tomadas y actualizando el tratamiento en receta electrónica del residente.
5. Finalmente se obtiene un informe resumen de las intervenciones realizadas, que se envía al equipo médico del CS para su conocimiento, firmado por el farmacéutico y médico implicados en la revisión.

EVOLUCIÓN: Experiencia en la implantación del proyecto de un mes de evolución.

RESULTADOS Y EFECTOS: Se revisaron los tratamientos de 29 residentes con una media de edad de 83 ± 8.5 años, el 80% mujeres. La media de mediación en receta electrónica y medicación propuesta en residencia fue 8 ± 4 y 7.5 ± 3 medicamentos. El número total de discrepancias fue 83, de las cuales 35 fueron no justificadas. Discrepancias totales/discrepancias no justificadas por tipo: Comisión 27/9; Diferente dosis/vía/pauta 19/10; Medicamento equivocado 2/1; Omisión 35/15. Se realizaron 27 intervenciones de adecuación de la farmacoterapia, de las que se aceptaron 20. Estos resultados iniciales obtenidos evidencian la posibilidad de mejora en la farmacoterapia de los residentes con la implantación de este servicio.

677. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN URGENCIAS: POSIBLE INDUCCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: GARCIA MARTIN M, TESTILLANO TARRERO M, HERRERO AMBROSIO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. Pº de la Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVOS: El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) recomienda en el protocolo Criterios de Selección de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs) la utilización de omeprazol como IBP más coste-efectivo.

La Comisión de Continuidad Asistencial del área sanitaria planteó la posible inducción, desde el servicio de Urgencias del Hospital, de la prescripción de otros IBPs en Atención Primaria (AP), en lugar de omeprazol.

Objetivo del estudio: detectar la posible inducción de la prescripción de pantoprazol al alta de Urgencias de un hospital terciario con una media diaria de 400 visitas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo transversal, con tres cortes en meses consecutivos.

Identificación de pacientes tratados con un IBP en Urgencias en los registros de 24h de los Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD, Pyxis MedStation 3500) disponibles en cuatro de las cinco salas de Observación.

Selección del subgrupo que recibe el alta desde Urgencias.

Registro a partir de la historia clínica de edad, sexo y juicio clínico.

Revisión de la continuación, cambio o interrupción de IBPs al alta en la Historia Clínica Unificada (HORUS), tanto en el informe de alta de Urgencias como en el tratamiento ambulatorio, transcurrido un mes.

Variable principal: continuidad de tratamiento ambulatorio con el IBP del informe de alta de Urgencias, en inicios de utilización y en continuaciones del tratamiento ambulatorio previo.

Variable secundaria: selección de omeprazol.

RESULTADOS: En los días de corte, en Diciembre 2015 y Enero y Febrero 2016, acudieron a Urgencias 302, 409 y 395 pacientes, de los que 82, 86 y 93, respectivamente, fueron atendidos en las salas de Observación con SAD.

Pacientes tratados con IBPs: 112, 53 con omeprazol y 59 con pantoprazol.

67 Ingresaron en planta de hospitalización; 45 recibieron el alta desde Urgencias, 20 hombres y 25 mujeres.

Rango de edad: 24 (53%) > 75 años; 9 (20 %) >65- 75 y 12 (27 %) > 18 □ 65 años.

Patologías más prevalentes: traumatológicas, aparatos respiratorio y cardiovascular.

De los 45 pacientes seleccionados, 21 (47%) recibieron omeprazol y 24 (53%) pantoprazol, durante su estancia en Urgencias. Predomina la vía de administración oral (60%).

Seguimiento del tratamiento al alta:

- 32 (71%) pacientes continuaron con el mismo IBP que antes del ingreso, 26 con omeprazol, 5 con pantoprazol, 1 con esomeprazol.

- 3 iniciaron tratamiento con IBP en Urgencias, 2 con pantoprazol y 1 con omeprazol, y continuaron al alta con omeprazol.

- en 7 casos, se administró un IBP exclusivamente para el episodio agudo, durante la estancia en Urgencias

- 2 continuaron con su tratamiento previo con ranitidina.

CONCLUSIONES: No se detecta inducción a la prescripción en los informes de alta del servicio de Urgencias.

No se observan modificaciones tras el alta en los tratamientos ambulatorios iniciados antes del ingreso.

Los inicios de tratamiento continuaron al alta con omeprazol de acuerdo con las recomendaciones del SERMAS.

La utilización de IBPs en Urgencias no sigue los criterios de eficiencia del SERMAS, con predominio de pantoprazol.

43. INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: BILBAO AGUIRREGOMEZCORTA J, LEKUE ALKORTA I, FLORISTAN IMIZCOZ C, HARO GONZALEZ JL, ALVAREZ DE LA FUENTE E, ARARA VIDAL MI.

HOSPITAL SAN ELOY. Av. Antonio Miranda 5. Vizcaya. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: El envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas han hecho que la mayor parte de las consultas en atención primaria (AP) y de los ingresos hospitalarios sean de pacientes crónicos pluripatológicos. En nuestra organización sanitaria, en 2012 se creó la unidad de continuidad asistencial (UCA), destinada a la asistencia integral y continuada de pacientes crónicos complejos, y en 2014 la AP y la atención especializada se integraron en única organización asistencial. Los pacientes destinatarios de estos cuidados son pacientes de edad avanzada, con comorbilidad, polimedicados, con varias atenciones en urgencias y varios ingresos hospitalarios.

FORMULACIÓN, DISEÑO Y EJECUCIÓN: El servicio de farmacia se integró en la UCA a finales de 2015, con el objetivo de coordinar la conciliación y la revisión de la medicación de los pacientes de esta unidad que ingresaran en el hospital. El proceso consiste en:

- Identificar y comunicar por mail en menos de 24 horas a todo el equipo los ingresos hospitalarios de estos pacientes.
- Entrevista de la enfermera gestora de enlace hospitalario con el paciente o cuidador. Realización del test de Barthel y test de Morisky-Green. Identificación de discrepancias entre el tratamiento habitual y el que figura en el programa de receta electrónica. Registro de los hallazgos en la historia clínica electrónica y comunicación telefónica al servicio de farmacia.
- El servicio de farmacia realiza la conciliación del tratamiento al ingreso y revisión de la medicación: criterios STOPP-START 2014 y Beers 2015, adecuación y ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal, interacciones, precauciones, contraindicaciones, duplicidades, efectos adversos y recomendaciones de las sociedades científicas. Realiza un informe con recomendaciones que registra en el evolutivo médico de la historia clínica electrónica.
- El médico internista revisa la información aportada, realiza las modificaciones oportunas y las registra en dicha historia.
- Previo al alta, los servicios de farmacia y medicina interna se coordinan para que todas las modificaciones y decisiones adoptadas se reflejen fielmente en el informe de alta y en el programa de receta electrónica.
- La enfermera de prácticas avanzadas refuerza la información sobre el tratamiento y la adherencia tras el alta en el domicilio del paciente. Realiza educación sanitaria en problemas concretos detectados y notificados en el episodio de atención primaria por el servicio de farmacia (prevención de caídas, identificación de síntomas de posibles efectos adversos, etc.).

RESULTADOS Y EFECTOS: Desde el inicio del programa a finales de 2015 se han incluido 21 pacientes (25 ingresos). Se han detectado 19 criterios STOPP, 25 criterios START y 23 criterios Beers; siendo los más frecuentes los fármacos sin indicación introducida, el inicio de IECA en la insuficiencia cardiaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada y el riesgo de síndrome inadecuado de ADH, respectivamente. Esta colaboración ha posibilitado identificar fármacos no prescritos en el programa de receta electrónica (fármacos no financiados, productos de herboristería, etc.) e interiorizar la cultura de deprescripción y búsqueda activa de tratamientos que se ajusten a las necesidades reales del paciente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

851. INTERVENCIONES EN CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: ESTAIRE GUTIÉRREZ J, ROMERO ALONSO MM, PIÑERO GARCÍA VINUESA MÁ, BOLÍVAR RAYA MA, PLATA CASAS C.

HOSPITAL INFANTA ELENA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA. CTRA. SEVILLA-HUELVA S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Valorar la implantación de un programa de conciliación de la medicación (CM) vinculado al sistema de prescripción electrónica (Silicon®) en un hospital de 220 camas perteneciente a un complejo hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como objetivo de seguridad del paciente del contrato programa de 2015 para los hospitales del Servicio Andaluz de Salud está establecido implantar la CM durante la hospitalización. Método descriptivo retrospectivo sobre la implantación de un proyecto de CM con resultados por semestres y tras una intervención realizada al final del primer semestre. Después de un proyecto piloto de CM (2014), en el que contábamos con 13 ítems para registrar las intervenciones de CM, pasamos a 4 categorías para hacer un registro más eficaz de cada caso: 1. CM1= Revisión en la aplicación de Receta XXI de todo el tratamiento e incorporación en Programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) sin discrepancias y necesario. 2. CM2= Medicamento inactivado en Receta XXI pero si incorporado a PEA. 3. CM3= Medicamento activo en Receta XXI prescindible durante el ingreso y no incorporado a PEA. 4. CM4= Medicamento activo en Receta XXI necesario y no prescrito en PEA. Estos datos son extraídos de Silicon® y trasladados a un Excel junto con variables demográficas (edad y sexo), servicio y fecha. La conciliación se ha realizado a todos los pacientes que tienen tratamiento domiciliario con necesidad de intervención durante el ingreso, sin excepción de edad.

RESULTADOS: Edad media de los pacientes: 68,11 y 51% mujeres. Primer semestre: 119 conciliaciones, por servicio: Medicina Interna n= 39, Traumatología n= 33, Cirugía n= 13, Urología n= 10, Respiratorio n= 9, Digestivo n= 5, Infecciosos n= 5, Ginecología n=3, Cardiología y Otorrino n= 1 cada uno. Segundo semestre: 191, por servicio: Infecciosos n= 47, Medicina Interna n= 44, Traumatología n=31, Urología y Respiratorio n= 17 cada uno, Urología n= 16, Digestivo n= 14, Otorrino n=4, Medicina Intensiva n= 1. Por categorías: CM1 n= 280, CM2 n= 16, CM3 n= 3, CM4 n= 11. Intervenciones realizadas: sesiones formativas para fomentar la CM en Infecciosos y Urología. El segundo

semestre respecto al primero supone globalmente un aumento del 37,7% de intervenciones en CM. En las unidades de Infecciosos y Urología durante el segundo semestre se produjo un aumento del 94% y del 17% respectivamente.

CONCLUSIONES: En las unidades en las que se ha llevado a cabo la intervención ha resultado muy efectiva en cuanto al aumento cuantitativo de los pacientes a los que se les ha realizado CM. El poner en conocimiento a los responsables de las distintas unidades de los resultados obtenidos, puede promover un mayor grado de intervención en CM. La consulta de la aplicación de Receta XXI junto con la PEA, es una herramienta que aporta agilidad y seguridad al programa.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

245. MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES MAYORES: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA

AUTORES: SIERRA SANCHEZ JF, ROJAS CORRALES MO, GAVIRA MORENO R, ALCALA SOTO A, JIMENEZ PICHARDO L, GAZQUEZ PEREZ R.

HOSPITAL DE JEREZ. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE CADIZ. CTRA. CIRCUNVALACION S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: evaluar la eficacia de una intervención para mejorar la seguridad en la prescripción de opioides mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS: análisis pre-postintervención en el que se analizó la eficacia de una intervención para mejorar la seguridad en el uso de opioides mayores en un área de salud de 450.000 habitantes. Tras detectar como punto crítico para la mejora de seguridad en el uso de estos fármacos la titulación de la dosis analgésica opiácea, se diseñó una estrategia de formación a profesionales de atención primaria y hospitalaria en la que se analizó el uso adecuado de opioides mayores y las pautas de titulación de opioides. Dado que la titulación de la dosis analgésica opioide requiere el uso de formas de liberación rápida, se definieron dos fármacos como adecuados para realizar una titulación: morfina y oxicodona. La estrategia de formación se realizó entre los meses de abril-octubre de 2015. Se definieron dos indicadores para evaluar la eficacia de la estrategia: índice de titulación de opioides mayores (ITOM), definido como $[\text{número de pacientes con prescripción de morfina u oxicodona de liberación rápida}] / [\text{número de pacientes con prescripción de opioides mayores}]$ como indicador de proceso, e intensidad de dosis (ID), definida como $[\text{DDD de opioides}] \times [\text{días}] / [\text{paciente en tratamiento con opioides mayores}]$, como indicador de resultado de seguridad. La eficacia de la intervención se midió a través de la variación de estos dos indicadores antes y después de la intervención. Los periodos comparados fueron los meses de noviembre-febrero de 2015 (periodo pre-intervención) y noviembre-febrero de 2016 (periodo post-intervención). Se analizaron también ambos indicadores para los nuevos pacientes en el periodo post-intervención. Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación corporativa de facturación de recetas.

RESULTADOS: en los periodos comparados el número de pacientes con prescripción de opioides mayores fue 5.483 y 5.842. Entre los pacientes con prescripción en el periodo post-intervención, 2.644 fueron nuevos pacientes. El ITOM en el periodo pre-intervención fue del 3,3% (N=189 pacientes), pasando a un 6,2% (N=362 pacientes) en el periodo post-intervención, diferencia estadísticamente significativa, con un incremento absoluto del 2,9%, IC95% 2,1% a 3,7%. La ID fue de 0,642 DDD/paciente-día (DE: 1,034) en el periodo pre-intervención y 0,596 DDD/paciente-día (DE: 0,764) en el periodo post-intervención. Esta reducción resultó estadísticamente significativa, con una reducción media de 0,047 DDD/paciente-día (IC95% 0,019 a 0,075; $p=0,0009$), que en términos relativos resulta del 7,3% (IC95% 3,0% a 11,6%). Estas diferencias fueron aún mayores en el caso de los pacientes nuevos en el periodo post-intervención, con un ITOM del 8,5% y una ID de 0,362 DDD/paciente-día (DE: 0,406).

CONCLUSIONES: de acuerdo con el objetivo de la formación, el ITOM se ha duplicado, si bien continúa siendo muy bajo en relación al número de pacientes que reciben tratamiento. Adicionalmente, se ha producido una mejora en el indicador de resultado de seguridad, detectándose una reducción en la intensidad de dosis que reciben los pacientes, por lo puede considerarse que la intervención ha tenido un efecto positivo en la seguridad en la prescripción de opioides mayores.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

593. REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ANCIANOS POLIMEDICADOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

AUTORES: GOMEZ TIJERO N, ASENSIO BERMEJO A, VALBUENA PASCUAL O, ARRIZABALAGA ARRIZABALO MJ, MENDIGUREN NAVASCUES MA.

HOSPITAL DE MENDARO. Bº MENDAROSABAL. Guipúzcoa. España

OBJETIVOS: - Mejorar el uso de los medicamentos y la calidad de prescripción en ancianos polimedicados de una organización sanitaria integrada (OSI), mediante revisiones de tratamientos, con el apoyo del Servicio de Farmacia.

- Fomentar la revisión de los tratamientos por parte de médicos y enfermeras de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Servicio de Farmacia impartió sesiones en dos de las cinco Unidades de Atención Primaria (UAP), dirigidas a médicos y enfermeras, acerca del uso prudente de los medicamentos, deprescripción, conciliación de la medicación y adherencia al tratamiento.

Se facilitó un dossier a cada enfermera y médico que incluía, además de guías y herramientas de ayuda, las poblaciones diana susceptibles de revisar, dividiéndose en dos grupos:

Población 1: pacientes ≥ 75 años con ≥ 5 fármacos crónicos o a demanda que presentan en su prescripción alguno de los 16 potenciales Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) preseleccionados (basados en criterios STOPP/START, BEERS o alertas de la AEMPS). Se realizó la revisión por medicamento sin la presencia del paciente, citándolo posteriormente en caso de requerir alguna modificación del tratamiento.

Población 2: pacientes ≥ 80 años con ≥ 10 fármacos crónicos o a demanda. Se realizó una revisión por paciente que consistió en una cita con la enfermera, comparando la medicación aportada por el paciente con la registrada en la historia farmacoterapéutica, valorando el cumplimiento terapéutico mediante cuestionarios de adherencia e indagando acerca de posibles dificultades o dudas del paciente en la toma de sus medicamentos; y una cita posterior con el médico, quien realizó una revisión exhaustiva del tratamiento, utilizando la información recogida por la enfermera así como las herramientas de ayuda facilitadas.

Se estableció un período de seis meses para realizar las revisiones y se registraron en la historia electrónica del paciente.

Se calcularon mediante los datos obtenidos de la herramienta informática Oracle Business Intelligent los porcentajes de tratamientos revisados, reducción de PRM y reducción de pacientes de la población 2, comparándolos con las mismas poblaciones de las UAP en las que no se realizó intervención.

RESULTADOS: Se revisaron un 82% de los pacientes diana, 491 pacientes de la población 1 (27,3 pacientes/cupo) con 610 PRM y 299 pacientes de la población 2 (12,7 pacientes/cupo), siendo fallecimiento o paciente no localizado las causas de no revisión. Los potenciales PRM en la población 1 se redujeron en un 44% en las UAP en las que se realizó intervención, frente a un 19% en el resto. La población 2 se redujo en un 22% en el grupo intervención frente a un 18% en el resto; la media de medicamentos por paciente en la población 2 no varió en el grupo intervención (12,6), mientras que aumentó de 11,9 a 12,3 en el de no intervención.

CONCLUSIONES: Las revisiones de la medicación han permitido valorar la adecuación de los medicamentos que reciben los pacientes e identificar posibles problemas relacionados con el tratamiento farmacológico, aumentando la seguridad y optimizando el mismo, especialmente en pacientes ancianos polimedicados, más vulnerables a los PRM.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

466. ¿SE ADECUA LA PRESCRIPCIÓN AL ALTA HOSPITALARIA AL ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD (ISC)?

AUTORES: MARTÍN CONDE JA, NUÑEZ RODRÍGUEZ S, DE LEON GIL JA, PLASENCIA GARCIA I, TÉVAR AFONSO E, MERINO ALONSO J.

HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE CANDELARIA. Ctra. del Rosario, 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Conocer el grado de ajuste de las prescripciones a lo establecido en el documento del Servicio Canario de Salud, definido como el porcentaje (%) de fármacos que estando implicados en el Índice Sintético de Calidad (ISC) no se ajustan respecto al número total de fármacos prescritos.

Identificar el número y tipo de medicamentos implicados

Identificar el servicio clínico implicado

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de prevalencia transversal durante el periodo desde el 6 al 14 de febrero en un Hospital Universitario de tercer nivel. Se seleccionaron todos los pacientes que fueron dados de alta de unidades clínicas que disponían de validación farmacéutica excluyéndose las unidades de psiquiatría, intensivos y urgencias. Se utilizó el aplicativo FARMATOOLS para la localización de los pacientes de alta consultándose la historia clínica en SELENE.

Los datos recogidos se trasladaron a una hoja de cálculo para su evaluación y revisión y analizados con el paquete estadístico SPSS. Las variables nominales categóricas tipo factor se analizan mediante las frecuencias relativas de sus categorías. Las variables de escala numérica se analizan mediante media, mediana, moda, desviación típica y mínimo-máximo.

Las variables analizadas fueron: edad, especialidad/servicio, diagnóstico, número de medicamentos, polimedicación, número de medicamentos de la prescripción, inclusión en el ISC y tratamiento domiciliario.

RESULTADOS: Se incluyeron 298 pacientes, de los cuales 79 no tenían disponible el informe de alta en el aplicativo SELENE.

El 57% correspondían a altas de servicios médicos y el 43% de servicios quirúrgicos.

El grupo de diagnóstico principal más frecuente fue el relacionado con procesos traumatológicos (13%), seguidos de los inflamatorios abdominales (7%) e infecciones (6,5%).

La media de medicamentos prescritos al alta fue de $5,58 \pm 3,82$ considerándose polimedicados un 43,32 % de los pacientes.

El 80,5% de los pacientes contaban con medicamentos incluidos en el ISC. La media de medicamentos incluidos en el ISC fue de $1,84 \pm 1,58$.

Un 27,63% de los medicamentos prescritos e incluidos en el ISC influyeron negativamente en el indicador, siendo los más frecuentes el grupo de estatinas, AINES y antibióticos. De éstos, el 45% ya estaban presentes antes del ingreso hospitalario.

En cuanto al número de casos que afectan al ISC negativamente, se destacan Medicina Interna, Traumatología y Cardiología. Asimismo, al agrupar por especialidades, son los servicios médicos vs los quirúrgicos los que se ajustaron en menor medida a las recomendaciones del ISC.

CONCLUSIONES: Casi la mitad de los medicamentos incluidos en el ISC que influían negativamente en el indicador estaban prescritos como tratamiento domiciliario previo al ingreso.

La no adecuación al ISC se concentra principalmente en 3 grupos farmacológicos.

Existen diferencias notables en determinadas especialidades como medicina interna o cirugía maxilofacial.

La presencia de polimedicación ocasiona una mayor afectación negativa del ISC

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

830. ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

AUTORES: GÓMEZ LLUCH MT, CONDE GARCÍA MDC, PROY VEGA B, NIETO-SANDOVAL MARTÍN DE LA SIERRA P, VALENZUELA GÁMEZ JC, HEREDIA BENITO M.

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. Avd. Constitución nº3. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: La vía ideal de acceso en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) son las fístulas arteriovenosas internas (FAVI), pero existen un alto porcentaje de pacientes que no disponen de ellas y presentan catéteres venosos centrales (CVC) a pesar del mayor riesgo de complicaciones como la bacteriemia. El riesgo de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) es de 20 respecto a 7 si se comparan pacientes con CVC y FAVI. La infección de estos CVC suele ser la causa principal de retirada del catéter, produce una alta morbilidad y supone la pérdida de un acceso vascular generalmente en pacientes que no tienen otra posibilidad de acceso para diálisis. El manejo de estas infecciones varía en función de la gravedad, tipo de catéter y necesidad de mantenerlo, pero siempre que se inicie tratamiento antibiótico intravenoso (IV) por sospecha de BRC deben extraerse previamente hemocultivos simultáneos de sangre periférica y de ambas ramas del catéter y asociarse sellado local del mismo. El objetivo del estudio fue analizar la actuación ante la sospecha y/o confirmación de infección de catéter en pacientes en HD, antes de la instauración de un protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico y retrospectivo de 2 años de duración de los pacientes sometidos a HD en los que se inició tratamiento antibiótico IV, antes de la instauración de un protocolo consensuado. Los datos registrados fueron: fecha de inicio del tratamiento antibiótico, sexo, edad, tipo de acceso venoso, localización de la infección, tipo de muestra extraída (hemocultivos, exudado de catéter u otro tipo de muestra), microorganismos aislados, antibióticos utilizados y la realización o no de sellado de catéter en los pacientes portadores de CVC.

RESULTADOS: Se analizaron 54 solicitudes de antibióticos IV para 44 pacientes, con una media de edad de $71,4 \pm 13,9$ años, el 68,5 % hombres. En el momento de la solicitud para la administración, 37 pacientes eran portadores de CVC y 17 de FAVI. En el 70,4% de los pacientes se extrajo algún tipo de muestra, la mayoría exudado de catéter y orina, pero la extracción de hemocultivos sólo se realizó en un 48,4% de los pacientes, de los cuales el 15,4% resultaron positivos. Los microorganismos aislados con más frecuencia fueron *Pseudomonas aeruginosa* (18,8%), seguido de *Escherichia coli* (15,2%), *Staphylococcus aureus* MS (12,5%) y *Staphylococcus epidermidis* (12,5%). Los antibióticos IV más utilizados fueron la combinación de vancomicina y ceftazidima (27,8%), seguido de ceftazidima y vancomicina en monoterapia. De los pacientes que poseían CVC, sólo se realizó el sellado de catéter en un 18,7%. También se realizaron 13 intervenciones farmacéuticas respecto a la adecuación del antibiótico, duración o suspensión de éste tras resultados negativos.

CONCLUSIÓN: El análisis apoya la necesidad de realizar un protocolo consensuado donde se especifiquen las normas generales de actuación, que incluya la correcta extracción de muestras, el manejo de los antibióticos y el mantenimiento o no del catéter y su sellado, así como vigilar su estricto cumplimiento.

324. ADECUACIÓN DEL USO DE VANCOMICINA IV EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: ITURGOYEN FUENTES DP, BLANCO JARAVA A, GARCÍA ESTEBAN B, ALONSO CAMPÓN E, BERROCAL JAVATO MA, MARCOS SANCHEZ F.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. Carretera de Madrid KM 114 / Toledo. Toledo. España

OBJETIVO: Describir el uso de vancomicina intravenosa (VIV) en un hospital general sin unidad de farmacocinética clínica y analizar su adecuación en cuanto a foco infeccioso (FI), dosificación y solicitud de niveles valle (NV) en tratamientos prolongados (TP). Estimar el número de pacientes que no alcanzan NV dentro de rango terapéutico (RT) con una dosificación convencional (DC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de dos meses de duración (15 febrero–15 abril 2016) en el que se incluyeron pacientes adultos que iniciaron tratamiento con VIV, excluyéndose los ingresados en cuidados intensivos. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, peso, altura, servicio de ingreso, foco infeccioso, tratamiento empírico/dirigido/profiláctico (TE/TD/TPL), dosificación inicial, uso concomitante de otros fármacos nefrotóxicos (FNT), valor de creatinina, determinación de NV tras la tercera dosis, ajuste de dosis y duración del tratamiento. Se consideró una dosificación inicial inadecuada (DII) cuando no estaba ajustada a la función renal (FR) del paciente, estimada a través de la fórmula de Cockcroft Gault, o cuando se utilizaban dosis múltiples en lugar de una dosis única en tratamientos profilácticos. Se consideró como tratamiento prolongado una duración ≥ 3 días y como NV dentro de RT valores de 10-20 mg/L. Se consideró como DC la administración de 1g/12h. El tratamiento estadístico de los datos fue realizado con el programa SPSS v22.0.

RESULTADOS: Iniciaron tratamiento con VIV 40 pacientes, 63% hombres, con una mediana de edad de 65 ± 16 años y un peso y altura medias de 72 ± 16 kg y 162 ± 10 cm respectivamente. El 54% de los pacientes ingresaron a cargo de servicios quirúrgicos. Los principales FI, quedando excluidos los tratamiento profilácticos (25%), fueron: acceso venoso central (43%), urinario (20%) y sistema nervioso central (10%). En el 55% de pacientes se utilizó la vancomicina como TE, en el 20% como TD y en el 25% como TP. La vancomicina se prescribió de forma adecuada con respecto al FI en el 77% de los pacientes, recibiendo un 82% una DC. El 66% recibió una DII. El 22% recibía tratamiento concomitante con otros FNT. El valor medio de creatinina fue de 1.1 ± 1.3 mg/dl. La duración media del tratamiento con vancomicina fue de 6.25 ± 5.5 días. El 53% estuvo en tratamiento con vancomicina ≥ 3 días, solicitándose NV únicamente en 7 pacientes (33%), no siendo válido uno de ellos por extraerse antes de alcanzarse el estado estacionario. De los 6 pacientes restantes, el 83% presentaba NV fuera de RT recibiendo una DC y se ajustó la dosis en un 80%.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la indicación de VIV fue adecuada según el FI en más del 75% de los pacientes. La dosificación fue inadecuada en 2/3 de los pacientes. Sólo se realizó determinación de NV en 1/3 de pacientes que recibieron TP con este antibiótico. La DC no fue suficiente para alcanzar NV dentro de RT en más del 80% de los pacientes monitorizados.

993. ALCANCE DEL CESE TEMPORAL DE ACTIVIDAD DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES: PASCUAL MARMANEU O, BELLÉS MEDALL MD, RAGA JIMÉNEZ C, MAIQUES LLACER J, MORENO MUÑOZ R, USO BLASCO J.

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVDA. BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: Desde abril de 2014, en un hospital de tercer nivel con 580 camas, se implementó el programa multidisciplinar de optimización de uso de antibióticos (PROA) en las Unidades de Hospitalización. En julio de 2015 se produce un cese temporal de actividad por reducción de recursos humanos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se analiza el impacto del cese temporal de actividad sobre el consumo de los antimicrobianos en seguimiento.

MATERIALES Y METODOS: El PROA estaba constituido por dos farmacéuticos, dos internistas especialistas en Enfermedades Infecciosas y dos microbiólogos que mediante reuniones semanales evaluaban los pacientes. Antibióticos en seguimiento seleccionados: carbapenems, linezolid y daptomicina. Los criterios de selección de pacientes fueron: duración de tratamiento antibiótico superior a 10 días, asociaciones de antibióticos no justificadas, y la prescripción inadecuada según indicación y/o antibiograma. El Servicio de Farmacia a través del Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitarias seleccionaba los pacientes candidatos a optimizar su antibioterapia. El tipo de intervención seleccionada fue el de asesoramiento al médico prescriptor por parte de la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. La semana siguiente se analizaban las intervenciones realizadas en los pacientes expuestos en la reunión anterior. Se estableció una periodicidad mensual en el cálculo del número de dosis diaria definida (N°DDD)/100

estancias para los antibióticos en seguimiento. Se calculó el N°DDD/100 estancias durante el periodo de cese de actividad temporal y se comparó con el N°DDD/100 estancias durante el periodo con PROA (15 meses). Adicionalmente, se calculó el impacto económico que supuso el cese del PROA, cuantificándose el porcentaje sobre el incremento del gasto global de cada antibiótico. Los resultados obtenidos se presentaron mensualmente a la Dirección Médica.

RESULTADOS: Tras el cese del programa durante 6 meses por falta de recursos humanos, la exposición global a los antimicrobianos en seguimiento incrementó de 7,08 a 9,08 DDD/100 estancias. Todos los antibióticos revisados por el PROA experimentaron aumento en su consumo: daptomicina de 0,70 a 1,22 (74,29%) meropenem de 2,43 a 3,64 (49,79%), linezolid de 1,16 a 1,44 (24,14%) ertapenem de 1,01 a 1,21 (19,80%) e imipenem-cilastatina de 1,79 a 1,87 (4,47 %). Este aumento en el consumo supuso un coste incremental de 41.147 €. El impacto de cada antibiótico en este aumento del coste fue: 39,18% daptomicina, 31,76% linezolid, 18,63% meropenem, 10,00% ertapenem y 1,43% imipenem-cilastatina. Tras presentar los resultados obtenidos a la Dirección Médica se restableció la actividad del PROA en enero de 2.016.

CONCLUSIÓN: Por cada mes sin actividad del PROA se incrementó el coste de los antibióticos en seguimiento en 6.857 €. La actividad del PROA es eficiente pero necesita de recursos humanos que deben ser facilitados por las instituciones sanitarias.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

194. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES: BRIONES CUESTA E, PORTILLO TUÑÓN V, MACHIN MORON MA, DUEÑAS GUTIERREZ CJ, MANTECON VALLEJO MA, DEL VALLE ORTIZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVDA. ISLAS BALEARES S/N. Burgos. España

OBJETIVO: Los PROA (Programa de Optimización del uso de Antimicrobianos) son programas cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antimicrobianos, sirviendo de apoyo a los clínicos en la toma de decisiones sobre el tratamiento de enfermedades infecciosas.

En este trabajo analizamos las intervenciones realizadas por el PROA del hospital en pacientes en tratamiento con antimicrobianos restringidos, con el objetivo de conocer la situación de partida en la prescripción para buscar potenciales puntos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de cuatro meses de duración en los que el especialista en infecciosas del grupo PROA visitó y revisó los tratamientos de los pacientes con algún antimicrobiano restringido (ertapenem, meropenem, imipenem, cefepime, linezolid, daptomicina, tigeciclina, caspofungina, anidulafungina, voriconazol), en las unidades de medicina interna, cirugía general y traumatología. Se realizaron recomendaciones en la primera visita y en sucesivas visitas de seguimiento.

Se analizaron las intervenciones realizadas. Además, en la primera visita, se determinó la adecuación del tratamiento antes de la intervención del PROA, clasificándolo en óptimo, adecuado optimizable, o no adecuado. Se estudió también la aceptación por parte de los prescriptores y el tiempo transcurrido desde la emisión de la recomendación hasta el cambio en la prescripción.

RESULTADOS: Se revisaron 195 episodios de tratamientos con antimicrobianos restringidos, en 187 pacientes (edad media 76 años, 54,5% hombres). Por servicios, 118 (60,5%) episodios fueron de cirugía general, 72 (36,9%) de medicina interna y 5 (2,6%) de traumatología. Se consideraron óptimos 111 (56,9%), adecuados optimizables 62 (31,8%) y no adecuados 22 (11,2%). Se realizaron 350 recomendaciones, 68 en ertapenem, 71 meropenem, 62 imipenem, 12 cefepime, 76 linezolid, 9 daptomicina, 1 tigeciclina, 3 caspofungina, 1 anidulafungina, 7 voriconazol y 40 otros no restringidos. Se recomendó mantener tratamiento en 170 casos (48,6%) y en 180 (51,4%) se propuso algún cambio. Las principales recomendaciones de cambio fueron desescalar (70, 38,9%), terapia secuencial (25, 13,9%), ampliar espectro (23, 12,8%), suspender tratamiento (20, 11,1%), cambio de tratamiento (19, 10,6%), reducir cobertura (16, 8,9%), ajustar dosis (6, 3,3%), cambio de tratamiento por toxicidad (1, 0,6%). Las recomendaciones más frecuentes fueron desescalar ertapenem (17), meropenem (13) e imipenem (22) a antibióticos de menor espectro, y terapia secuencial en linezolid (13). El 88,3% de las recomendaciones fueron aceptadas. El tiempo que tardó en hacerse efectivo el cambio tras la recomendación fue de 0,9 días.

CONCLUSIONES: Aunque sólo un 11,2% de los tratamientos se consideraron incorrectos, sigue habiendo un elevado porcentaje (31,8%) de tratamientos adecuados pero optimizables. Tras el análisis de las recomendaciones realizadas se observó que el elevado uso de antibióticos de mayor espectro (carbapenémicos) y la utilización de vía intravenosa cuando es posible vía oral son los principales aspectos optimizables en la prescripción. Con estos datos, y dada la buena aceptación alcanzada, podemos concluir que los PROAs permiten mejorar la prescripción de los antimicrobianos.

126. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

AUTORES: BILBAO AGUIRREGOMEZCORTA J, UGALDE ESPIÑEIRA J, SANJUAN LOPEZ AZ, FLORISTAN IMIZCOZ C. HOSPITAL SAN ELOY. Av. Antonio Miranda 5. Vizcaya. España

OBJETIVO: Analizar las auditorías realizadas en un programa PROA en el periodo comprendido entre junio de 2014 y febrero de 2016, en un hospital de nivel 2.

MATERIAL Y METODOS: Se revisan de manera retrospectiva las auditorías registradas en una base de datos Access, donde se recoge de cada una de ellas el número de historia clínica, servicio médico, fármaco, dosis y pauta posológica, diagnóstico, vía de administración, número de días de tratamiento con el antimicrobiano en el momento de la intervención del equipo, número de días completados de tratamiento a la finalización del mismo y el motivo de la interrupción del tratamiento. El programa tiene como criterios de inclusión: paciente con prescripción de antimicrobiano con una duración de tratamiento superior a 6 días, cualquier prescripción de fármacos catalogados como de uso restringido por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPA) independientemente del día de inicio, interacciones de antimicrobianos catalogadas en MicromedexR 2.0 como contraindicadas e importantes, antimicrobianos susceptibles de ajuste posológico de acuerdo a la función renal y las asociaciones de más de un antimicrobiano. Y como criterio de exclusión: traslado a Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del hospital, donde no interviene el PROA.

RESULTADOS: En este periodo de 21 meses se han contabilizado 1094 auditorías (698 pacientes). En el 65,6% la interrupción del tratamiento se ha producido en el periodo comprendido entre el séptimo y decimo día de tratamiento, y en el 9% antes del 7º día. Los servicios médicos mayoritarios han sido medicina interna (37,4%) y cirugía general (35,8%). El fármaco más auditado ha sido amoxicilina/clavulánico (16,36%) seguido de piperacilina/tazobactam (13,43%). Los motivos de la interrupción del tratamiento han sido: tratamiento completado (37,8%), ausencia de indicación (microorganismo no sensible o no datos de infección) (14%), alta hospitalaria (13,3%), terapia secuencial (12,2%), terapia secuencial y disminución de espectro (7,3%), traslado a UCE u otro centro hospitalario (5,8%), mala respuesta terapéutica (4,2%), fallecimiento (3%), disminución de espectro (1,4%), toxicidad-alergia-interacción (0,8%), y profilaxis quirúrgica prolongada (0,2%). Un análisis más detallado de los motivos de interrupción refleja que en el 35,3% de los casos de ausencia de indicación y en el 37% de los suspendidos por mala respuesta terapéutica, estos no fueron detectados hasta el séptimo día de tratamiento. Los casos de ausencia de indicación se produjeron principalmente en medicina interna (32%), cirugía general (32%) y urología (19%). Por otra parte, el 54,3 % de las suspensiones de antimicrobiano por mala respuesta terapéutica fueron en cirugía general.

CONCLUSIONES: Se deberá modificar el criterio de inclusión correspondiente a la detección de todo tratamiento antimicrobiano con duración superior a seis días, disminuyéndolo a cuatro días, lo que permitirá una intervención más precoz que mejorará sin duda nuestros resultados. Es necesaria la implicación activa de la Dirección del centro en la difusión de los resultados obtenidos, modificación de hábitos inadecuados de prescripción y respaldo a los facultativos integrantes del equipo PROA en sus actividades encaminadas a la optimización de los tratamientos antimicrobianos.

1003. CANDIDIASIS INTRA-ABDOMINAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

AUTORES: LÓPEZ ESTEBAN L, VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, MARTÍNEZ NÚÑEZ ME, GARCÍA HIERRO P, GARCÍA SEPTIEM J, MOLINA GARCÍA T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. Carretera de Toledo, Km. 12,500. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: La candidiasis intra-abdominal (CIA) está asociada a mortalidad del 25-60%. Sin embargo, no existen predictores específicos de mortalidad, influyendo factores como la edad y comorbilidades del paciente, así como la extensión de la infección y la ausencia de control del foco.

En ocasiones el diagnóstico de la CIA es poco específico a la hora de distinguir entre colonización/contaminación e infección, conllevando a una sobreutilización de antifúngicos. Asimismo todavía no existe una clara evidencia respecto a qué pacientes pueden beneficiarse de una profilaxis antifúngica y/o de un tratamiento empírico precoz. Cinco meta-análisis evaluaron el impacto del tratamiento antifúngico precoz en el paciente crítico quirúrgico sin obtener datos concluyentes.

El equipo PROA del hospital, con el fin de optimizar la utilización de antifúngicos así como establecer los criterios de prevención y manejo de la CIA, está llevando a cabo un estudio que, como objetivo inicial, pretende determinar

la incidencia y características de CIA en una población presumiblemente con mayor riesgo, como son los pacientes sometidos a cirugía del tracto gastrointestinal superior (TGIS), teniendo en cuenta la mayor colonización por *Candida* a este nivel del tubo digestivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional (Enero/2009-Agosto/2015). Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía del TGIS: esofagectomía, gastrectomía y duodenopancreatectomía cefálica (Whipple).

Datos recogidos: sociodemográficos, tipo intervención, factores de riesgo de CIA, microbiológicos (tipo de muestra, etiología, grado de colonización), tratamiento y desenlace clínico. Se consideró muestra adecuada la que cumplía:

1) Líquido estéril o absceso

2) Muestra intraoperatoria/ obtenida de drenaje percutáneo/ drenaje con duración

Se calculó la incidencia (número pacientes con CIA/número total pacientes sometidos a cirugía TGIS/año).

RESULTADOS: Se incluyeron 198 pacientes: esofagectomía (n=12;6,1%); gastrectomía (n=174;87,9%); Whipple (n=12;6,1%). Incidencia CIA=16 casos/1000 pacientes/año. Prevalencia=9,1% (n=18).

Características de la población con CIA: hombres=33%. Mediana edad (RIQ)=67,9(54-76,7).

Etiología: *C.albicans* (65%), *C.glabrata* (25%), *C.tropicalis* (10%), *C.parapsilosis* (5%).

Tiempo medio desde la intervención quirúrgica hasta confirmación de la infección e inicio de tratamiento=12,78±12,57 días.

Un 83,3% de los pacientes recibieron tratamiento (fluconazol:93,3%; anidulafungina:6,7%), con una duración media 12,8±9,4 días. Ninguno recibió profilaxis.

Muestra adecuada en 88,9%. Sólo en 1 caso el manejo fue inapropiado, ya que presentando muestra adecuada el paciente no recibió tratamiento y recidivó posteriormente. La mortalidad global fue del 16,7%, y la evolución fue favorable en un 77,8%.

Factores de riesgo de CIA: colonización multifocal (n=3;16,7%); nutrición parenteral (n=8;44,4%); antibiótico amplio espectro previo (n=8;44,4%). Ninguno recibió azoles anteriormente.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de intervención TGIS y el desarrollo de CIA ($\chi^2=5,06$; $p > 0,05$).

CONCLUSION: La incidencia y mortalidad fueron inferiores a la evidencia disponible, con una elevada tasa de curación clínica. Probablemente se deba a que, independientemente de la profilaxis antifúngica, influyen otros factores en el pronóstico, como un correcto control del foco, así como la obtención de muestras clínicamente relevantes que permitan establecer un diagnóstico y tratamiento precoces. Por ello es necesario especificar qué factores de riesgo son más influyentes en el desarrollo de CIA, para determinar qué pacientes podrían beneficiarse de la profilaxis evitando una sobreutilización de antifúngicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

141. COLISTIMETATO SÓDICO INHALADO EN PACIENTE CRÍTICO: ¿QUÉ HA CAMBIADO TRAS CONSENSUAR LA PAUTA ÓPTIMA?

AUTORES: PÉREZ SERRANO R, FRANCO SERENO MT, MARTÍN SIGUERO A, ABDEL-HADI ÁLVAREZ H, VICENTE SÁNCHEZ MP, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M.

HOSPITAL GRAL. UNIV. CIUDAD REAL. Obispo Rafael Torija, s/n. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización y evaluar la efectividad, medida como resolución microbiológica, de colistimetato sódico (CS) por vía inhalatoria (VI) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) comparando dos periodos, uno previo y otro posterior al consenso entre los servicios de Farmacia y UCI de la pauta óptima (2MU/8 horas) tras revisión de la evidencia científica disponible.

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) con CS por VI durante el año previo (enero-diciembre 2014) y posterior (febrero 2015-enero 2016) al consenso. 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, pauta de CS, indicación, tipo de infección, días de tratamiento y de estancia en UCI, antibióticos por vía intravenosa (IV) asociados, microorganismo aislado y resolución microbiológica, definida por la negativización de muestras respiratorias.

RESULTADOS: Periodo previo al consenso: 28 pacientes fueron tratados con CS por VI, con una media de edad de 60,5±16,8 años, el 72% eran hombres. Las posologías de CS empleadas fueron 1MU/8 horas (61%), 2MU/8 horas (27%), 2MU/12 horas (8%) y 1MU/12 horas (4%). En el 62% el tratamiento fue empírico. Un 50% de los pacientes fue diagnosticado de neumonía, 44% de traqueobronquitis y 6% de atelectasia. La duración media de tratamiento fue de 6,8±4,5 días y la estancia en UCI fue de 43,9±28,4 días. Todos los pacientes tenían antibióticos por IV asociados (CS=47%). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas*

aeruginosa. Se consiguió efectividad en 18 de 22 pacientes (82%). La resolución microbiológica no pudo objetivarse en 6 pacientes por no disponer de cultivos posteriores al inicio del tratamiento.

Periodo posterior: 23 pacientes fueron tratados con CS por VI, con una media de edad de $63,5 \pm 9,4$ años, el 74% eran hombres. Las posologías de CS empleadas fueron 1MU/8 horas (30%), 2MU/8 horas (61%), 2MU/12 horas (4%) y 1MU/12 horas (4%). En el 35% el tratamiento fue empírico. Un 87% de los pacientes fue diagnosticado de neumonía y 13% de traqueobronquitis. La duración media de tratamiento fue de $6 \pm 4,5$ días y la estancia en UCI fue de $42,9 \pm 22,6$ días. Salvo uno, todos los pacientes tenían antibióticos por IV asociados (CS=50%). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron los mismos que los del periodo anterior. Se consiguió efectividad en 18 de 19 pacientes (95%), diferencia no estadísticamente significativa ($p=0.207$). La resolución microbiológica no pudo objetivarse en 4 pacientes.

CONCLUSIONES: Las características demográficas y las relacionadas con la infección, tratamiento o estancias fueron similares en ambos periodos. En el periodo posterior al consenso se observó un aumento de tratamientos dirigidos y una menor variabilidad en la pauta de prescripción de CS por VI, siendo 2MU/8 horas la mayoritaria, aunque con margen de mejora. La curación clínica también fue mayor en el periodo posterior, aunque será necesario un mayor número de pacientes para confirmar este hallazgo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

759. DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: LEÓN BARBOSA A, PAMPÍN SÁNCHEZ R, LABEAGA BERAMENDI Y, PENA VILLANUEVA P, ANTUÑA BRAÑA MT, AYASTUY RUIZ A.

HOSPITAL CABUEÑES. Los Prados, 395. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de adecuación al protocolo de Descontaminación Digestiva Selectiva (DDS) y el impacto sobre la incidencia de infecciones nosocomiales (INC) y bacterias multirresistentes (BMR) en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de 6 meses de duración (01/02/2015 al 31/08/2015). El protocolo consiste en la administración de: 1. Antibiótico de amplio espectro los primeros 4 días; 2. Antimicrobianos tópicos no absorbibles (Colistina -C-, Tobramicina -T-, Nistatina -N-, Vancomicina -V-) para aplicar en orofaringe (pasta) y tubo digestivo (suspensión $\pm$ solución oral) elaboradas como fórmulas magistrales (FM): ESTÁNDAR (pasta C-T-N y suspensión oral C-T-N), MIXTA (pasta C-T-N-V, suspensión oral C-T-N y solución oral -V-) ; 3. Higiene de manos y limpieza ambiental; 4. Cultivos al ingreso y semanalmente para control de eficacia y resistencias. Todas las FM elaboradas por el Servicio de Farmacia se acondicionaron y dispensaron en dosis unitarias por paciente, minimizando el riesgo de contaminación. A través de la historia clínica se recogieron datos demográficos, estancia media en UCI, indicación y motivo de la forma de prescripción. Los resultados obtenidos se compararon con los criterios de uso definidos en el protocolo: Indicaciones: a) Intubación/traqueotomía > 72 h (IOT); b) Bajo nivel de conciencia ($SCG \leq 11$); c) Pancreatitis necrohemorrágica; d) Esofagogastrectomía radical; e) Neutropenia. Formas de prescripción: 1. MIXTA (a- Pacientes procedentes de otro hospital (EXTERNOS) y pacientes de nuestro hospital que lleven más de 72h ingresados (INTERNOS), hasta muestras negativas para SARM; b- Portadores de SARM antes o durante el ingreso); 2. ESTÁNDAR (resto de pacientes). Para la valoración de las tasas de infección se emplearon los datos del informe ENVIN del hospital, comparándose este periodo con el periodo sin DDS (01/02/2014 al 31/08/2014).

RESULTADOS: Se incluyeron 96 pacientes con edad media de 59 años y estancia media en UCI de 16 días. Las indicaciones se distribuyeron del siguiente modo: 75% IOT, 21% $SCG \leq 11$ y 4% neutropenia. El 47% de los pacientes iniciaron tratamiento con MIXTA (67% INTERNOS, 23% EXTERNOS y 10% portadores SARM); de éstos, el 23% pasaron a ESTÁNDAR tras muestras negativas para SARM. El 53% restante iniciaron tratamiento con ESTÁNDAR. Al evaluar el grado de adecuación al protocolo, se observó que el 91% de las prescripciones cumplían los criterios de uso, siendo la principal causa de incumplimiento la elección errónea ESTÁNDAR/MIXTA.

Las tasas de INC disminuyeron de 19,14 a 7,14 por cada 100 pacientes (reducción del 62,69%); las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVM) disminuyeron de 2,4 a 1,74 por 1.000 días de VM (reducción del 27,5%); las bacteriemias asociadas a catéter venoso central (BACVC) de 8,66 a 4,8 episodios por 1.000 días de CVC (reducción del 44,57%). No hubo aparición de BMR a los antimicrobianos tópicos no absorbibles.

CONCLUSIONES: La instauración del protocolo DDS y su alto cumplimiento han mostrado su eficacia en la disminución de tasas de INC y BACVC. Esta disminución es la observada según los datos bibliográficos publicados, siendo las NAVM susceptibles de reducirse.

1180. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD INTERVENCIONISTA DEL RESIDENTE DURANTE LA ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

AUTORES: López Broseta PA, Canadell Vilarrasa L, García Pardo G, Martín Marqués M, de Dios López A, Canela Subirada M.

Hospital Universitari Joan XXIII. Carrer Dr Mallafré Guasch nº4. Servicio de Farmacia (segunda planta). Tarragona. España

OBJETIVOS: La evaluación de la terapia antibiótica a lo largo de la estancia hospitalaria es necesaria para garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento. De esta manera se garantiza el uso racional de los antibióticos y se maximiza la eficiencia en la atención sanitaria. Por todo ello, se hace necesaria una rotación del residente de farmacia en la unidad de enfermedades infecciosas. El objetivo del estudio es mostrar el tipo y número de intervenciones realizadas durante esta rotación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio prospectivo de un mes de duración durante dos años consecutivos y han sido registradas las intervenciones realizadas. Diariamente fueron revisados todos los tratamientos antibióticos prescritos durante las 24 horas previas de todos los pacientes ingresados a excepción de las unidades de cuidados intensivos, pediatría y hematología.

Las terapias fueron evaluadas conjuntamente entre el residente de farmacia de segundo año y el adjunto responsable de la unidad de enfermedades infecciosas. Se estableció la idoneidad de la terapia y si era considerada una optimización se emitía una recomendación al clínico responsable.

Las recomendaciones emitidas fueron: cambio de antibiótico, terapia secuencial, ajuste de la dosis, cambio de la vía de administración y otros. Toda la información fue recogida en una base de datos y posteriormente analizada mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Durante la rotación mensual de 2015 fueron analizados 230 pacientes con prescripciones antibióticas y se realizaron intervenciones en 60 pacientes (26.08%). Durante la rotación de 2016 se analizaron un total de 309 pacientes en los que se efectuaron intervenciones en 51 pacientes (16.5%). La reducción de intervenciones entre ambos periodos fue estadísticamente significativa ($p < 0.03$).

Un total de 110 intervenciones fueron realizadas. Un 60.4% en hombres con una media de edad de 66.9 ± 13.9 años, en tan solo un 31.8% de los pacientes se disponía de valores de PCR y/o leucocitos y un 14.4% de los pacientes se sometían a diálisis. Un 53.1% de los pacientes pertenecían a especialidades quirúrgicas. Los servicios con mayor número de intervenciones fueron: vascular: 14.4%, cirugía general y digestiva: 12.6%, cirugía ortopédica y traumatología: 11.7%, nefrología: 9.9% y digestivo: 9%.

Un 42% de las intervenciones se realizaron sobre tratamientos empíricos. Un 19.8% se efectuaron tras resultados de cultivo y antibiograma.

La terapia secuencial fue la intervención más frecuente con un 42.3%, seguido de la suspensión del tratamiento con un 21.6%, el cambio posológico un 10.9%, el inicio de tratamiento un 24.3% y el incremento de la duración del tratamiento un 1%. El 100% de las intervenciones fueron aceptadas.

CONCLUSIONES: Entre un 16-26% de las terapias antibióticas pueden ser optimizadas siendo la terapia secuencial la intervención más frecuente. Por todo ello, se hace necesaria la rotación del residente en la unidad de enfermedades infecciosas

518. DISEÑO DE UN INDICADOR DE CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN EL ÁREA DE URGENCIAS

AUTORES: Gil Navarro MV, Praena Segovia J, Villanueva Bueno C, Pérez Moreno MA, Poyatos Ruiz LL, Bautista Paloma J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avda. Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: En los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) uno de los indicadores necesarios para evaluar el uso de los mismos a lo largo del tiempo es el consumo de antibióticos. El indicador validado a nivel mundial son las Dosis Diarias Definidas (DDD) por 100 estancias. Sin embargo, en áreas hospitalarias donde no se producen estancias, como son los servicios de urgencias, este indicador no se puede calcular.

El objetivo del estudio fue diseñar y validar un indicador de consumo de antimicrobianos en el área de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el diseño del indicador se utilizó como numerador las DDD y como denominador, en sustitución a la estancias hospitalarias, el número de traslados a observación, siendo la estancia media en dicha área de 22 horas, muy próxima al valor de una estancia.

Para validar el indicador se calcularon las DDD/100 traslados a observación (DDD/100 TO) trimestralmente desde el año 2013 mediante la metodología DDD/ATC de la OMS en el área de observación-urgencias de un hospital regional. Se calculó el consumo global y el consumo por antimicrobiano, anual y trimestralmente.

RESULTADOS: Las DDD/100 TO durante los años 2013, 2014 y 2015 fueron de 80,95 70,09 y 70,42 respectivamente. Los antimicrobianos con mayor consumo fueron en primer lugar Amoxicilina-ácido-clavulánico, seguido de Quinolonas, Cefalosporinas, Piperacilina-Tazobactam, Carbapenemas y Metronidazol, en orden decreciente. Sin embargo al analizar el consumo trimestralmente en el primer trimestre de cada año el antimicrobiano con mayor consumo fueron las quinolonas seguidas de amoxicilina-clavulánico, siendo el levofloxacino la quinolona con mayor consumo, observando en este cambio la estacionalidad del uso de antibióticos, coincidiendo el mayor uso de quinolonas con el trimestre del año con mayor incidencia de neumonías.

CONCLUSIONES: El indicador de DDD/100 TO puede ser útil para medir la presión antimicrobiana en urgencias, siendo equiparable a las DDD/100 estancias utilizadas en el resto de servicios del hospital. El indicador es válido, demostrándose en el cambio de consumo según la estacionalidad.

Este indicador puede ser de utilidad para analizar desviaciones de consumo y localizar áreas de mejoras en los servicios de urgencias y puede contribuir al trabajo que realizan los PROA a nivel hospitalario.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

874. DISMINUCIÓN DE RESISTENCIAS EN INFECCIÓN URINARIA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO TRAS UNA INTERVENCIÓN

AUTORES: DE GOROSTIZA FRIAS I, ALONSO DOMINGUEZ MT, MANRESA RAMON N, DE BEJAR RIQUELME N, PAS-CUAL BARRIGA M, TOBARUELA SOTO M.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MARQUES DE LOS VELEZ. Murcia. España

OBJETIVOS: Comparar la distribución y el patrón de resistencia antimicrobiano de los microorganismos causantes de infecciones urinarias en un centro sociosanitario en 2015 con los datos obtenidos en el mismo centro durante el periodo 2011-2012 y los del hospital de referencia del año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el año 2012, con los resultados obtenidos en el estudio realizado se modificó la política antibiótica y las buenas prácticas de higiene en el manejo de pacientes en un centro sociosanitario. Para valorar la eficacia de las mismas se decidió llevar a cabo un estudio observacional, prospectivo y descriptivo en pacientes con sospecha de infección urinaria y comparar esos datos con los de 2011-2012 del mismo centro y los de 2014 del hospital de referencia (suministrados por el servicio de Microbiología). Se recogieron datos de este centro durante los 6 primeros meses de 2015. La información ha sido recopilada mediante los sistemas de prescripción SAVAC®, SELENE® y revisión de la historia clínica. Se revisaron los microorganismos aislados en los cultivos urinarios, así como su patrón de resistencia.

RESULTADOS: Se incluyeron 18 pacientes, 13 mujeres (72%), con sospecha de infección urinaria, y se presentaron un total de 22 cultivos positivos. La media de edad fue de 87 años.

6 pacientes (33%) presentaron infecciones de repetición y 9 de los cultivos (41%) dieron positivo para 2 microorganismos.

En cuanto a las distribuciones de los microorganismos, al comparar los datos obtenidos en 2015 con los de 2011-2012 en el centro sociosanitario y en 2014 en el hospital respectivamente, se obtuvieron los siguientes resultados: *Escherichia coli* 25, 66 y 52%, seguido de *Proteus mirabilis* 15, 0 y 9.7%, *Enterococcus faecalis* 9, 0 y 20%, *Pseudomonas aeruginosa* 10, 6.2 y 6%, *Klebsiella pneumoniae* 10, 15 y 5%, *Staphylococcus aureus* 5, 6.5 y 6%. El resto de cultivos se reparten en diferentes microorganismos.

En lo relativo a la no sensibilidad, se analizaron y compararon los 4 microorganismos principales:

Para *E. coli*, amoxicilina-clavulánico 20, 30 y 25%, cefuroxima 20, 44 y 20%, cefotaxima 40, 58 y 16%, ceftazidima un 20, 58 y 17%, ciprofloxacino 60, 67 y 40% y por último gentamicina 0, 23 y un 10%.

Para *Proteus* (no datos de 2011-2012), ampicilina presentó un 43% en el centro sociosanitario frente a 14% en el hospital, gentamicina 20 y 21%, ciprofloxacino 25 y 30%, sulfametoxazol/trimetoprim 75 y 41% y fosfomicina 25 y 31%.

Para *Enterococcus* (no datos de 2011-2012), amoxicilina-clavulánico presentó un 0% en el centro sociosanitario frente a 14% en el hospital, cefuroxima 0 y 11%, cefotaxima 0 y 9%, ceftazidima 0 y 9%, ciprofloxacino 0 y 12% y gentamicina un 0 y 5%.

Para *Klebsiella*, amoxicilina-clavulánico 0, 43 y 14%, cefuroxima 0, 29 y 11%, cefotaxima 33. 29 y 9%, ceftazidima 0, 33 y 9%, ciprofloxacino 0, 29 y 12% y gentamicina 0, 0 y 5%.

CONCLUSIONES: Se objetiva una mejora del patrón de resistencias del centro sociosanitario con respecto al año 2012, debido principalmente a las medidas implantadas ese año.

A pesar de ello, se mantiene la tendencia de que el centro sociosanitario presenta un mayor porcentaje de cepas no sensibles que el del hospital de referencia.

Al tener un tamaño muestral reducido, los datos de no sensibilidad de ciertos patógenos como *Enterococcus* y *Proteus* son poco significativos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1158. EFECTIVIDAD CLÍNICA DE FOSFOMICINA-TROMETAMOL EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: DOMINGUEZ CANTERO M, SALGUERO OLID A, MOYANO PRIETO I, GARCÍA MARTIN F, BLANCO SÁNCHEZ G, MANZANO MARTIN MV.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. ANA DE VIYA 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Describir la efectividad clínica de fosfomicina-trometamol (FT) en el tratamiento de la infección del tracto urinario (ITU) de pacientes hospitalizados.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Selección mediante el programa de prescripción electrónica ATHOS® pacientes mayores de 18 años, hospitalizados por cualquier causa, tratados con al menos una dosis de FT durante los meses octubre-diciembre de 2015. Se revisó la historia clínica digital y resultados microbiológicos. Se excluyeron aquellos con indicación de FT distinta a ITU.

Definimos la eficacia clínica de FT como: ausencia de signos y síntomas de ITU (fiebre, leucocitosis, disuria, dolor suprapúbico) sin necesidad de retratamiento durante 30 días tras la primera dosis. Se registró información sobre comorbilidades u otros fármacos que afectasen a la resolución del cuadro: inmunosupresión, alteraciones urológicas, procedimiento urológico en los últimos 30 días, insuficiencia renal.

También se recogieron datos sobre: dosis utilizada, dosis administradas, intervalo posológico, tipo de infección, tipo de tratamiento (empírico/dirigido), solicitud de urocultivos y microorganismo aislado, variables demográficas y eventos adversos asociados al uso de FT.

RESULTADOS: 63 pacientes recibieron al menos una dosis de FT en el periodo de estudio, 14 fueron excluidos por un diagnóstico distinto de ITU o por no poder valorar el motivo de la prescripción. Edad $71,2 \pm 16,6$ años, 29 (59,2%) mujeres. 14 (28,6%) tenían insuficiencia renal, 8 (16,3%) tratamiento inmunosupresor y 8 (16,3%) intervención urológica en los 30 días previos. Se produjo adquisición nosocomial en 31 pacientes (62,2%). 25 aislamientos en cultivos de orina incluyeron 18 Gram- negativos: nueve *Escherichia coli*, uno de ellos productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), seis *Klebsiella pneumoniae*, una productora de BLEE, una *Pseudomonas aeruginosa* y dos *Proteus* spp. Se aislaron además tres Gram-positivos del género *Staphylococcus* y cinco *Enterococcus*, cuatro *faecalis* y uno *faecium*. Algunos cultivos fueron mixtos. Todos sensibles a FT salvo uno del género *Staphylococcus*.

Todos los pacientes recibieron dosis de 3 gramos de FT. 31 (63,3%) de forma empírica. En 36 (73,5%) se administraron dos dosis, y dosis única en 10 (20,41%). Respecto a la pauta elegida, 43 (87,7%) recibieron una dosis cada 72h, 4 (8,2%) cada 24h y sólo 2 (4,2%) cada 48h.

De forma global, se obtuvo curación clínica en 38 (77,5%), de éstos, 10 (20,4%) necesitaron retratamiento con otro antibiótico en 30 días tras recibir la última dosis de FT. Del total de pacientes que no obtuvieron respuesta clínica, en tres de ellos se aisló *E. coli* (uno productor de BLEE), una *K. pneumoniae* BLEE, dos *E. faecalis* y un *Proteus* spp. Ocho de ellos (72,7%) presentaban alguna comorbilidad o inmunosupresión.

CONCLUSIONES: FT es una alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento de ITU para pacientes ingresados con una elevada sensibilidad a los microorganismos habituales y alta respuesta clínica, salvo en los productores de BLEE. Existe variabilidad en la dosificación de FT. En la mayoría de los casos se administró cada 72 horas, pauta que no se encuentra recogida en la ficha técnica del medicamento, pero de la que existen datos en la bibliografía que apoyan su uso.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

950. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS VISCERAL.

AUTORES: FERNÁNDEZ ROMÁN AB, POU ALONSO A, CASTELLANOS CLEMENTE Y, MAYO LOPEZ C, HERRERO MUÑOZ N, GARCIA GIL M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRDA. Calle Camino del molino 2. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar efectividad y seguridad de anfotericina B liposomal en pacientes con leishmaniasis visceral, tratamiento recomendado según la OMS en pacientes inmunocompetentes con dosis de 3-5 mg/kg/día, hasta una dosis

total de 18-21 mg/kg y en caso de pacientes inmunodeprimidos 3-5 mg/kg/día, hasta completar una dosis total de 40 mg/kg.

Materiales y métodos

Estudio observacional retrospectivo descriptivo llevado a cabo en un hospital de segundo nivel.

Los criterios de inclusión fueron, pacientes con leishmaniasis visceral, tanto pacientes inmunocompetentes como pacientes con inmunidad comprometida, tratados con anfotericina B liposomal (ABL), premedicados con paracetamol y dexclorfeniramina, desde enero del 2009 hasta marzo del 2016.

La efectividad fue evaluada según el número de pacientes que no sufrieron recidivas tras el tratamiento con ABL. Para evaluar la seguridad, se recogieron los efectos adversos registrados relacionados con el tratamiento con ABL, excluyendo los efectos adversos registrados en pacientes tratados por recidiva. Como variable secundaria, se evaluó si estos efectos adversos requirieron el ajuste de dosis o la suspensión temporal del tratamiento hasta mejoría.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®) y programa del Área de dispensación a pacientes ambulatorios (Dominion®).

Resultados

En el periodo de estudio, 99 pacientes recibieron tratamiento con ABL para leishmaniasis visceral, mediana de edad en el inicio del tratamiento de 45 años (2-95), 65 pacientes eran hombres, peso medio 72kg.

76 pacientes eran inmunocompetentes y recibieron una dosis media de $22 \pm 3,90$ mg/kg; los pacientes inmunodeprimidos recibieron una dosis media de $33 \pm 6,88$ mg/kg.

El tratamiento con ABL alcanzó una efectividad del 88%, once pacientes presentaron al menos una recidiva, de los cuales, seis eran inmunocompetentes y cinco inmunodeprimidos.

Se registraron efectos adversos en 43 pacientes, de éstos el 76,74% fue deterioro renal, 16,27% dolor lumbar en la administración, el 11,62% hipopotasemia y el 9,30% otros como náuseas, vómitos, disnea y lesiones cutáneas.

Debido a los efectos adversos, en once pacientes se suspendió temporalmente el tratamiento hasta mejoría y en seis pacientes se optó por una reducción de la dosis administrada diaria. Dos de estos pacientes requirieron retratamiento con ABL por recidiva.

CONCLUSIONES: ABL es el fármaco indicado en primera línea para el tratamiento de la leishmaniasis visceral. Los datos de efectividad son elevados pero presenta de forma frecuente efectos adversos clínicamente significativos principalmente por deterioro renal.

Según ficha técnica, debería considerarse la reducción de la dosis o la suspensión temporal o definitiva del tratamiento en caso de aparición de efectos adversos pero no está recogido el ajuste necesario. Harían falta más estudios para determinar el ajuste posológico más adecuado en leishmaniasis visceral para poder mejorar el perfil de seguridad sin pérdida de efectividad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1089. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE COLISTIMETATO SÓDICO INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: ALMANCHEL RIVADENEYRA M, PAREJA RODRÍGUEZ DE VERA A, TOMÁS LUIZ A, MUÑOZ CONTRERAS MC, GARCÍA SOLER JI, GONZÁLEZ NAVARRO E.

VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120. Murcia. España

INTRODUCCIÓN:

El colistimetato sódico (Col-Na) fue descubierto hace más de 50 años y retirado por su alta incidencia de nefrotoxicidad, utilizándose en la actualidad por el aumento de bacterias Gram-negativas multiresistentes (MR).

OBJETIVO: Describir las características de utilización del Col-Na vía intravenosa en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los pacientes ≥ 18 años tratados con Col-Na del 01 de octubre de 2015 al 15 de abril de 2016, excluyendo los ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, posología, duración de tratamiento, cultivos microbiológicos, tratamiento empírico/dirigido, antibióticos concomitantes, aclaramiento de creatinina (ClCr) estimado mediante la fórmula de Cockcroft-Gault. Para evaluar la dosis se utilizaron las recomendaciones del año 2013 de la Agencia Europea del Medicamento:

-Grupo-1: ClCr ≥ 80 mL/min: 9MIU de Col-Na/día (en algunos casos se pueden requerir dosis de 12MIU)

-Grupo-2: ClCr

-Grupo-3: ClCr

-Grupo-4: ClCr

-Grupo-5: ClCr

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 23 pacientes (hombres:69,57%; mujeres:30,43%) y de 25 episodios. Mediana de edad: 66 años [25-84], mediana de duración de tratamiento: 10 días [2-33].

Analizando los episodios según el grupo de CICr al que pertenecían, se obtuvo:

-9 episodios(36%) en el grupo 1 con una dosis mediana (Dmdna) de 6MIU/día [3-9MIU] de Col-Na; de los cuales, sólo en 2 episodios(22,2%) se utilizaba la dosis de 9MIU recomendada por la EMA, en el resto de episodios las dosis fueron inferiores.

-7 episodios(28%) en el grupo 2 con una Dmdna de 3MIU/día [3-6 MIU] de Col-Na; en este caso, todos los episodios tuvieron dosis inferiores a las recomendadas.

-3 episodios(12%) en el grupo 3 con una Dmdna de 6MIU/día [5-6] de Col-Na, con 2 episodios(66,67%) dentro de las dosis recomendadas y uno(33,33%) por debajo.

-6 episodios(24%) en el grupo 4 con una Dmdna de 1,056MIU/día [1-3]. Todos con dosis inferiores a las recomendadas.

-No hubo episodios en el grupo 5.

Todas las Dmdna estaban por debajo de las recomendaciones de la EMA, excepto en el grupo 3 donde se ajustó a las recomendaciones. De los 25 episodios estudiados, sólo 4(16%) coincidían con las recomendaciones de la EMA, sin presentar nefrotoxicidad. Cuatro pacientes estaban en diálisis, todos recibieron la dosis de fármaco después de la sesión.

Siempre se uso de manera dirigida, con 13(52%) cultivos positivos de *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente(MR), 9(36%) de *Acinetobacter baumannii* MR y 3(12%) con ambos microorganismos.

Se utilizó en monoterapia en 6 episodios(24%) y asociado a: meropenem en 8 episodios(32%), cefalosporinas en 4(16%), aminoglucósidos en 3(12%), vancomicina en 2(8%), rifampicina en 1(4%), ampicilina en 1(4%).

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta que hablamos del tratamiento de bacterias MR, en las que los recursos antibióticos empiezan a ser escasos, se debería realizar una atención farmacéutica dirigida a:

1. Ajustar las dosis del Col-Na, actualmente infradosificado en nuestro hospital, monitorizando en todo momento la función renal.

2. Optimizar la combinación de antibióticos (la monoterapia no está recomendada por el riesgo de aparición de resistencias).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

909. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE POSACONAZOL EN PROFILAXIS DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

AUTORES: GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, LACRUZ GUZMÁN D, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, FERRIS VILLANUEVA EM, PÉREZ PÉREZ IG.

HOSPITAL UNVI. SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Posaconazol es un antifúngico aprobado en nuestro hospital como medicamento de uso restringido en la profilaxis de infecciones fúngicas invasivas (IFI) en pacientes con Leucemia Mieloide Aguda (LMA) o Síndrome Mielodisplásico (SMD) evolucionado a LMA que reciben quimioterapia de inducción-remisión (Qxl-R).

El objetivo del estudio es analizar la efectividad y seguridad de posaconazol como profilaxis de IFI en pacientes diagnosticados de LMA tratados con Qxl-R.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de LMA tratados con posaconazol como profilaxis de IFI entre enero 2013-enero 2016 en un hospital de tercer nivel.

Se revisaron las historias clínicas informatizadas (Selene®) y el programa de dispensación (Savac®), recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, días de ingreso, posología y duración del tratamiento, esquemas de quimioterapia, administración de factores estimulantes de colonias granulocíticas (C-GSF), interacciones, duración de la neutropenia, datos analíticos y microbiológicos, TAC torácico de alta resolución (TAC-AR), reacciones adversas (RAs) y evolución del paciente (mejoría clínica, necesidad de cambio de antifúngico, éxitus). La efectividad se midió mediante el diagnóstico de IFI. Se definió IFI, según los criterios EORTC/MSG, como probada, probable o posible.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes (7 hombres) con una edad media de 56,1±12,8 años. La posología fue 200 mg/8 horas (suspensión oral 40mg/mL), con una duración media de 17,8±12,2 días. Los diagnósticos de LMA por subgrupos fueron: M0 (9,1%), M1 (36,4%), M2 (9,1%), M4 (18,2%) M5 (18,2%) y LMA/SMD (9,1%). La duración media de la estancia hospitalaria fue 43,7±26,9 días. Como Qxl-R, se utilizó idarubicina-citarabina en 9 pacientes, fludarabina-citarabina en 1 y azacitidina en 1. Ocho pacientes (72,7%) recibieron soporte con G-CSF durante el tratamiento con posaconazol. La duración media de la neutropenia fue de 33,5±19,5 días.

Las interacciones detectadas fueron: omeprazol (100%)/ metoclopramida (36,4%), por posible disminución de la absorción, y levofloxacin (45,5%)/ ciprofloxacino (36,4%), por posible prolongación del segmento QT y -torsade de points-.

En cuanto a la seguridad, se describieron las siguientes RAs: hipocalcemia (81,8%), dolor abdominal (45,5%), elevación de las transaminasas (45,5%), hipopotasemia (45,5%), elevación de la bilirrubina directa (36,4%), náuseas o vómitos (36,4%), diarrea (27,3%) y cefalea (9,1%). Ningún paciente presentó alteraciones cardíacas.

En cuanto a la respuesta, el 45,5% de pacientes suspendió tratamiento con posaconazol por mejoría clínica y el 54,5% precisó cambio a otro antifúngico, por necesidad de administración vía intravenosa [diarrea prolongada (n=1), epigastralgia (n=1)] o por sospecha de IFI (n=4). Sólo en dos pacientes se diagnosticó IFI clasificada como posible, según criterios EORTC/MSG.

CONCLUSIONES: Posaconazol supone una opción terapéutica en la profilaxis de IFI con un perfil de seguridad manejable. En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes precisaron de cambio a otro antifúngico ante la necesidad de administración de la medicación vía parenteral y la sospecha de infección por IFI, diagnosticándose dos IFI posibles.

Posaconazol presenta un elevado potencial de interacciones con otros medicamentos, siendo necesario realizar una estrecha monitorización del paciente, detectándolas y evitando la posible aparición de RAs ocasionadas por dichas interacciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

147. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FLUCONAZOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Mateo Carmona J, Pareja Rodríguez de Vera A, De la Cruz Murie P, García Soler I, Almanchel Rivadeneyra M, De la Rubia Nieto A.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Las candidemias y candidiasis están asociadas a una elevada mortalidad en pacientes hospitalizados, por lo que resulta fundamental un uso correcto de los antifúngicos. Nuestro objetivo es describir y analizar la prescripción de fluconazol en pacientes hospitalizados e identificar posibles puntos de intervención que ayuden a conseguir una optimización de su uso en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado desde enero a abril de 2016. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en tratamiento con fluconazol, excluyendo área materno-infantil y aquellos con una duración menor a 24 horas. Se revisaron todas las prescripciones a través del programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y los datos clínicos de la historia clínica electrónica (SELENE®). Los datos recogidos fueron edad, sexo, unidad clínica, dosis de carga, dosis de mantenimiento, frecuencia, aclaramiento de creatinina, indicación y tipo de tratamiento (profilaxis, empírico o dirigido).

Se consideró prescripción adecuada si se cumplían criterios de indicación, dosis de carga y dosis de mantenimiento (adaptada a función renal si fuera necesario). Para la evaluación de la adecuación se consultaron la ficha técnica de fluconazol y la guía sobre candidiasis 2016 de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 81 pacientes. La edad media fue de $61,7 \pm 16,2$ (rango 19-91) y 58 (71,6%) pacientes eran hombres. La duración media del tratamiento fue de $10,5 \pm 6,2$ días (rango 1-29). La mediana de dosis fue de 200mg (P25=100mg, P75=400mg) al día. Las unidades clínicas que más prescribieron fueron Hematología con 25 (30,9%), Medicina Interna con 17 (21,0%) y las unidades quirúrgicas con 12 (14,8%). Según tipo de tratamiento, 24 (29,6%) prescripciones fueron profilaxis, 34 empíricos (42,3%) y 23 dirigidos (28,4%). En cuanto a las indicaciones, las más frecuentes fueron la profilaxis en el trasplante de precursores hematopoyéticos con 20 (24,7%) prescripciones, infección del tracto urinario en paciente grave con 11 (13,6%) y la infección intraabdominal con 10 (12,3%).

De las 81 prescripciones, 42 (51,9%) fueron consideradas como prescripción inadecuada. De ellas, 6 (14,3%) pacientes recibieron fluconazol en el tratamiento sin tener la indicación, en 38 (90,5%) no se utilizó dosis de carga al inicio del tratamiento, 14 (33,3%) presentaban una dosis infraterapéutica y en 3 (7,1%) pacientes no se ajustó la dosis según función renal. El tratamiento empírico tuvo 24 (57,1%) prescripciones inadecuadas, el dirigido 16 (38,1%) y en la profilaxis 2 (4,8%). Las unidades quirúrgicas fueron las que presentaron un mayor número de prescripciones inadecuadas con 10 (23,8%).

CONCLUSIONES: En este estudio se observó que fluconazol se utilizó mayoritariamente a dosis infraterapéuticas y sin dosis de carga en los tratamientos empíricos y dirigidos.

Es necesaria una intervención proactiva desde el Servicio de Farmacia, a través de la PEA, en los inicios de tratamiento con fluconazol, en las que se informara de la prescripción apropiada, en cuanto a la indicación y pauta posológica, dada la importancia del riesgo de ineficacia con una dosificación inadecuada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

425. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS TRANSVERSAL EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL

AUTORES: MARTI NAVARRO M, FALGUERAS SUREDA T, GRAU AMORÓS J, DELICADO ALCANTARA A, PASCUAL ARCE B, MURO PEREA N.

BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS. Via Augusta 9-13. Barcelona. España

OBJETIVOS: Análisis de la actividad del grupo de optimización de antibióticos (PROA) al año de su implementación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal y descriptivo de los primeros 15 meses de puesta en marcha de un PROA en que se incluyen los pacientes ingresados en el hospital de agudos y en el centro sociosanitario.

El equipo se compone de una farmacéutica, una microbióloga y dos médicos expertos en enfermedades infecciosas del hospital de agudos y del sociosanitario.

Se establece un calendario semanal de reuniones, en la que se revisan los tratamientos antibióticos activos seleccionando los considerados de uso restringido según la política antibiótica del centro, las asociaciones y dosis inusuales, así como los antimicrobianos susceptibles de monitorización farmacocinética. Se adecúa el tratamiento antibiótico consultando los resultados microbiológicos y la evolución del paciente en la historia clínica.

Las intervenciones derivadas de cada reunión, son comentadas con el médico responsable del paciente para proceder a la modificación de la prescripción y se registran en el programa de prescripción electrónica. El resultado y las recomendaciones derivadas de la monitorización farmacocinética se notifican en el programa de historia clínica del paciente.

RESULTADOS: Se revisaron 227 pacientes; 121 (53%) mujeres, con edad media de 77 años.

La participación de los profesionales a las reuniones fue del 78%, se revisaron un promedio de 4 pacientes por sesión.

Se realizaron 543 intervenciones con un promedio de 2.4 intervenciones por paciente, 348 en el hospital (220 en medicina interna, 79 en cirugía general y vascular, 36 en cirugía ortopédica y traumatología, 13 en urgencias) y 195 en el sociosanitario (77 en convalecencia, 79 en subagudos, 24 en curas paliativas, 15 en larga estancia).

Las intervenciones se clasificaron en:

- Ajuste de dosis en insuficiencia renal 26%(142)
- Cambio de antibiótico por indicación y deseScalado 15%(79)
- Modificación de la dosis, frecuencia y/o duración 17%(95)
- Retirada del tratamiento antibiótico 13%(70)
- Terapia secuencial de intravenosa a oral 6%(32)
- Monitorización farmacocinética 3%(17)
- Necesidad de seguimiento del tratamiento antibiótico 20%(108)

26 principios activos estuvieron implicados en las intervenciones. El 55% de las intervenciones se asociaron a 5 grupos de antibióticos: 29% quinolonas, 23% cefalosporinas, 18% aminoglucósidos, 16% carbapenemes, 14% vancomicina.

CONCLUSIONES: - La transversalidad de los miembros del grupo y su carácter multidisciplinar permite un control global de los tratamientos y una comunicación más efectiva con los prescriptores.

- Más de un tercio de las intervenciones fueron debidas a ajustes de dosis por insuficiencia renal y por adaptación a los protocolos.

- El hecho de que un grupo reducido de fármacos esté implicado en más de la mitad de las intervenciones, nos permite focalizar futuras intervenciones.

- Sería interesante poder relacionar estos resultados con resultados en salud.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

36. EVALUACION DE LA UTILIZACION Y EFECTIVIDAD DE UNA SOLUCION ORAL DE VANCOMICINA PARA EL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DE LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES: Fernández Morató J, Serrano Barrera D, Alonso Castell P, Pertíñez Sansón F, Roig Pérez S.

Centro Médico Teknon (Grupo Quirónsalud). Calle Vilana, 12. Barcelona. España

OBJETIVOS: La vancomicina oral forma parte del arsenal terapéutico para el tratamiento de la diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DCD). Tras la estabilidad clínica en pacientes ingresados, el tratamiento se puede continuar de manera ambulatoria tras el alta a dosis de 125 mg/6 h. Con el objetivo de favorecer el cumplimiento y éxito terapéutico, en el Servicio de Farmacia se elabora una solución oral de vancomicina 50 mg/ml que mejora las características organolépticas y facilita la correcta administración del medicamento. Esta solución oral se dispensa al paciente tras el alta con información sobre su uso y conservación.

El objetivo del estudio fue evaluar la utilización y efectividad de la solución oral de vancomicina para la continuación del tratamiento de la DCD tras el alta hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro privado de primer nivel con 300 camas (agosto 2014-febrero 2016). Se incluyeron todos los pacientes con dispensación ambulatoria de solución oral de vancomicina tras el alta hospitalaria. Datos recogidos: demográficos, factores de riesgo de DCD (edad > 65 años, más de 2 comorbilidades graves, inmunodeficiencia, tratamiento antibiótico previo prolongado (>14 días)), episodio inicial o recurrencia, gravedad según criterios ESCMID de creatinina sérica y recuento leucocitario (leve-moderada o grave), resultados de laboratorio (PCR, toxina A/B y Ag GDH) y características del tratamiento (primera línea, duración y éxito terapéutico definido como ausencia de episodios recurrentes en un mes tras finalización de vancomicina). Análisis estadístico: test exacto de Fisher.

RESULTADOS: Total pacientes: 24. Edad media 62,8 años (SD: 18,6), 12 (50%) hombres. Pacientes con al menos 1 factor de riesgo de DCD: 19 (79,2%): 13 (54,2%) edad > 65 años, 7 (29,2%) más de 2 comorbilidades graves, 5 (20,8%) inmunodeficiencia y 9 (37,5%) tratamiento antibiótico previo prolongado. Tipo de antibiótico recibido previo al episodio: 15 (62,5%) betalactámicos en monoterapia o combinación, 8 (33,3%) quinolonas en monoterapia o combinación. Tipo de episodio: 22 (91,7%) inicial y 2 (8,3%) recurrencias a metronidazol. Gravedad leve-moderada: 23 (95,6%). Resultados de laboratorio: 18 (75%) PCR +, 16 (66,7%) toxina A/B y 21 (87,5%) Ag GDH (todos los pacientes fueron positivos a toxina A/B y/o Ag GDH). Características del tratamiento: 22 (91,7%) primera línea, duración media de 13 días (SD: 7,1) y 19 (79,2%) pacientes sin episodio recurrente. De los 5 pacientes con recurrencia, 2 fueron tratados con fidaxomicina, 2 con vancomicina y 1 con metronidazol. De estos pacientes, 4 (80%) habían recibido tratamiento antibiótico previo prolongado ($p = 0,047$).

CONCLUSIONES: La vancomicina oral se utilizó mayoritariamente en pacientes con episodios iniciales de DCD de gravedad leve-moderada y como primera línea de tratamiento.

La solución oral de vancomicina ha demostrado ser eficaz como continuación del tratamiento de la DCD tras el alta hospitalaria, con una baja incidencia de episodios recurrentes que se han relacionado con tratamiento antibiótico previo prolongado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

491. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN UN INDICADOR PARA OPTIMIZACIÓN EN EL USO DE ANTIMICROBIANOS CONSENSUADO CON UN SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

AUTORES: AZNARTE PADIAL MDP, HIDALGO TENORIO C, ARTIME RODRIGUEZ-HERMIDA F, GONZALEZ SIERRA P, ROMERO AGUILAR A, PASQUAU LIAÑO J.

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. AVDA. CONSTITUCION, 100. Granada. España

OBJETIVOS: Analizar los resultados obtenidos en la evolución de un indicador dirigido a medir la optimización en los tratamientos antimicrobianos utilizados en los pacientes hospitalizados en un servicio de Hematología, en el marco de un programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se construyó, de forma consensuada con los facultativos prescriptores, un indicador dirigido a optimizar la utilización de antimicrobianos en pacientes ingresados en un servicio de Hematología de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron dentro del indicador, aquellos antibióticos que a propuesta de los facultativos prescriptores podrían disminuir su grado de utilización (daptomicina, linezolid, vancomicina, teicoplanina y amikacina) y se estableció como objetivo para 2015 mejorar los datos de exposición a estos antibióticos obtenidos en el año anterior. El indicador midió la prevalencia de uso de estos antibióticos en el periodo indicado expresada en DDD/100 estancias. Se organizó una reunión semanal para la revisión de los tratamientos de todos los pacientes ingresados a la que acudían: los facultativos del servicio de Hematología, una especialista en Enfermedades Infecciosas y una Especialista en Farmacia Hospitalaria, estas dos últimas integrantes del PROA. Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico en el que se compararon resultados obtenidos en el periodo abril-junio 2015, con abril-junio 2014. Se analizaron también, las modificaciones producidas en el consumo global de antibióticos y antifúngicos, calculándose su repercusión económica.

RESULTADOS: El resultado del indicador fue de 42,68 DDD/100 estancias en abril-junio 2015 respecto a 66,65 DDD/100 estancias en abril-junio 2014. Los antibióticos más implicados en esta reducción fueron daptomicina

(14,93 DDD/100 estancias en 2015 vs 39,29 DDD/100 estancias en 2014) y amikacina (14,61 DDD/100 estancias en 2015 vs 27,54 DDD/100 estancias en 2014). La disminución en el importe derivado del uso de los antibióticos incluidos en el indicador fue -10.678,58 €. La exposición global a antimicrobianos disminuyó en -64,75 DDD/100 estancias (198,75 en 2015 vs 263,50 en 2014), calculándose la repercusión económica de este descenso en -53.221,30 €. Se observó una disminución en todos los grupos terapéuticos, siendo los grupos con mayor repercusión económica en este descenso: las equinocandinas, daptomicina y carbapenémicos.

CONCLUSIONES: El trabajo multidisciplinar y en equipo para optimizar el uso de antimicrobianos ha mostrado ser una alternativa válida frente a las medidas restrictivas. Los acuerdos consensuados con los facultativos prescriptores, han mostrado un resultado positivo y con repercusión en el global de la prescripción antimicrobiana, tanto en términos de exposición como desde el punto de vista económico. La participación de los profesionales implicados en el diseño de los objetivos de optimización de uso planteados, muestra una implicación directa en su consecución.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1177. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA UROLÓGICA

AUTORES: GUZMÁN RAMOS MI, MÁRQUEZ SAAVEDRA E, CANTUDO CUENCA R, VILLARRUBIA ROMÁN B, SUÁREZ MARIA C, ROBUSTILLO CORTÉS MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. Ava. de Bellavista, s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica, aprobado por la Comisión de Infecciones del hospital, tras su actualización en noviembre 2014, e identificar las causas de no adherencia al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo los pacientes intervenidos de cirugía urológica en el mes cuatro (febrero 2015) y siete (mayo 2015) tras la implantación del protocolo (noviembre 2014). El objetivo de hacer dos cortes es ver si el grado de cumplimiento aumenta con el tiempo desde la implantación.

Los pacientes intervenidos se obtuvieron del listado de gestión quirúrgica del mes en estudio. Se revisaron en historia clínica las hojas quirúrgicas y de preanestesia recogiendo los datos demográficos y clínicos de interés: edad, sexo, peso y alergias del paciente; tipo y duración de la intervención; profilaxis antibiótica registrada y profesional registrador. Además se revisó en el programa de prescripción electrónica si se indicaron antibióticos postintervención de forma no justificada (alargar la profilaxis 24-48h).

Se consideró -profilaxis adecuada- cuando se cumplieron los tres ítems: se eligió el antibiótico correcto, se prescribió a la dosis correcta y se administró como dosis única pre-intervención (exceptuando los casos recomendados en protocolo para una dosis extra durante la intervención quirúrgica).

RESULTADOS: En febrero 2015 se sometieron a intervención urológica 75 pacientes con edad media 58 ± 20 años de los cuales 85% fueron hombres. La profilaxis antibiótica se consideró adecuada en 35 pacientes (46,6%). Entre las causas de no adecuación: en 3 (7,5%) pacientes no se administró antibiótico profiláctico, en 9 (22,5%) no se eligió el antibiótico correcto, en 24 (60,0%) se infradosificó (todos los casos fueron aminoglucósidos) y en 20 (50,0%) la profilaxis antibiótica continuó 24-48h tras la intervención sin justificación. Por otro lado, en el 60% de los pacientes considerados -no adecuados- no se cumplió un ítem y en el 40% restante no se cumplieron dos ítems.

En mayo 2015 se sometieron a intervención urológica 83 pacientes con edad media 57 ± 19 años de los cuales 89% fueron hombres. La profilaxis antibiótica se consideró adecuada en 43 pacientes (51,8%). Entre las causas de no adecuación: en 3 (7,5%) pacientes no se administró antibiótico profiláctico, en 11 (27,5%) no se eligió el antibiótico correcto, en 6 (15,0%) se infradosificó (todos los casos fueron aminoglucósidos) y en 29 (72,5%) la profilaxis antibiótica continuó 24-48h tras la intervención sin justificación. En la mayoría de los enfermos que se consideraron -no adecuados- (80%) no se cumplió un ítem y en el 17,5% y 2,5% restantes no se cumplieron dos y tres ítems respectivamente.

CONCLUSIÓN: El protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica se cumple solo en la mitad de los casos. El grado de cumplimiento no aumenta de forma importante con el tiempo. La principal causa de inadecuación fue la continuación injustificada del tratamiento antibiótico profiláctico tras la intervención. Por ello, el servicio de Farmacia ha planteado como intervención de mejora el diseño de protocolos de prescripción electrónica con suspensión programada de los antibióticos incluidos en la profilaxis antibióticas.

148. EVENTOS ADVERSOS DE MICAFUNGINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: Mateo Carmona J, Hernandez Torres A, Pareja Rodriguez de Vera A, García Molina O, Gómez Gómez J, De la Rubia Nieto A.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de eventos adversos (EA) relacionados con micafungina en pacientes con candidemia ingresados en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2008 a enero de 2016. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes adultos ingresados que recibieron, durante al menos 5 días, micafungina y presentaron hemocultivo positivo para *Candida* spp. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, índice de comorbilidad Charlson (IC), gravedad inicial según el Índice de Pitt (IP), especie de *Candida* aislada, dosis y duración de micafungina y EA. Se utilizó el algoritmo de Naranjo para la estimación de la causalidad de los eventos (posible, probable, segura) y los Criterios Comunes de Terminología para Eventos Adversos v4.0 para clasificar su magnitud (grado 1 a 5).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 67 pacientes. La edad media fue de $64,3 \pm 13,6$ (rango 29-89); 45 eran hombres. Cincuenta y cinco pacientes (82,1%) presentaron una puntuación ≥ 3 en el IC y 46 pacientes (68,7%) un IP ≥ 2 . Hubo 30 aislamientos de *Candida albicans*, 22 de *Candida glabrata*, 6 de *Candida parapsilosis*, 5 de *Candida tropicalis* y 4 de *Candida krusei*. En 53 pacientes (79,1%) se administró micafungina a dosis de 100mg/día y en 14 pacientes (20,9%) a dosis de 150mg/día.

Se registraron 82 EA en 32 pacientes (47,76%), en los que se evaluaron como relación causal definitiva o probable, 26 eventos en 16 pacientes (23,9%). Los EA más frecuentes fueron los trastornos hepatobiliares, con 25 EA en 11 pacientes (16,4%), de los cuales, se consideraron definitivos o probables 12 eventos en 5 pacientes (7,5%). El segundo EA más frecuente fue hipokalemia con 8 eventos en 8 pacientes (11,9%) y de las que 5 se evaluaron como probables y ninguna como definitiva.

Se registraron 25 EA con un grado ≥ 3 , consideradas como probables 21 de ellas. Hubo 13 trastornos hepatobiliares y 4 hipokalemia, evaluadas como probables, de las cuales, 3 pacientes abandonaron el tratamiento debido a los EA (elevación de enzimas hepáticas grado 3, elevación de la bilirrubina grado 3 e hipokalemia grado 4). Un paciente que inicialmente recibía 150mg/día, se redujo a 100mg/día debido a mareos tras la administración, que desaparecieron tras la reducción de dosis. No se registró ningún evento mortal relacionado con el tratamiento.

CONCLUSIONES: En este estudio, la incidencia global de EA ha sido elevada, sin embargo, los pacientes incluidos presentaban altos índices de comorbilidad y gravedad al inicio del tratamiento.

Los EA observados con mayor frecuencia, fueron los trastornos hepatobiliares y la hipokalemia. En el caso de hipokalemia, se ha observado una incidencia mayor a lo registrado en los ensayos clínicos y estudios posautorización publicados.

La mayoría de los EA graves se debieron a eventos hepatobiliares, por lo que resulta importante monitorizar cuidadosamente, mediante la realización de pruebas de función hepática periódica, a los pacientes en tratamiento con micafungina.

1132. IMPACT OF AN ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP-LED INTERVENTION FOR STAPHYLOCOCCUS AUREUS BACTERAEMIA

AUTORES: González García J, González de la Fuente G, Nazco Casariego GJ, Madueño Alonso A, García Gil S, Gutiérrez Nicolás F.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Ctra. General La Cuesta s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

PURPOSE: *Staphylococcus aureus* bacteraemia (SAB) carries high rates of morbidity and mortality. Antimicrobial stewardship programmes (ASPs) are well situated to promote adherence to quality performance measures in order to optimize the management of SAB. To evaluate adherence to performance measures and patient clinical outcomes before and after the implementation of a SAB comprehensive care bundle directed by an ASP.

METHODS: A single-centre, uncontrolled, comparative study was carried out from 1 January 2015 to 31 August 2015. Were included patients with SAB admitted to a 761 bed tertiary hospital. The pre-intervention group included patients from 1 January 2015 to 30 March 2015 and the post-intervention group from 1 April 2015 to 31 August 2015. An unblinded revision of the clinical history of each patient was carried out to assess clinical, laboratory and microbiological data. The ASP provided recommendations to prescribers to promote adherence with quality performance measures: initiate effective antibiotics within 24 h of Gram stain; provide β -lactam therapy if MSSA; obtain repeat blood cultures every 48 h until clearance; complete appropriate treatment duration; eliminate or debride foci

of infection; and obtain an echocardiogram for complicated bacteraemia. The primary outcome of the study was full adherence to applicable SAB comprehensive care bundle endpoints. Secondary outcomes included 60 day all-cause mortality, and 60 day all-cause readmission.

RESULTS: 30 patients with SAB were included in the study: 13 in the pre-intervention group and 17 in the ASP-intervention group. Overall bundle adherence to quality performance measures improved from 49,74% in the pre-intervention group to 84,80% in the ASP-intervention group ($p = 0.002$). The 60 day all-cause mortality was numerically lower in the ASP-intervention group, but the difference was not statistically significant (30,76% versus 23,52%, $p = 0.657$). Similarly, 60 day all-cause readmission was 11,11 vs. 7,69% ($p = 0.784$).

CONCLUSION: This study demonstrates the ability of an ASP-driven initiative to improve adherence to quality performance measures for SAB. The main limitation of our study is the small sample size. Large studies will be required to evaluate the impact of a bundle approach on the management of SAB in clinical outcomes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

285. IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN CODIGO SEPSIS INTRAHOSPITALARIO EN LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS Y RESULTADOS CLÍNCIOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: GARCIA LÓPEZ L, Varela Gonzalez- Aller J, Andaluz Ojeda D, Fernandez Peña S, de Frutos Soto A, Sanchez Sanchez T.

HOSPITAL CLINICO DE VALLADOLID. avd ramon y cajal, s/n. Valladolid. España

OBJETIVO: El Grupo de Trabajo Multidisciplinar en Código Sepsis se creó para facilitar la detección, diagnóstico y tratamiento precoces de pacientes con sepsis grave (SG) o shock séptico (SS) mediante la implantación de un Código Sepsis Intrahospitalario (CSI). El objetivo es evaluar el impacto inicial de la implantación del CSI sobre el uso de antibióticos así como sobre la mortalidad y la estancia en comparación con una cohorte histórica previa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo cuasi-experimental observacional de pacientes ingresados en la UCI con SG/SS. Un grupo post intervención (POST-CS) (agosto 2012-2013) se comparó con un grupo histórico (PRE-CS) control (enero-diciembre 2010). Se recogieron variable acerca de estancia hospitalaria y mortalidad y datos del tratamiento antibióticos: tipo de tratamiento antibiótico, los días total de antibiótico en el hospital y en la UVI y la tasa de desescalada terapéutica. El consumo de antibióticos fue expresado en dosis diarias definidas /100 estancias-día (DDD). Análisis estadístico: comparación de variables cualitativas chi cuadrado, U-Mann Withney para variables cuantitativas. Significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se recogieron 42 pacientes en el grupo POST-CS y 50 en el grupo PRE-CS. En el grupo PRE-CS tanto la mortalidad hospitalaria como a los 28 días fue significativamente mayor (56% vs 31%; $p=0,014$ y 44% vs 23%; $p=0,03$) respectivamente así como los días de estancia hospitalaria y en UCI, alcanzando en ésta la significación estadística ($10,5 \pm 10$ vs 5 ± 9 ; $p=0,05$). En cuanto al tratamiento antibiótico, la desescalada terapéutica fue significativamente mayor en el POST-CS (75% vs 30,8%, $p < 0,005$). Se objetivaron menos días totales de tratamiento antibiótico en el grupo POST-CS tanto en UVI como los días totales de antibiótico durante su estancia en el hospital, siendo significativamente menor la duración de la antibioterapia durante la estancia en UCI: ($11 \pm (16)$ vs $5 \pm (8)$; $p=0,016$). La prescripción de antibióticos de uso restringido (daptomicina, linezolid, carbapenémicos y tigeciclina) fue significativamente menor en el grupo POST-CS (64% vs 47%, $p = 0,05$) fundamentalmente a expensas de un menor consumo de Linezolid (n° DDD/100 estancias 30,4 en PRE-CS vs 22,6 en POST-CS). Sin embargo, el consumo total de antibióticos en DDD fue similar en ambos grupos. (148,04 DDD/100 estancias en el grupo PRE-CS y 154,2 en el grupo POST-CS)

CONCLUSIONES: La implantación de un Código Sepsis intrahospitalario se asocia no sólo a una disminución de la mortalidad y de la estancia intra UCI y hospitalaria sino también con una mejoría en el manejo del tratamiento antibiótico, incrementándose significativamente el desescalamiento terapéutico y disminuyendo el uso de antibióticos de uso restringido.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

824. INCIDENCE AND TREATMENT OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION IN ADULTS: A RETROSPECTIVE REVIEW

AUTORES: FERNÁNDEZ CEBREROS I, Serna Romero O, Baldominos Utrilla G, Teruel Muñoz C, Santaolaya Perrin MDR, Bona Lopez C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. Carretera Alcalá-Meco, s/n. Madrid. España

OBJECTIVE: Today *Clostridium difficile* is widely recognized as the leading cause of infective nosocomial diarrhea globally and is associated with significant morbidity and mortality. However, the frequency of *Clostridium difficile* infection (CDI) in Spain is not sufficiently characterised.

Guidelines generally recommend Metronidazole or Vancomycin as initial therapy. Furthermore, Fidaxomicin has also been approved by the FDA for the treatment of *Clostridium difficile* infection (CDI).

The aim of this study was to measure the incidence of infection due to *Clostridium difficile* in a university Hospital from January 2014 to December 2015 and to study the multiple recurrences in adults with CDI until March 2016.

We also analyzed the different treatment lines used and the presence of risk factors in patients with recurrences.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective review of all cases of *Clostridium difficile* diarrhea that occurred in a university Hospital between January 2014 and March 2016 was conducted.

The average age of the patients studied was 74.5 (50-98).

Pharmatools (prescription database) HP Doctor, HP-cis (clinical database) and Servolab (microbiology database) were used.

A standard dashboard analyzing patient records was built with the following components: Identification number, sex, age, number of recurrences and treatment. Further analysis was made for patients with recidives including the following risk factors: Previous antibiotherapy, proton pump inhibitors use and immune suppression.

RESULTS: During the study period 188 patients with infection due to CD were identified. (0.56- patients-day in 2014. 0.67 - patients-day in 2015)

Recurrences were reported in 13.3 % of patients (25/188). 68% (n=25) had one recurrence, 28% (n=25) two and 4% (n=25) over two.

In 2014, 22.4% patients were treated with Metronidazole, 18.9% with Vancomycin, 1.7% with Fidaxomicin and 3.1% used Metronidazole and Vancomycin associated.

In 2015, 31.4% patients were treated with Metronidazole, 16.9 % with Vancomycin, 4.5% with Fidaxomicin and 1.1% used Metronidazole and Vancomycin associated.

Major risk factors were identified in patients with recurrences:

50% used previous antibiotherapy, 58,3% used proton pump inhibitors and Immunosuppressed patients were 33.33%.

CONCLUSIONS: The incidence and severity of CDI has been on the rise over the last 3 years within our hospital. (0.56- patients-day in 2014. 0.67 - patients-day in 2015.)

There is evidence that Metronidazole is more used against CDI than Vancomycin, and Fidaxomicin use is increasing within our hospital.

The high and growing use of broad spectrum antibiotics as well as proton pump use were identified as risk factors in patients with recurrences.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1265. INCIDENCIA DE LA TOXICIDAD MUSCULAR EN PACIENTES TRATADOS CON DAPTOMICINA. ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO Y MONITORIZACIÓN DE MARCADORES SÉRICOS

AUTORES: PÉREZ MORALES A, MANZANO LORENZO R, TALLÓN MARTÍNEZ JC, LARROSA ESPEJO I, DURÁN LAFORET V, PEÑUELAS MARTÍNEZ M.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: 1-Conocer la incidencia de rabdomiolisis en pacientes tratados con daptomicina y su posible relación con tratamientos miotóxicos concomitantes y/o una dosificación superior a la descrita en ficha técnica, incluyéndose los tratamientos con dosis superiores a 6 mg/kg y los tratamientos con inadecuado ajuste posológico según función renal.

2-Conocer el grado de monitorización del principal marcador de rabdomiolisis, la creatininfosfoquinasa (CPK), en los pacientes tratados con daptomicina, asociada o no a otros fármacos miotóxicos y/o con posologías superiores a las descritas en ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: -Se registraron los pacientes tratados con daptomicina que se encontraban dentro del sistema de dispensación por dosis unitaria durante los años 2014 y 2015 en un hospital de tercer nivel, con duración de tratamiento mínima de 5 días. Para cada paciente se registró la dosis de daptomicina, duración de tratamiento, tratamiento concomitante con estatinas, función renal (aclaramiento de creatinina) y solicitud y valores de CPK. Los datos fueron recogidos y analizados mediante una hoja de cálculo.

RESULTADOS: -Se reclutaron 153 pacientes con tratamiento con daptomicina de duración mínima de 5 días. Las dosis prescritas fueron: 30 pacientes (19,6%) con 10 mg/kg, 53 pacientes (34,6%) con 6 mg/kg y 70 pacientes (45,8%) con 4 mg/kg. De todos ellos, 60 (39,2%) estaban en tratamiento con estatinas, 52 (34%) presentaban dosis superio-

res a las recomendadas en ficha técnica [22 de los cuales se debían a un inadecuado ajuste posológico según su función renal], y 28 (18,3%) presentaban ambos factores de riesgo. El grado de determinación de CPK fue del 29,4% en los pacientes totales, 31,7% en pacientes con estatinas, 40,4% en pacientes con alta dosificación y 39,3% en pacientes con ambos factores de riesgo. En cuanto a los valores de la CPK, 7 pacientes (4,6%) presentaban niveles superiores a 170 U/L antes y después del tratamiento y solo 1 paciente (0,7%) desarrolló un incremento de los niveles de CPK como consecuencia del tratamiento, pasando de 30 a 1416 U/L y siendo diagnosticado de rabdomiolisis con incremento de CPK. Dicho paciente se encontraba en tratamiento con atorvastatina 20 mg, presentaba un aclaramiento de creatinina al inicio del tratamiento de 35,6 mL/min y una dosis de daptomicina de 6 mg/kg c/24 horas.

CONCLUSIONES: -La incidencia de rabdomiolisis observada en la muestra es algo menor a la descrita en ficha técnica. Los datos son insuficientes para establecer una relación de la toxicidad con una alta dosificación y/o el tratamiento concomitante con estatinas.

-Se detectó un bajo grado de monitorización de CPK. Dado el riesgo de toxicidad muscular en pacientes tratados con daptomicina, la posible relación con altas dosis y/o tratamiento concomitante con estatinas y teniendo en cuenta el bajo coste de la determinación analítica, sería recomendable analizar los niveles de CPK en todos los pacientes tratados con daptomicina, especialmente en aquellos que reúnan uno o más factores de riesgo.

- Finalmente, se recomienda evaluar un ajuste posológico en pacientes con función renal alterada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1112. INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS: ESTUDIO DEL TRATAMIENTO Y EFICACIA

AUTORES: Silva Lopez A, Perez Rodriguez L, Perez Landeiro A, Leboeiro Enriquez B, Otero Millan L, Piñeiro Corrales G.

Alvaro Cunqueiro. Estrada Clara Campoamor. Pontevedra. España

OBJETIVO: Evaluar el tratamiento antibiótico y su efectividad en las infecciones producidas por enterobacterias productoras de carbapenemasas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado desde Diciembre 2015 a Abril 2016. Durante este período se revisan las historias clínicas de los pacientes en los que se aisló *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas y se recogen los siguientes datos: edad, sexo, tipo de infección, tratamiento antibiótico, duración del tratamiento y porcentaje de curación clínica. Se excluyen a 3 pacientes por no haber finalizado el tratamiento en el momento del estudio. Para la recogida de datos se utilizaron los programas informáticos de prescripción e historia clínica electrónica.

RESULTADOS: Se estudiaron 25 episodios infecciosos de 23 pacientes, con una media de edad de $67,5 \pm 17,8$ años, de los cuales 15 (65,2%) eran hombres. El 40% de las infecciones fueron de origen urinario, un 32% de tipo respiratorio, el 12% de piel y tejidos blandos, en otro 12% coexistían infección urinaria y de piel y tejidos blandos y en el 4% restante urinaria y respiratoria. En las infecciones respiratorias se utilizó en el 100% de los casos colistina, y además en el 62,5% se utilizó en triple terapia (con carbapenem y tigeciclina) y en el 37,5% en doble terapia (asociada a carbapenem o tigeciclina). La duración media del tratamiento fue de 10,5 días y la tasa de curación del 37,5%. Dentro de las infecciones urinarias, el 50% de los casos se trataron con monoterapia (en 4 episodios con fosfomicina y en uno de ellos con colistina), el 30% con doble terapia (asociando un carbapenem con fosfomicina o colistina) y en el 20% con triple terapia. La duración media del tratamiento fue de 9,2 días, con una tasa de curación del 80%. En las infecciones de piel y tejidos blandos se utilizó la doble terapia con carbapenem y colistina en el 66,7% de los episodios y en el 33,3% se asoció además tigeciclina. La duración media del tratamiento fue de 12 días y la tasa de curación del 33,3%. En los 4 episodios de infección mixta se utilizó la triple terapia con colistina, carbapenem y tigeciclina o fosfomicina. La asociación de 3 antibióticos se dio en 12 episodios, la doble terapia en 8 y la monoterapia en 5 (sólo en infecciones urinarias). El porcentaje de curación clínica global fue del 56%.

CONCLUSIONES: - El manejo del tratamiento de una bacteria multirresistente resulta complicado ya que disminuye al máximo las alternativas terapéuticas y nos obliga a utilizar en la mayoría de los casos una doble o triple terapia.

- El mayor porcentaje de curación corresponde a las infecciones urinarias.

- La aparición de microorganismos multirresistentes demuestra la necesidad del uso racional de antimicrobianos, teniendo el farmacéutico un papel fundamental en esta labor.

242. INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA INFECCIÓN ABDOMINAL COMPLICADA

AUTORES: Macia Fuentes L, Perez Dominguez N, Fernandez Gonzalez A, Lamas Lopez M.

HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Camino de Heros 4. Asturias. España

OBJETIVO: La Sociedad Española de Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) establece en su consenso sobre el tratamiento de la infección intraabdominal complicada la duración del tratamiento antibiótico empírico en 5 días en los pacientes con control del foco adecuado, afebril, descenso PCR $\geq 50\%$ respecto a los valores del día del control del foco y leucocitosis en descenso.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto de la intervención de un farmacéutico sobre la optimización de la duración del tratamiento antibiótico empírico según las recomendaciones de la SEIMC en el paciente postquirúrgico con infección abdominal complicada

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de febrero a abril de 2015 en una unidad de hospitalización de cirugía general de un hospital comarcal de 420 camas. Se analizaron un total de 41 pacientes con indicación de infección abdominal complicada y se revisó la evolución de los indicadores infecciosos del paciente (T° corporal, PCR y recuento leucocitario) en el día 1 y el día 5 tras control del foco infeccioso.

Se aleatorizaron 1:1 a los pacientes que el día 5 de tratamiento permanecían sin fiebre, con descenso PCR $\geq 50\%$ respecto a los valores del día del control del foco y leucocitosis en descenso, en dos grupos, el grupo control y el grupo intervención. En el grupo intervención se introdujo una nota en la historia clínica el día 5 de tratamiento para valorar la finalización del mismo.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la T-student para muestras relacionadas, utilizando el programa SPSS Statistics®

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 41 pacientes, 22 hombres y 19 mujeres, la mediana de edad fueron 51 años.

De los 41 pacientes analizados, 21 fueron aleatorizados al grupo intervención y 20 al grupo control. Las indicaciones tratadas fueron 21 abscesos, 12 peritonitis secundarias y 8 diverticulitis, la distribución de indicaciones fue homogénea en ambos grupos.

El tratamiento antibiótico más utilizado fue Piperacilina/Tazobactam en 19 pacientes, seguido de Gentamicina+Metronidazol con 16 pacientes. 6 pacientes utilizaron Carbapenémicos.

La mediana de duración del tratamiento en el grupo intervención fue de 7 días, mientras que en el control fue de 13 días. En ningún caso se cumplieron las recomendaciones de la SEIMC. La diferencia entre ambos grupos fue de 6 días, resultando estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: - La intervención farmacéutica ayudó a optimizar la duración del tratamiento antibiótico empírico.
- Son necesarios estudios concretos para establecer la influencia de la intervención farmacéutica sobre otras variables como complicaciones, reingresos y resistencias a medio-largo plazo.

251. INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS SOBRE EL ENFERMO CRÍTICO HEMATOLÓGICO.

AUTORES: RUIZ RAMOS J, RAMIREZ GALLEYMORE P, FRASQUET ARTES J, LUNA REINA R, COMPANY ALBIR MJ, POVEDA ANDRES JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. Avenida Fernando Abril Martorell nº106. Valencia. España

OBJETIVOS: Los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) han demostrado reducir y optimizar el consumo de antimicrobianos en el medio hospitalario. No obstante, la intervención de los PROA sobre el paciente hematológico ingresado en las unidades de pacientes críticos es particularmente compleja. El objetivo del presente estudio es describir las intervenciones de un PROA sobre el paciente hematológico ingresado en una unidad de pacientes críticos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (Periodo: Enero 2014-Marzo 2016). El equipo PROA consta de un microbiólogo, un farmacéutico y un intensivista experto en antimicrobianos, colaborando con el equipo de control de infección nosocomial. Los tratamientos antimicrobianos prescritos se revisaron por el equipo dos veces por semana. Las modificaciones consensuadas fueron comentadas cara a cara al médico prescriptor. La estancia media en la unidad, mortalidad intra-UCI y el porcentaje de reingresos en la unidad fueron comparados con el periodo previo a la intervención. Las variables continuas y categóricas se compararon utilizando las pruebas T-student y Test exacto de Fischer (Stata v.13.0).

RESULTADOS: 190 antimicrobianos de 64 pacientes se evaluaron en 69 reuniones del equipo PROA [Edad Media=51,0 (SD=13,8) años; APACHE II: Mediana (RIQ)=22 (19-26)]. Tras la revisión de tratamiento, se produjeron 71 modificaciones en el tratamiento. Las recomendaciones dadas por el equipo PROA incluyeron detener el tratamiento antimicrobiano (32; 45,1%), cambios de dosis (17; 23,9%), cambio a un antibiótico de menor espectro (10; 14,1%), monitorización farmacocinética (10; 14,1%), e inicio de un nuevo tratamiento (2; 3,0%). La mayoría de las recomendaciones (84,5%) fueron aceptadas por los médicos responsables.

No se observaron diferencias significativas en la estancia media [Pre-intervención: 6,42 (IC95%:4,39-8,45) vs Intervención: 6,48 (5,23-7,96); $p=0.887$], mortalidad intra-UCI (39,0% vs 40,6%; $p=0.827$) o en el porcentaje de ingresos en la unidad (16,0 % vs 6,6%; $p=0.051$).

CONCLUSIONES: La intervención de un PROA sobre el paciente crítico hematológico consigue optimizar el tratamiento antimicrobiano sin repercusiones negativas sobre el paciente, mostrándose como una potencial herramienta de gran valor para reducir la selección de cepas multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1126. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO HOSPITALARIO

AUTORES: Viguera Guerra I, Franco García F, Guirado Cordero I, Poyatos Ruiz LL, Gil Navarro MV.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n, 41013 Sevilla. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IFs) realizadas sobre el tratamiento antimicrobiano hospitalario. Evaluar la aceptación y correlacionarlo con el servicio prescriptor, el tipo de intervención y la forma de comunicación con el personal médico. Evaluar si las IFs se realizaban principalmente sobre los antimicrobianos considerados de alto impacto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de intervención de las IFs realizadas sobre los tratamientos antimicrobianos durante un periodo de 5 meses en un hospital de tercer nivel. De cada IF se registró edad y sexo del paciente, tratamiento antimicrobiano, servicio prescriptor, tipo de intervención, medio de comunicación y aceptación del médico responsable. Las IFs podían comunicarse a través del interconsultor de la UGC de Enfermedades Infecciosas asignado al servicio prescriptor por el programa de optimización de antimicrobianos del hospital o directamente por el farmacéutico. Se consideraron antimicrobianos de alto impacto: carbapenems, daptomicina, linezolid, tigeciclina, colistina, anfotericina B liposomal, azoles y equinocandinas.

RESULTADOS: Se registraron un total de 130 IFs. Los pacientes tenían una edad media de $63,9 \pm 15$ años y el 58,5% eran hombres.

Se realizaron IFs en un total de 14 UGCs. Las UGCs sobre las que se realizaron más intervenciones fueron Medicina Interna, N=30 (23,1%), Cirugía general y digestiva, N=25 (19,2%) y Cuidados Intensivos, N=17 (13,1%). El 50,8% de las IFs se realizaron a través del interconsultor y el 49,2% por el farmacéutico. Esta proporción se mantuvo independientemente del servicio prescriptor.

Las 130 IFs incluyeron 38 antibióticos diferentes (182 antibióticos en total). La mayoría de las intervenciones (N=80, 61,54%) se realizaron sobre pacientes en monoterapia, principalmente sobre carbapenems (N=24), antifúngicos (N=13) y penicilinas (N=12). De los 50 pacientes en tratamiento con dos o más antibióticos, 26 tenían la combinación ceftriaxona/levofloxacino. El 57,7% de las IFs se realizaron sobre pacientes que no estaban en tratamiento con antimicrobianos de alto impacto.

Las principales IFs realizadas fueron recomendaciones de cambio del tratamiento empírico (28,5%), duración del tratamiento (20,8%), tratamiento dirigido (15,4%) y desescalada terapéutica (14,6%). Es decir, la mayoría estaban relacionadas con la elección del antibiótico (67,7%). Otras IFs fueron realizadas por duplicidad de tratamiento, dosis y pautas incorrectas o recomendaciones de cambios de formulación.

Fueron aceptadas 97 IFs (80,8%). Los servicios con menor porcentaje de aceptación fueron cirugía general y digestiva y cuidados intensivos (64,0% y 66,7% respectivamente). La aceptación de las IFs fue del 74,3% en el tratamiento empírico, 78,3% en la duración del tratamiento, 94,7% en el tratamiento dirigido y 77,7% en la desescalada terapéutica. Se aceptaron el 81,7% de las IFs realizadas a través del interconsultor, alcanzando el 79,7% cuando fueron comunicadas por el farmacéutico.

CONCLUSIONES: La validación farmacéutica de los antibióticos hospitalarios prescritos permite realizar un gran número de intervenciones optimizando el tratamiento antimicrobiano.

En nuestro hospital dichas IFs se realizan independientemente del servicio prescriptor y del antibiótico prescrito, puesto que se han llevado a cabo IFs en la mayoría de las UGCs y sobre un gran número de antibióticos.

El grado de aceptación ha sido bastante homogéneo, con independencia del servicio prescriptor, el tipo de intervención o el medio de comunicación con el prescriptor.

936. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS SOBRE ANTIMICROBIANOS EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: LEACHE ALEGRIA L, AQUERRETA GONZÁLEZ I, IRIGOYEN RODRIGUEZ I, ORTEGA ESLAVA A, IDOATE GARCÍA A.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Avenida Pío XII 36. CP: 31008. Navarra. España

OBJETIVOS: El farmacéutico clínico, de manera presencial e integrada en el equipo asistencial del área de críticos (AC) realiza un seguimiento continuo de la farmacoterapia de los pacientes. Las intervenciones farmacéuticas realizadas se comunican personalmente al médico responsable y posteriormente se registran en el sistema informático del centro.

El objetivo consiste en describir las intervenciones realizadas por el farmacéutico sobre tratamientos antimicrobianos en el paciente crítico, así como analizar su aceptación por parte del médico responsable y el balance económico resultante de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de las intervenciones llevadas a cabo por el farmacéutico clínico sobre tratamientos antimicrobianos en el AC de adultos (18 camas) de un hospital universitario entre enero y mayo de 2015.

Se analizaron los siguientes aspectos: departamento responsable, tipo Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM), errores (tipo, fase en la que se produjeron y causa), medicamentos implicados y actuación farmacéutica.

Se evaluó el grado de aceptación, idoneidad de la actuación y balance económico considerando sólo el coste de adquisición de los fármacos.

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 213 intervenciones que correspondían a 114 pacientes (68,4% hombres, mediana (rango) de edad de 70 (19-95) años). 138 intervenciones (64,8%) provenían de departamentos médicos y el resto de departamentos quirúrgicos.

Un 48,4% de PRM estuvieron relacionados con la seguridad (91,3% por sobredosificación), un 38,9% con la indicación (81,9% por medicamento innecesario) y un 12,7% con la efectividad (88,9% por infradosificación).

Un 14,6% de las intervenciones se consideraron errores; de las cuáles un 50,0% se debieron a errores de dosis, un 44,4% a errores de medicamento y un 5,6% a errores de duración de tratamiento. Un 94,4% de los errores se produjo durante la prescripción y el resto durante la administración. Las causas de dichos errores fueron: descuido (72,2%), falta de conocimiento del medicamento (22,2%) e incumplimiento de protocolos (5,6%).

Los medicamentos más frecuentemente implicados fueron: penicilina/inhibidor de beta-lactamasa (23,0%), fluoroquinolonas (19,2%), cefalosporinas (10,3%) y triazoles (8,5%), entre otros.

Las actuaciones farmacéuticas consistieron en: modificación de la dosis y/o intervalo posológico (49,3%), suspensión (25,8%), cambio a vía o método de administración más coste-efectivo (14,1%, predominando el cambio a vía oral), inicio de un nuevo medicamento (6,1%) y cambio a medicamento más coste-efectivo (2,9%), entre otros.

La aceptación de las intervenciones por parte del médico responsable fue de un 99,1%. Un 95,3% se consideraron actuaciones importantes con mejora del cuidado del paciente.

Teniendo en cuenta sólo las intervenciones aceptadas, el coste total potencialmente evitado fue de 15.084 euros.

CONCLUSIONES: La integración e intervención del farmacéutico de manera presencial en el AC supone una mejora de la calidad asistencial, mayoritariamente en términos de incremento de la seguridad y efectividad de los tratamientos antimicrobianos.

El grado de aceptación de las recomendaciones fue elevado (99,1%), lo que supuso un ahorro económico de 15.084 euros en 5 meses. El beneficio económico podría ser superior al estimado si se considerase el ahorro en costes indirectos, como por ejemplo los potenciales efectos adversos evitados.

706. MANEJO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA MALARIA

AUTORES: GARCIA MARQUEZ A, FERNANDEZ-LOBATO . B, GONZALEZ PEREZ-CRESPO MC, MUÑOZ GARCIA I, FERRIS VILLANUEVA EM, GUERRERO BAUTISTA R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. Mezquita, s/n. Murcia. España

La malaria es una enfermedad parasitaria tropical, importada en España por viajeros a zonas endémicas y cursa con fiebre, cefaleas y artromialgias.

OBJETIVOS: Describir el manejo clínico y terapéutico de pacientes diagnosticados de malaria, así como evaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos antipalúdicos administrados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de 5 pacientes ingresados en nuestro hospital con síntomas clínicos de malaria. Estos pacientes, por motivos laborales residieron en

Guinea Ecuatorial durante 2 meses. Diseñamos una base de datos donde recogimos: datos demográficos, duración de estancia hospitalaria, parámetros analíticos (hemoglobina, plaquetas, creatinina y enzimas hepáticas) y pruebas microbiológicas (detección antigénica del parásito y frotis). Los datos clínicos y demográficos se obtuvieron a través de historia clínica electrónica (Selene®), y el tratamiento farmacológico del programa de gestión farmacoterapéutica (Savac®). La terapia farmacológica instaurada seguía las recomendaciones de la Sociedad Española Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI) publicadas en □Diagnóstico y tratamiento de la malaria importada en España□.

RESULTADOS: Los 5 pacientes incluidos en nuestro estudio eran varones con una media de edad $49,2 \pm 11,8$ años. La duración media de la estancia hospitalaria fue $6,6 \pm 1,1$ días. Se realizó el test de diagnóstico rápido (TDR) para detectar antígenos del parásito, resultando positivo en 4 de ellos a *Plasmodium falciparum* (80%). El diagnóstico microbiológico se confirmó realizando el frotis en gota gruesa, destacando la presencia de trofozoitos en 3 de ellos (60%). Un paciente presentó criterios de gravedad (hemoglobinuria, trombopenia y parasitemia $> 2,5\%$) por lo que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. Este paciente requirió la administración de artesunato intravenoso (IV), medicamento no comercializado en España, cuya adquisición se gestionó desde el servicio de farmacia a través de Medicamentos Extranjeros del Ministerio de Sanidad. El tratamiento inició con artesunato IV 156 mg cada 12 horas, 3 dosis y posteriormente se aplicó terapia secuencial oral continuando con piperarquina/dihidroartemisinina 320/40 mg 3 comprimidos cada 24 h durante 3 días consecutivos. Los 4 pacientes restantes ingresaron en la unidad de Medicina Infecciosa, donde recibieron tratamiento con atovuona/proguanil 250/100mg, 4 comprimidos cada 24 horas, durante 3 días consecutivos. Durante la estancia hospitalaria, los valores medios de hemoglobina disminuyeron desde $16,5 \pm 1,53$ al inicio hasta $10,9 \pm 1,4$ mg/dL al alta y la media del recuento de plaquetas aumentó desde $104,4 \pm 91 \times 10^3$ a $138,5 \pm 102 \times 10^3/\mu\text{l}$. La función renal medida como creatinina en sangre mejoró desde $1,21 \pm 0,48$ mg/dL hasta un valor medio al alta de $0,83 \pm 0,23$ mg/dL. Los efectos adversos observados fueron anemia transitoria y la alanina transaminasa incrementó desde 64 ± 11 hasta 166 ± 203 U/L al finalizar el tratamiento. Posteriormente, los controles analíticos de seguimiento en la consulta de Medicina Infecciosa mostraron franca mejoría en todos los parámetros clínicos y analíticos estudiados.

CONCLUSIONES: El correcto manejo clínico de la malaria precisa de anamnesis adecuada, diagnóstico microbiológico precoz, detección de síntomas alertantes de criterios de gravedad, así como la instauración temprana del tratamiento antipalúdico adecuado al microorganismo detectado. La terapia farmacológica fue altamente eficaz y los efectos adversos observados fueron los descritos en la bibliografía, los cuales desaparecieron al finalizar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1224. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

AUTORES: Pérez Landeiro A, Pérez Rodríguez MT, Martínez Lamas L, Conde Alonso C, Lorenzo Lorenzo K, Piñeiro Corrales G.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Carretera Clara Campoamor, 341. Pontevedra. España

OBJETIVO: Evaluar los resultados de un programa de optimización de antibióticos (PROA) en una unidad neuroquirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, realizado a lo largo del periodo de intervención, entre diciembre de 2015 y marzo de 2016. Semanalmente, el equipo PROA (formado por un internista, un microbiólogo y un farmacéutico hospitalario) tiene una reunión de 30 minutos con el equipo de neurocirujanos, en la que se revisan todos los tratamientos antibióticos activos en pacientes neuroquirúrgicos. Se recogen los datos poblacionales de los pacientes, datos de la infección, datos del tratamiento antibiótico y los datos relacionados con las intervenciones. A través del programa de gestión de farmacia se obtienen los datos de consumos de meropenem, daptomicina, linezolid y vancomicina. Los datos de consumo se cruzan con los datos de estancias (proporcionados por el Servicio de Admisión) para obtener mensualmente las dosis diarias definidas (DDDs)/100 estancias, tanto de los 11 meses previos a la intervención como durante los 4 meses de intervención.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se revisan 425 pacientes, de los cuales 114 tienen antibióticos pautados. Se interviene en 71 pacientes (62,3%). Los pacientes con antibióticos tienen una edad media de 57,7 años, 72% son hombres y las infecciones predominantes son respiratorias (40,9%), urinarias (22,7%) y del sistema nervioso central (19,7%). El 79,1% de las infecciones son nosocomiales. Respecto a la gravedad de las infecciones, el 72,5% de los pacientes no cumplen criterios de sepsis. Cada paciente tiene una media de 1,4 antibióticos y el 67% son prescritos por vía intravenosa.

El número de antibióticos prescritos es de 158 y se realizan modificaciones en 81 (51,3%). El motivo de prescripción antibiótica es tratamiento dirigido (45,3%), tratamiento empírico (34,9%) y profilaxis (19,8%). Los principales motivos de inadecuación antibiótica son □duración excesiva□ (50,9%) y □adecuado pero no recomendado□ (22,8%).

En lo relativo a las intervenciones se recomienda la suspensión en el 72,4% y se recomienda cambio antibiótico en el 27,6% restante.

La aceptación de las intervenciones es del 100%.

El ahorro estimado por las intervenciones es de 12503,73€.

La evolución de las DDDs es:

Meropenem: media previa de DDDs/100 estancias(1/15-11/15): 12,44. DDDs/100 estancias durante la intervención: 10,87(12/15), 9,06(1/16), 1,99(2/16), 0,45(3/16)

Daptomicina: media previa de DDDs/100 estancias(1/15-11/15): 2,17. DDDs/100 estancias durante la intervención: 0,64(12/15), 0(1/16), 0(2/16), 0(3/16)

Linezolid: media previa de DDDs/100 estancias(1/15-11/15): 4,79. DDDs/100 estancias durante la intervención: 1,79(12/15), 0(1/16), 0(2/16), 0(3/16)

Vancomicina: media previa de DDDs/100 estancias(1/15-11/15): 1,56. DDDs/100 estancias durante la intervención: 9,45(12/15), 9,73(1/16), 13,94(2/16), 2,24(3/16)

CONCLUSIONES: - El PROA en pacientes neuroquirúrgicos permite, además del ahorro económico, la mejora de la prescripción, con una selección de antibióticos de menor impacto ecológico en la flora hospitalaria.

- La actividad del equipo PROA tiene una alta valoración por parte de los neurocirujanos, ya que se aceptan la totalidad de sus intervenciones.

- Parece necesario extender el programa a otras unidades del hospital.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1020. PROGRAMA PAMACTA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL ASESORAMIENTO Y CONTROL DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA

AUTORES: Martínez Núñez ME, García Hierro P, López Esteban L, Vázquez Sánchez R, Molina García T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12.500. Madrid. España

OBJETIVO: La exposición mantenida a los antimicrobianos, especialmente de amplio espectro, hace que los microorganismos pierdan progresivamente la sensibilidad. Una de las principales estrategias dirigidas a prolongar la vida útil de los antimicrobianos y mejorar el pronóstico de los pacientes, consiste en la creación de programas institucionales de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

El objetivo consiste en describir el PROA-PAMACTA, cuyos fines básicos son: mejorar la calidad de la prescripción y la seguridad de la terapia antiinfecciosa, y contribuir a la formación continuada de los profesionales en el manejo de las infecciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio pre-postintervención comprendido entre enero 2014-abril 2016. El programa PAMACTA está constituido por equipo multidisciplinar enfocado en dos pilares básicos: protocolización del tratamiento empírico y asesoramiento y seguimiento de la terapia una vez establecida.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados con sospecha de infección que cumpla algunos de los siguientes:

Antifúngicos amplio espectro: anfotericina B-liposomal/equinocandinas/voriconazol.

Antibióticos restringidos para tratamiento de infecciones producidas por microorganismos resistentes/multirresistentes (MMR): colistina/daptomicina/ertapenem/glucopéptidos/ linezolid/tigeciclina.

Antibióticos amplio espectro: carbapenemes.

Tratamientos antimicrobianos duración >7 días.

Criterios de exclusión: pacientes fallecidos o trasladados a otro centro durante las primeras 24h de tratamiento.

Variables:

-Sociodemográficas: edad, sexo.

-Factores de riesgo de MMR: ingreso previo en los últimos 3 meses, antibioterapia previa, inmunodepresión, procedencia de centro sociosanitario, diabetes.

-Relacionadas con la infección: tipo de infección, tipo de muestra, resultado microbiológico, sensibilidad y tratamiento antimicrobiano.

-Consumo de antimicrobianos: duración; DDD/1000 ingresos; DDD/100 Estancias-Día.

Metodología de seguimiento:

Diariamente el farmacéutico localiza aquellos pacientes que cumplen criterios de inclusión, validando los tratamientos mediante la revisión de historia clínica, resultados analíticos y microbiológicos; realiza las recomendaciones oportunas y registra los datos. Semanalmente se celebran dos sesiones multidisciplinarias, una específica de pacientes críticos y otra general. El farmacéutico expone los casos más complejos al equipo, consensuando las recomendaciones, para su posterior comunicación al clínico responsable, que tendrá la libertad de aceptarla o no.

RESULTADOS: N°protocolos realizados=15.

Nºpacientes incluidos=693;Nº episodios=759;Mediana edad (RIQ)=70,7 años (58,5-79,4)

NºIntervenciones=493 (aceptadas 68,3%); intervención en 70% pacientes.

Tipos de intervención más frecuentes: desescalado(35%); PK/PD(20%); tratamiento innecesario (13%); duración excesiva(11%); ampliación espectro(7%); selección incorrecta(6%).

Incremento del 2,9% en el número de cultivos de muestras diagnósticas.

Duración global del tratamiento:reducción del 21,5%.

Consumo carbapenemes:reducción 18,6% duración.

Consumo global de anti-grampositivos resistentes (daptomicina,linezolid,vancomicina) aumenta un 25%, acorde fundamentalmente al incremento en el aislamiento de E.faecium ampicilina-resistente. Sin embargo, se ha logrado una modificación en el perfil de prescripción, con un mayor proporción de utilización de vancomicina (incremento del 12,8%)frente a linezolid y daptomicina (reducción 11,8%y21,3% respectivamente).

CONCLUSIONES: Los PROA deben englobar estrategias complementarias, como la docencia y las medidas de ayuda a la prescripción. Una de las primeras actividades desarrolladas consistió en fomentar la toma de muestras microbiológicas clínicamente significativas, permitiendo el desescalado terapéutico con una menor utilización de antibióticos de amplio espectro. Asimismo la monitorización de la duración y el establecimiento de criterios clínico-microbiológicos para distinguir entre colonización e infección, han permitido acortar la duración global del tratamiento antimicrobiano. En la actualidad se están incorporando medidas adicionales dirigidas a la prevención de la infección y una mejor selección del tratamiento empírico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

929. PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

AUTORES: RODRÍGUEZ VÁZQUEZ A, VIDAL CORTES P, DIAZ LOPEZ MD, BUSTILLO CASADO M, RODRIGUEZ RODRIGUEZ MDP, GONZALEZ PEREIRA ME.

COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE. C/Ramón Puga 54. Ourense. España

Identificación y diagnóstico:hasta el 50% de las prescripciones de antimicrobianos son inapropiadas. La sobreutilización contribuye a la aparición de resistencias y al aumento de la morbi-mortalidad. Para prescribirlos de forma correcta se requiere un buen conocimiento de la epidemiología local y una formación actualizada. A continuación se describe la implantación de un proyecto para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA) y los resultados en cuanto al grado de aceptación, impacto sobre el consumo, gasto e infección nosocomial por Clostridium difficile. Formulación y diseño:se constituyó un equipo multidisciplinar dependiente del Servicio de Farmacia y la Unidad de Enfermedades Infecciosas(UNEI), con apoyo de los servicios de Microbiología,Medicina Intensiva, Reanimación y Medicina Preventiva. El proyecto se basa en la revisión prospectiva de las prescripciones de antibióticos y antifúngicos sistémicos y la elaboración de recomendaciones (suspensión, cambio, ajuste de dosis o vía y solicitud de interconsulta a la UNEI o monitorización de niveles plasmáticos) según criterios establecidos en las guías del propio hospital y la epidemiología local. El consumo se realiza mediante el cálculo de dosis diaria definida por 100 estancias (DDD x 100E). Para el cálculo de los costes se asignó a cada especialidad el precio de adquisición del centro.

Ejecución y evolución:el proyecto inició en Julio 2014 y se instauró de forma progresiva en todas las unidades que generan estancias a excepción de pediatría, concluyendo la incorporación en Enero 2015.

El Servicio de Farmacia facilita un listado con los antimicrobianos prescritos diariamente. El infectólogo y el farmacéutico revisan los tratamientos y emiten las recomendaciones tras consultar la historia clínica, establecer conversaciones con médicos/enfermería y/o realizar una visita al paciente. Las recomendaciones se registran en el programa de prescripción electrónica o son comentadas con el médico responsable, el cual decide libremente su aceptación.

Resultados y efectos:durante el primer año se revisaron 1810prescripciones correspondientes a 1295pacientes: 546(42,2%) mujeres. Edad media 74,31años (DE 14,7). CICr medio 62,8ml/min (DE37,75). 417(32,2%) habían estado ingresados en los 90días previos. 105(8,1%) estaban institucionalizados y 757(58,5%) habían recibido antibioterapia sistémica en los 30días previos. Los antimicrobianos revisados fueron en un 29%carbapenemes, 15%quinolonas, 10%cefalosporinas, 12% piperacilina/tazobactam, 21%glucopéptidos, linezolid y daptomicina, 6% aminoglucósidos, 1%antifúngicos y 6%otros. Se realizaron 883recomendaciones en 653pacientes: 63% suspender el tratamiento, 29% valorar cambio de antimicrobiano, 5,5% cambio la dosis y 2,5% interconsulta al infectólogo o monitorización de niveles plasmáticos. El 82,6% fueron aceptadas. El análisis de consumo (DDD x 100E) mostró estos **RESULTADOS:** 2011:79,31/ 2012:84,63/ 2013:83,55/ 2014:84,58/ 2015:81,09. Comparando 2014 y 2015 se observó una disminución del 4,13%. En el análisis por grupos destaca el metronidazol intravenoso (-47,8%), aminoglucósidos (-21,45%) y equinocandinas (-52,57%). Por el contrario se produjo un aumento en el consumo de penicilinas sensibles a β -lactamasas del 25,3%.

El gasto en 2015 fue -357.834 euros (16%) respecto a 2014. La densidad de infección nosocomial por *Clostridium difficile* (n° por 10.000 estancias) se redujo en un 1%.

En conclusión los PROA consiguen reducir el consumo y el gasto en antimicrobianos. La reducción de la diarrea por *C. difficile* es un beneficio derivado de este tipo de proyectos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

973. REVISIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

AUTORES: SÁNCHEZ YAÑEZ E, ESTAÚN MARTÍNEZ C, DANI-BEN ABDEL-LAH L, AGUILAR DEL VALLE E, NUÑO ALVAREZ E, FERNÁNDEZ OVIES JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPOS DE TEATINOS S/N. Málaga. España

OBJETIVOS: 1. Evaluar la adecuación de las profilaxis antibióticas en intervenciones quirúrgicas.

2. En función de los datos obtenidos, implantar un programa de optimización de uso de antimicrobianos en este área, dentro del marco de las actividades del equipo PROA (Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel, en el que se revisaron las profilaxis antibióticas empleadas en intervenciones quirúrgicas durante el último trimestre de 2015. Los pacientes fueron seleccionados aleatoriamente en el Servicio de Recuperación por el farmacéutico del equipo PROA. Empleando fichas de asesoría PROA diseñadas por el equipo PROA de nuestra comunidad autónoma se recogió la siguiente información: ¿está indicada la profilaxis? Si/No ¿el antimicrobiano elegido es el apropiado? Si/No ¿el número total de dosis administrado es el apropiado? Si/No. Los datos se obtuvieron del módulo de prescripción electrónica -Gestión Pacientes-Unidosis- (Farmatools-Domion®) y de la hoja quirúrgica a través de la aplicación Diraya Estación Médica®. Para evaluar la adecuación de la profilaxis quirúrgica se utilizó como referente la -Guía de Prevención, Profilaxis y Tratamiento Antibiótico Empírico- de nuestro centro. Se consideró profilaxis incorrecta cuando una o más de las respuestas en la ficha de asesoría eran -No-.

RESULTADOS: Se revisaron 119 profilaxis quirúrgicas. El 70,58% (n=84) se realizaron correctamente, el 29,42% (n=35) se consideraron incorrectas por algún motivo.

La principal causa de inadecuación, 59,52% (n=25), fue que el número de dosis administradas no fueron adecuadas, ya que se mantuvo la terapia antibiótica pese a no ser necesaria. En el 33,33% (n=14) la elección del antibiótico no fue la adecuada y en el 7,14% (n=3) la profilaxis no estaba indicada.

Por servicios, los datos se obtuvieron de: Cirugía General y Digestiva 32,77% (n=39), Cirugía Ortopédica y Traumatología General 25,21% (n=30), Unidad de Patología Mamaria 10,08% (n=12), Ginecología 10,08% (n=12), Urología 7,56% (n=9), Angiología y Cirugía Vascular 6,72% (n=8), Otorrinolaringología 4,20% (n=5), Dermatología 1,68% (n=2), Oftalmología 0,84% (n=1) y Cardiología 0,84% (n=1). Los servicios que en porcentaje tuvieron más profilaxis incorrectas fueron: Cirugía General y Digestiva 40% (n=14) y Unidad de Patología Mamaria 20% (n=7).

CONCLUSIONES: 1. En nuestro centro, la profilaxis antibiótica en intervenciones quirúrgicas se realiza de forma incorrecta en aproximadamente 3 de cada 10 pacientes. En la mayoría de los casos, el motivo principal es que la terapia antibiótica se prolonga de forma innecesaria.

2. Se realizará un feed-back de información con los servicios implicados, especialmente con Cirugía General y Digestiva y Unidad de Patología Mamaria para que conozcan los motivos de inadecuación de sus profilaxis quirúrgicas.

En caso de profilaxis quirúrgicas prolongadas sin justificación desde el Servicio de Farmacia se enviará una alerta a través del programa de prescripción electrónica, notificando al médico la necesidad de revisar el tratamiento.

En aquellos casos más complejos, el médico de la UGC Infecciosos integrante del equipo-PROA asesorará directamente al médico prescriptor.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

310. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO CON COLISTINA INHALADA

AUTORES: Alzueta Istúriz N, Aliberas Moragas J, Miquel Noguera E, Del Pino Gaya B.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Carrer Antoni Pujadas 42. Barcelona. España

OBJETIVO: Revisar el uso de colistina inhalada (CI) para el tratamiento de bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (FQ) y colonización pulmonar de *Pseudomonas aeruginosa*.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo (enero 2008 - abril 2016) que incluye pacientes en seguimiento por el servicio de neumología en tratamiento con CI en un hospital comarcal.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo, edad), diagnóstico, comorbilidades y pruebas de función pulmonar.

La eficacia se evaluó mediante la revisión de cultivos en el momento actual y los ingresos pre tratamiento (1 año antes) y post tratamiento (1 año después).

La seguridad se evaluó revisando los efectos adversos documentados en la historia clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes (7 mujeres y 17 hombres) con una edad media de 76,91 años (DE 11,32). Durante el período de estudio un 20,83% (n=5) de los pacientes fallecieron por causa respiratoria y en un 4,17% de los casos (n=1) hubo que suspender el tratamiento por broncoespasmo. En un 70,83% (n=17) de los pacientes la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) fue la causa bronquiectasias. Atendiendo a la gravedad de la EPOC un 17,65% (n=3) de los pacientes presentaban EPOC muy grave (FEV1

La posología fue 1MUI cada 12 horas en 21 pacientes; 2 MUI cada 12 horas en 1 paciente y ½ MUI cada 12 horas en 2 pacientes. La duración media del tratamiento inhalado fue $4,7 \pm 2,5$ años. Los tratamientos concomitantes más utilizados fueron: azitromicina a días alternos (75%), quinolonas (33,33%), cotrimoxazol (4,16%).

Al inicio del tratamiento un 91,66% (n=22) presentaban cultivos positivos para *P. aeruginosa* multirresistente y un 4,16% (n=1) para *P. aeruginosa* multisensible. Un 27,27% (n=7) y el paciente con *P. aeruginosa* multisensible presentaron negativización de los cultivos.

Respecto al número de ingresos, se produjo una disminución de la media de ingresos entre el año pre tratamiento y el primer año post tratamiento ($3,2 \pm 1,3$ versus $1,9 \pm 0,8$).

En lo que refiere a la seguridad, los efectos adversos más destacados y reportados en la historia clínica fueron: disnea (33,33%), broncoespasmo (4,1%).

CONCLUSIONES: Algunas guías de práctica clínica recomiendan el uso de CI a largo plazo en bronquiectasias sin fibrosis quística pero falta evidencia que avale el uso de este tratamiento. Los resultados obtenidos no permiten establecer de forma clara la eficacia y seguridad de la CI en estos pacientes (duración del tratamiento, criterios de suspensión, etc.). Por todo esto se plantea la necesidad de un mayor seguimiento individualizado de los tratamientos por parte del farmacéutico junto con el equipo médico para reevaluar la relación beneficio-riesgo en cada uno de los casos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

495. SEGUIMIENTO DEL CIRCUITO DISEÑADO PARA LA REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO SUSCEPTIBLE DE OPTIMIZACIÓN

AUTORES: VALENCIA SOTO CM, Aznarte Padial P, Pérez Morales J, Artime Rodríguez-Hermida F, Pasquau Liaño J, Hidalgo Tenorio C.

HOSPITAL UNVI. VIRGEN DE LAS NIEVES. Avda. Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVO: Analizar la aceptación de las propuestas de revisión de tratamientos antimicrobianos realizadas por la farmacéutica con participación activa en el programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) de un hospital de tercer nivel, a la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) y valorar el grado de aceptación de las intervenciones de optimización realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico realizado entre 15 septiembre y 15 diciembre de 2015. Se incluyeron los pacientes con prescripciones de antimicrobianos activos en el programa de prescripción electrónica ATHOS-PRISMA que eran susceptibles de ser revisados por la UEI, bajo criterio de la farmacéutica del PROA. Para la comunicación de estos casos se utilizó una base de datos compartida en la que diariamente la farmacéutica introduce estas prescripciones, justificando el motivo de derivación. La UEI analizó cada caso y registró la fecha de revisión y la recomendación realizada al médico prescriptor, dejando constancia de la misma en la evolución clínica del paciente, dentro de la Historia Clínica Digital (DIRAYA). Se analizaron las siguientes variables: nº total de derivaciones, motivo de revisión (duración, asociación no justificada, desescalada, necesidad de adecuación a resultados de cultivos microbiológicos, indicación, ajuste posológico y duplicidad), antimicrobianos prescritos y servicios implicados. Se valoraron las revisiones de las propuestas realizadas, la aceptación por parte de la UEI y la adherencia a las recomendaciones por el servicio receptor. Se cuantificó el tiempo transcurrido desde la propuesta hasta la revisión.

RESULTADOS: El número de derivaciones realizadas desde Farmacia durante el periodo analizado fue 182. Los servicios más involucrados fueron: Cirugía General (21,4%), Medicina Interna (20,3%), Hematología (9,3%) y Oncología (8,8%). Se intervino sobre un total de 325 prescripciones de antimicrobianos siendo los más implicados: linezolid (16%), meropenem (14,4%), daptomicina (9,2%), caspofungina (7,1%), piperacilina-tazobactam (6,7%), ertapenem (6,1%), amikacina (4,6%) e imipenem (3,7%). La distribución respecto al tipo de intervención fue: indicación de tratamiento (31,3%), asociación no adecuada (22%), ajuste posológico (16,5%), duración (13,7%), ajuste según cultivo (11,5%), desescalada (10,4%) y duplicidad (1,6%). La derivación pudo ser revisada por la UEI en 163 casos

del total propuestos. La aceptación de la propuesta por la UEI se cuantificó en 82,8%, con una media de retraso en la revisión de $0,54 \pm 1,07$ días. La adherencia del servicio receptor a la propuesta realizada se calculó en 75,4%.

CONCLUSIONES: El grado de aceptación de las propuestas realizadas desde Farmacia por parte de la UEI, apoya la importancia del papel del farmacéutico en la identificación de áreas de mejora en la prescripción de antimicrobianos y en rentabilizar las actuaciones realizadas para su optimización. Esta estrategia consigue una estrecha vigilancia de los antibióticos de uso restringido activos, permitiendo seleccionar aquellos que sean susceptibles de cambio. La disminución del retraso en la revisión de las propuestas realizadas, permitiría disminuir la duración de tratamientos no adecuados. El grado de adherencia de los servicios receptores obtenido, muestra la necesidad de mejorar la forma de comunicación en las intervenciones realizadas, para hacerlas llegar al facultativo prescriptor.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

556. SIMULACIÓN DE LA BIOACTIVIDAD LOCAL DE CEFTAZIDIMA INCORPORADA A UN CEMENTO POLIACRÍLICO UTILIZADO EN ARTROPLASTIA

AUTORES: Martínez Moreno J, Merino Sanjuan V, Náchter Alonso A, López Navarro AÁ, Climente Martí M, Merino Sanjuan M.

Hospital universitario Doctor Peset. Av. de Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

Objetivos. Estudiar la velocidad de liberación in vitro de ceftazidima incorporada a un cemento poliacrílico comercial utilizado en artroplastia y evaluar la bioactividad de las mezclas mediante simulación farmacocinética.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los estudios de liberación del antibiótico se realizaron en tampón fosfatos (pH=7,4) durante 48h a 37°C en condiciones de flujo continuo, utilizando mezclas del cemento poliacrílico Palacos® y ceftazidima en proporciones de 40:1 y 40:4. Se calcularon las cantidades de ceftazidima liberadas mediante cuantificación HPLC con detector UV ($\lambda=245\text{nm}$) y se determinó la cinética que satisface el proceso de liberación del fármaco (orden-0, Higuchi y Korsmeyer-Peppas).

Se estimó el aclaramiento local del fármaco a partir de los volúmenes de exudado obtenidos a las 24, 48 y 72h post-cirugía de los pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla en un hospital general durante el año 2015 (156 pacientes) ajustando a los siguientes modelos: orden-0 y orden-1.

La bioactividad se evaluó mediante la simulación de las concentraciones de antibiótico en el lugar del implante para 1000 pacientes (NONMEM VII) durante 96h. Para ello, se tomaron los parámetros de la cinética de liberación del fármaco obtenidos en el ensayo de liberación, el aclaramiento local del fármaco calculado a partir de los exudados, el volumen articular ($1,6 \pm 1,1\text{mL}$) y los valores de concentración mínima inhibitoria (CMI) de *P. aeruginosa* y *E. Coli* (CMI sensible).

RESULTADOS: El porcentaje medio liberado de ceftazidima a las 48 h fue de $7,58 \pm 2,00\%$ y $9,28 \pm 3,17\%$ en las mezclas de 40:1 y 40:4, respectivamente. La velocidad de liberación de ceftazidima a las 0,5h fue de $0,74 \pm 0,34\text{mg/h}$ y de $3,40 \pm 1,14\text{mg/h}$ para las mezclas 40:1 y 40:4, respectivamente. A las 48h estos valores fueron inferiores en ambas mezclas ($0,014 \pm 0,005\text{mg/h}$ y $0,064 \pm 0,032\text{mg/h}$, para las mezclas 40:1 y 40:4, respectivamente).

El modelo farmacocinético seleccionado para evaluar la bioactividad de las mezclas consta de dos compartimentos; cemento cargado con ceftazidima (C1) y espacio articular (C2). La velocidad de entrada del antibiótico desde C1 hasta C2 es la regida por la cinética de liberación del fármaco, Korsmeyer-Peppas, y la cinética de eliminación del fármaco desde C2 es de primer orden.

El ejercicio de simulación muestra que la bioactividad local del antibiótico durante los primeros días post-cirugía, está limitada por el aclaramiento local. La concentración en biofase disminuye de forma parabólica durante 72h mostrando el mínimo a las 48 h. En este instante, para la mezcla 40:1, la concentración local de antibiótico será superior a la CMI de *E.Coli* y *P.aeruginosa*, en el 51% y el 4% de los pacientes, respectivamente; para la mezcla 40:4, el 99% y 46% de los pacientes respectivamente. A partir de aquí, la concentración en biofase aumenta y la totalidad de los pacientes estarían cubiertos.

CONCLUSIONES: La totalidad de las formulaciones muestran adecuadas propiedades de elución, siendo sistemas adecuados de liberación. La proporción de antibiótico juega un papel en cuanto bioactividad en las primeras 72h; a partir de aquí la totalidad de las formulaciones permiten alcanzar valores adecuados para asegurar la cobertura antibiótica local de los patógenos *E.Coli* y *P.aeruginosa* en artroplastia de rodilla.

1280. TERAPIA ANTIMICROBIANA CON DAPTOMICINA: INFECCIONES TRATADAS, CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y ETIOLOGÍA. EVALUACIÓN DE DOSIS, DURACIÓN DE TRATAMIENTOS Y GRADO DE CURACIÓN.

AUTORES: PÉREZ MORALES A, PEÑUELAS MARTÍNEZ M, TALLÓN MARTÍNEZ JC, LARROSA ESPEJO I, PEÑA PEDROSA JA, BORREGO HERNANDO MI.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: -Determinar las infecciones tratadas con daptomicina, dosis empleadas, grado de tratamientos dirigidos por cultivo microbiológico, microorganismos aislados, perfil de sensibilidades al antibiótico, duración de tratamientos y grado de curación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: -Se registraron los pacientes tratados con daptomicina en unidades con sistema de dispensación por dosis unitaria en el año 2015 en un hospital de tercer nivel. Para cada caso se determinó el diagnóstico, dosis de fármaco, duración del tratamiento, existencia de cultivo microbiológico y sus resultados, y presencia o ausencia de curación clínica.

RESULTADOS: -Se reclutaron 85 casos de infecciones tratadas con daptomicina. De ellos, 62 (72,9%) se trataron con dosis descritas en ficha técnica (

CONCLUSIONES: -Daptomicina se emplea mayoritariamente a dosis descritas en ficha técnica, aunque su uso a dosis superiores está más extendido en tratamientos de endocarditis e infecciones protésicas.

-Su uso es frecuente en infecciones causadas por microorganismos sensibles a antibióticos de menor espectro. Esto podría derivar en la aparición de resistencias, presentes actualmente aunque con baja prevalencia. Los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) pueden contribuir a realizar un adecuado desescalado en estos casos.

-Los tratamientos suelen durar entre 1-2 semanas, aunque algunos tratamientos se prolongan, destacando las endocarditis y las IPPB.

-Cabe destacar el alto grado de curación en infecciones protésicas, indicación todavía no autorizada en ficha técnica y que podría deberse a la buena penetración de daptomicina en los biofilms usualmente formados en torno a dichos materiales.

917. TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR DE LA NEUMONÍA VIRICA GRAVE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

AUTORES: JUSTEL ALVAREZ M, ALMANSA MORA R, SANCHEZ SANCHEZ MT, SOCIAS CRESPI L, ANDALUZ OJEDA D, BERMEJO MARTIN JF.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. C/RAMON Y CAJAL S/N 47005. Valladolid. España

OBJETIVOS: El tratamiento precoz con oseltamivir ha demostrado reducir la duración temporal de la sintomatología y el desarrollo de complicaciones así como la gravedad y la mortalidad en la infección gripal. La posología recomendada en ficha técnica es de 75mg/12h durante 5 días. El objetivo de este estudio fue describir el tratamiento con oseltamivir recibido por pacientes con neumonía grave gripal durante su estancia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), tanto en lo referente a dosis recibida y duración del tratamiento como al momento de instauración del mismo. Se incluyó también segunda cohorte con neumonía grave causada por otros virus respiratorios para poder comparar los resultados de ambos grupos de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo multicéntrico. De noviembre de 2010 hasta febrero de 2011 se reclutaron pacientes ingresados en UCI con neumonía adquirida en la comunidad causada por virus de la gripe o por otros virus respiratorios. Se incluyeron únicamente pacientes que cumplieran criterios clínicos y radiológicos de neumonía y con diagnóstico viral confirmado. Se recogieron datos referentes al tratamiento con oseltamivir. Las diferencias entre pacientes con o sin gripe se analizaron mediante el test Chi-cuadrado para variables categóricas y el test U de Mann Whitney para variables cuantitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 38 pacientes con neumonía gripal grave y 20 pacientes con neumonía grave por otros virus. La mortalidad fue de 36% entre los pacientes con gripe (n=16) y 15% entre los pacientes con otros virus (n=3). Recibieron tratamiento con oseltamivir 37 pacientes con gripe (94,9%) y 7 pacientes con otros virus (35%) (p < 0,001). Las dosis más frecuentes fueron 75mg/12h y 150mg/12h. Treinta y cuatro pacientes con gripe (90%) recibieron tratamiento con oseltamivir en las primeras 48 horas desde su ingreso en UCI. La duración del tratamiento fue mayor en los pacientes con gripe (mediana: 8 días; rango intercuartil: 6 días) respecto a los pacientes con otros virus (mediana: 3 días; rango intercuartil: 4 días) (p=0.002).

CONCLUSIONES: Más del 90% de los pacientes con neumonía gripal grave fueron tratados con oseltamivir durante su estancia en UCI. La dosis y duración del tratamiento fue superior a la indicada en ficha técnica pero sigue recomendaciones de la OMS para el tratamiento de casos graves, que incluye la opción de administrar dosis más elevadas (150 mg/12h) a pacientes graves y de alargar el tiempo de tratamiento dependiendo de la respuesta clínica del paciente. El 90% de los pacientes recibieron tratamiento precoz (primeras 48 horas desde ingreso en UCI). La mayoría de los pacientes con neumonía por otros virus no fueron tratados con oseltamivir, y en los casos en los que se trataron, la duración del tratamiento fue significativamente inferior a la de los pacientes con gripe, mostrando que se realizó un buen ajuste del tratamiento de acuerdo a la etiología de la neumonía.

Se concluye que la dosis, duración y momento de instauración del tratamiento con oseltamivir en la UCI son correctos según las recomendaciones de la OMS aunque no coinciden con la ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

1071. TRATAMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

AUTORES: GIL NAVARRO MV, VALENCIA SOTO C, LUQUE MARQUEZ R, LEPE RODRIGUEZ JA, GARCIA CABRERA E. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. Avda. Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: El objetivo principal de nuestro estudio es comparar la efectividad de los diferentes tratamientos utilizados en pacientes con bacteriemias por Enterobacterias Beta lactamasas de espectro extendido (BLEE). Los objetivos secundarios son: comparar la mortalidad en función de la adecuación del tratamiento empírico y del retraso de la instauración de un tratamiento adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes con aislamiento de Enterobacterias BLEE en hemocultivo durante el año 2015. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años.

Se registraron las siguientes variables : edad, sexo, institucionalización, ingreso durante el mes previo, sonda permanente previa, diabetes, comorbilidad (calculada según el índice de Charlson), síndrome clínico al ingreso, tratamiento antibiótico empírico, adecuación del antibiótico empírico según las guías locales del Hospital, retraso en el inicio del tratamiento adecuado (días), exitus a los 28 días (mortalidad cruda).

Para ello se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas y analíticas de los pacientes así como de la prescripción de antibióticos durante los correspondientes ingresos.

RESULTADOS: Se seleccionaron 41 pacientes con aislamientos de Enterobacterias BLEE en hemocultivo durante el año 2015, 5 fueron excluidos por falta de datos. Se analizaron finalmente 36 pacientes, 11 con aislamiento de Klebsiella BLEE y 25 con E.coli BLEE. Las características demográficas de los pacientes fueron: 19 hombres (52,8%), mediana de edad de 70 años (RIC) (60,50-77,00), 3 pacientes institucionalizados (8,3%), 20 (55,6%) que ingresaron en el mes previo, 6 (16,7%) portadores de sonda permanente, 13 (36,1%) diabéticos. La mediana del índice de comorbilidad de Charlson fue de 6,15 (4,65-7,40). Los focos de la infección fueron 18 (50,0%) renal/urológico, 11 (30,5%) abdominal, 2 (5,6%), cardio-respiratorio y 5 otros focos (13,9%). Un total de 20 pacientes (55,6%) tuvieron un tratamiento empírico adecuado, siendo Ertapenem el antibiótico prescrito en 5 pacientes (13,9%). En los pacientes que el tratamiento empírico no fue adecuado, hubo una mediana de retraso de 2 RIC (1-2) días en iniciar el tratamiento adecuado.

La mortalidad a los 28 días cuando el tratamiento empírico fue inadecuado fue del 50% (8 pacientes) frente al 15% (3 pacientes) de el grupo de tratamiento adecuado ($p=0,0028$). La efectividad medida como la mortalidad a los 28 días cuando se pautó carbapenems de forma empírica adecuada fue del 23,1% (3 pacientes) frente a ningún paciente en el resto de antibióticos empíricos adecuados ($p=0,521$), no existiendo diferencias con respecto a las características de los pacientes de ambos grupos.

CONCLUSIONES: En nuestra población, la efectividad del tratamiento de las bacteriemias por Enterobacterias BLEE con carbapenem es equivalente a la de otros antibióticos como amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino o piperacilina-tazobactam.

La mortalidad es mayor en pacientes que inician un tratamiento empírico inadecuado así como en los casos con retraso en el inicio del mismo.

Por este motivo es muy importante iniciar lo antes posible el tratamiento empírico adecuado para tratar las bacteriemias por enterobacterias BLEE.

1317. USO DE COLISTINA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES: de Béjar Riquelme N, Nájera Pérez MD, Agámez Luengas A, Gómez Gil A, de Gorostriza Frías I, Sánchez Martínez I.

Hospital Morales Meseguer. Avenida Marqués de los Vélez, s/n. Murcia. España

INTRODUCCIÓN

La administración de antibióticos inhalados en el tratamiento de bronquiectasias (BQ) no debidas a fibrosis quística (FQ) es una práctica cada vez más habitual. Sin embargo no hay una indicación formal para su uso en este tipo de pacientes. Los estudios realizados hasta el momento han demostrado diferentes efectos positivos sobre algunos parámetros clave, reducción en el nº colonias, disminución de la cantidad y purulencia del esputo y reducción en el nº agudizaciones.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de colistina inhalada en los pacientes con BQ e infección crónica por *Pseudomona Aeruginosa* tratados en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con colistina inhalada en los años 2013 y 2014 en nuestro hospital. Se realizó un análisis comparativo antes y después del uso de colistina. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes neumológicos, indicación, cultivos microbiológicos, pauta posológica, duración del tratamiento, nº ingresos y exacerbaciones y reacciones adversas.

RESULTADOS: Iniciaron un total de 14 pacientes. La media de edad fue de 71 años (rango 41-89), 9 hombres y 5 mujeres. El 50% tenían EPOC, 21.4% SAHS, 14.3% asma y el 35.7% otros antecedentes neumológicos; el 57% eran exfumadores frente al 42.9% no fumador. La indicación del tratamiento con aislamiento de *P.aeruginosa* se dio en el 78.6% (3 con colonización inicial, 2 con colonización crónica y 6 con infección crónica). El aislamiento de otro bacilo gram negativo (BGN) se dio en el 21.4%. Se aislaron BGN multirresistentes (3 o más familias) en el 42.9% de los cultivos. El 78.6% de los pacientes con aislamiento de PA llevaron tratamiento antibiótico previo a la colistina. La dosis fue de 1 MUI cada 12 horas en todos los casos, administrada con nebulizador I-neb, y el 71.4% recibió tratamiento concomitante al inicio. Respecto a la duración del tratamiento 10 pacientes continuaban a los 6 meses posteriores, 4 y 5 meses en dos pacientes por negativización, un paciente suspendió al mes por reacciones adversas y otro paciente suspendió a los 6 meses por éxitus. La negativización del cultivo (en 3 muestras de esputo consecutivas) durante los 6 meses posteriores ocurrió en el 61.5% de los pacientes, 7 de ellos tenían PA. Se redujo un 64.3% el nº ingresos y un 76% el nº exacerbaciones. Un paciente suspendió el tratamiento por reacciones adversas (broncoconstricción) y el resto lo toleró sin incidencias.

CONCLUSIONES: - Se consiguió negativizar el esputo en más de la mitad de los pacientes durante los 6 meses posteriores al inicio de tratamiento y disminuyó el número de ingresos y exacerbaciones.

- La colistina inhalada puede proporcionar una terapia supresora eficaz con un perfil de seguridad aceptable en pacientes con BQ sin FQ.

- Se necesita más estudios para identificar subgrupos de pacientes que se benefician de estos tratamientos a largo plazo, y para definir mejor el régimen y la duración del tratamiento.

1102. USO Y EFECTIVIDAD DE TOBRAMICINA INHALADA EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES: LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, Leache Alegría L, Aquerreta González I, Irigoyen Rodríguez I, Mone-dero Rodríguez P, Ortega Eslava A.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Avda. Pío XII, 36. Navarra. España

OBJETIVOS: Describir la utilización de tobramicina inhalada y evaluar su efectividad en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico o sospecha de infección respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de historias clínicas de pacientes adultos ingresados en la UCI de un hospital universitario en 2015 con diagnóstico o sospecha de infección respiratoria que cumplieran los criterios de inclusión de uno de los 2 grupos analizados. Grupo activo (GA): pacientes con tobramicina inhalada (200 mg cada 12 horas) y tratamiento antibiótico sistémico; y Grupo control (GC): pacientes con aislamientos microbiológicos positivos en esputo, aspirado bronquial o lavado broncoalveolar, sin antibioterapia inhalada pero con antibioterapia sistémica.

La tobramicina inhalada se administró mediante nebulizador (ultrasónico Servoi® en pacientes intubados o Microci-rrus® con oxígeno a 8L/min en el resto) tras la administración de broncodilatadores.

Variables recogidas para evaluar la efectividad: reducción de proteína C reactiva (PCR), resolución de fiebre, duración de antibioterapia sistémica, duración del ingreso hospitalario y en UCI y mortalidad. Otras variables recogidas:

demográficas (sexo, edad), comorbilidades (neoplasias, inmunosupresión, insuficiencia renal crónica (IRC), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)), motivo de ingreso hospitalario y en UCI (médico o quirúrgico), escala de gravedad (SAPS3).

Se compararon las variables cuantitativas entre los grupos mediante U Mann Whitney o t Student, según su normalidad, y las cualitativas mediante Chi-cuadrado. Se realizaron análisis de regresión lineal o logística para estimar el efecto de la tobramicina inhalada ajustado por posibles factores de confusión.

RESULTADOS: Dieciocho pacientes recibieron tobramicina inhalada durante una media de 8 días (rango: 2-23). El tratamiento fue empírico en el 55,5% de los casos y dirigido en el resto.

El GC incluyó 40 pacientes, cuyas características no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa de las de los pacientes del GA. Datos de GA vs GC: 66,7% hombres vs 67,5% ($p=0,95$), mediana (rango) de edad 64 (51-90) vs 69(24-94) años ($p=0,35$), SAPS3 54 (21-90) vs 55 (17-93) ($p=0,44$), 5,5% sin comorbilidades vs 10% ($p=0,79$), 22,2% con inmunosupresión vs 40% ($p=0,25$), 33,3% diabéticos vs 35% ($p=0,90$), 16,7% con EPOC vs 30% ($p=0,97$), 44,4% neoplásicos vs 30% ($p=0,20$), 22,2% con IRC vs 27,5% ($p=0,67$), 5,5% con SAOS vs 10% ($p=0,58$), 66,7% no quirúrgicos vs 70% ($p=0,80$), 72,2% ingreso médico en UCI vs 67,5% ($p=0,72$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre GA vs GC en ninguna variable de efectividad: mortalidad (22% vs 22,5%, $p=0,98$), mejoría clínica (72,2% vs 77,5, $p=0,66$), resolución de fiebre (85,7% vs 81,8%, $p=0,83$), mejoría PCR (60% vs 57,7%, $p=0,50$); ni en media/mediana (rango) de días de ingreso hospitalario (26/22 días (3-95) vs 27/20 días (4-93), $p=0,92$), días de ingreso en UCI (12/7 (2-36) vs 12/6 (1-77), $p=0,44$), días de antibioterapia sistémica (17,1/16 (2-47) vs 17,4/12,5 (3-59), $p=0,54$). Tampoco se encontraron diferencias significativas tras ajustar por los posibles factores de confusión.

CONCLUSIONES: En este estudio no se ha demostrado que el uso de tobramicina inhalada mejore los resultados en los pacientes. Es necesario realizar un estudio con mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EXC. VIH Y HEPATOPATÍAS)

670. UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CAUSADAS POR BACILOS GRAMNEGATIVOS MULTIRESISTENTES

AUTORES: Castells Lao G, Rodríguez Reyes M, López Suñé E, Bastida Fernández C, Mensa Vendrell M, Manzanque Gordón A.

Hospital Clínic de Barcelona. Calle Villaroel 170. Barcelona. España

OBJETIVO: el aumento en la incidencia de infecciones producidas por bacilos Gram-negativos (BGN) multiresistentes (MR) productores de carbapenemasas OXA-48 y betalactamasas de espectro extendido (BLEE), limitan las opciones terapéuticas, haciendo necesario el uso de nuevos antibióticos. Recientemente, la Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado ceftazidima-avibactam para el tratamiento de infecciones intraabdominales (en combinación con metronidazol) y urinarias complicadas causadas por estos BGN. El objetivo del estudio es describir el uso y adecuación del tratamiento con ceftazidima-avibactam, según las recomendaciones especificadas en ficha técnica (FT). Como objetivos secundarios se evaluó la efectividad y seguridad del fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con ceftazidima-avibactam entre el 1/1/2015 y el 15/4/2016. Se registraron las variables demográficas, analíticas (reactantes de fase aguda y función renal) y microbiológicas, así como la etiología de la infección, posología, duración de tratamiento y tipo de tratamiento (empírico/dirigido). La efectividad fue valorada de acuerdo con la negativización de los cultivos al final del tratamiento antibiótico. Se recogieron los motivos de discontinuación y los efectos adversos (EA).

RESULTADOS: se incluyeron 13 pacientes (6 mujeres, 10 quirúrgicos) con una media de edad de $63 \pm 11,9$ años. Se revisaron un total de 15 tratamientos, ya que un paciente recibió 3 ciclos de tratamiento. Todas las infecciones fueron de origen nosocomial. Se aislaron un total de 16 microorganismos: *Klebsiella pneumoniae* BLEE/OXA-48 ($n=12$) y *Pseudomonas aeruginosa* MR ($n=4$). Los tratamientos fueron de tipo dirigido y la etiología de las infecciones fue: 6/15 intraabdominales (1 con metronidazol asociado), 5/15 infecciones respiratorias, 3/15 urinarias, 1/15 infección de la piel y tejidos blandos y 1/15 infección por catéter. 8/15 cursaron con bacteriemia. La mediana de duración del tratamiento fue de 14 días (RIQ: 10-21). En 6/15 tratamientos la dosis se ajustó correctamente según FT, en 8/15 se sobredosificó el fármaco y en 1/15 se infradosificó ≥ 48 horas. La negativización de los cultivos se consiguió en 12/16 (en 2 casos no se dispone de cultivos de control). Cinco pacientes (4 sobredosificados) sufrieron EA neurológicos relacionados con ceftazidima-avibactam. Los EA fueron: mioclonias, disminución del nivel de conciencia y estatus epiléptico no convulsivo($n=2$). En todos los casos fue necesario instaurar tratamiento médico y en 1 caso se requirió ajuste de la dosis. En 3/15 se retiró el fármaco por EA, 2/15 por exitus y el resto completaron el tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES: ceftazidima-avibactam sólo se utilizó de acuerdo con las indicaciones de la FT en 4 de los 15 tratamientos. Pese al uso del antibiótico para indicaciones no especificadas en FT, el fármaco mostró una buena efectividad en nuestros pacientes. Por otro lado, creemos que el ajuste de la dosis de ceftazidima-avibactam a la función renal del paciente es clave para minimizar la aparición de EA. En base a nuestra experiencia, recomendamos realizar los ajustes según el aclaramiento de creatinina en orina para mayor precisión y monitorizar los cambios de la función renal en el transcurso del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

252. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: DÍAZ RANGEL M, LERMA GAUDE V, MARCO DEL RIO J, DOMINGO CHIVA E, SANCHEZ RUBIO F, ROMERO CANDEL G.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. CALLE HERMANOS FALCO, 6. Albacete. España

OBJETIVOS: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una forma específica de neumonía intersticial fibrosante crónica y mortal. Se trata de una enfermedad rara con pocas opciones terapéuticas. La pirfenidona es el primer principio activo aprobado, comercializado en 2014 para la FPI. El objetivo es analizar la utilización, efectividad y seguridad de pirfenidona en el tratamiento de FPI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes tratados con pirfenidona entre diciembre de 2012 y abril de 2016. Ámbito: hospital universitario de tercer nivel. Variables estudiadas: sexo, edad, hábito tabáquico, diagnóstico FPI, tratamiento previo, pauta posológica y duración del tratamiento, efectividad y efectos adversos (EA). La efectividad fue medida como la diferencia entre situación basal y semana 52 de capacidad vital forzada (CVF) y prueba de la distancia caminada en 6 minutos (PM6M). Fuentes de información: programa informático Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Análisis estadístico: programa STATA®v.13.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes (12 hombres), con mediana de edad 72 años (55-80). El 52,6% eran no fumadores, el 36,8% exfumadores y el 10,5% fumadores. En cuanto al diagnóstico, el 42,1% se trataba de FPI confirmada, 36,8% FPI posible y el 21,1% FPI probable. Tratamiento previo para FPI había recibido el 63,2% de los pacientes, siendo el más frecuente N-acetilcisteína asociado a corticoides. Todos los pacientes fueron tratados de forma inicial con pirfenidona 801mg/24h, aumentándose semanalmente hasta alcanzar 801mg/8h en la tercera semana. La duración media de tratamiento fue de 9,4 meses (DE 11,9). La media de CVF basal y a la semana 52 fue 70,9% DE 14,4 (15 pacientes) y 74,1% DE 8,8 (7 pacientes), respectivamente. En la semana 52 tres pacientes presentaron aumento de CVF y en cuatro disminuyó, siendo esa disminución mayor del 10% sólo en dos pacientes. La media de la PM6M basal y a la semana 52 fue de 490,1 metros DE 78,3 (12 pacientes) y 507,4 metros DE 47,4 (2 pacientes), respectivamente. Sólo un paciente mejoró la marcha. Un 78,9% de los pacientes presentó EA, siendo los más frecuentes: anorexia (42,1%), astenia (42,1%), fotosensibilidad (36,8%) y pérdida de peso (31,6%). Las transaminasas sólo se elevaron tres veces por encima del límite superior de la normalidad en tres pacientes. Se disminuyó la dosis en dos pacientes, por tratamiento concomitante con paroxetina y por pérdida de peso importante. En un paciente se suspendió por hipersensibilidad y hubo un abandono.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de FPI tan sólo fue confirmado en un 42,1% de los pacientes, siendo la indicación adecuada de pirfenidona. La posología utilizada se adecua a lo descrito en ficha técnica.

Solo en dos pacientes se suspendió el tratamiento con pirfenidona por EA. Cabe resaltar que se ha detectado fotosensibilidad en el 36,8% de los pacientes, superior a lo descrito en la bibliografía.

Se dispone de datos de CVF para evaluar la efectividad del 36,8% de los pacientes, mostrando efectividad en la mayoría de estos. Al tratarse de un fármaco de reciente comercialización se requiere un seguimiento más estrecho para evaluar efectividad y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

743. CASO CLÍNICO DE ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA Y SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

AUTORES: SALVADOR GARRIDO P, PEDREIRA VAZQUEZ I, GONZALEZ PIÑEIRO S, MARTIN HERRANZ I.

C.H.U. DE A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: La interrupción del tratamiento con eculizumab en el Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUa) debe contemplarse de forma individualizada en función de la mutación existente y la evolución clínica del paciente.

Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de un paciente con SHUa tratado con eculizumuab en el que se realizaron estrategias de optimización farmacoterapéutica y posteriormente, la suspensión del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de un paciente adulto con SHUa tratado con eculizumuab. Protocolo tratamiento: Fase inicial (4 semanas): 900 mg/semana; Fase mantenimiento: 1.200 mg la quinta semana y después 1200 mg cada 14 ± 2 días. Variables clínicas para monitorización: 1) Eficacia: función renal (creatinina: Cr), función hematológica (plaquetas) y parámetros indicativos de hemólisis (lactato deshidrogenasa □ LDH- y haptoglobina).

RESULTADOS: Hombre de 73 años, que ingresó por un deterioro agudo de función renal (Cr: 6,4 mg/dL), acompañado de anemia (Hb: 12 g/dL), trombopenia (24.109/L plaquetas) y hemólisis (LDH: 3.123 UI/L y haptoglobina 11,5 mg/dL). Se inició tratamiento sustitutivo renal, plasmaféresis e infusión de plasma. Debido a la persistencia de anuria y reacción al plasma, se inició eculizumuab. Recibió 29 dosis, 4 de inicio y 25 de mantenimiento, durante 18 meses de tratamiento. Después de las dos primeras dosis de la fase inicial, la mejoría de la función renal determinó la suspensión de la hemodiálisis (había recibido 7 sesiones). En la fase de mantenimiento, a partir de la tercera dosis, su estabilización renal, junto con la normalización del resto de variables clínicas, permitió realizar su optimización farmacoterapéutica, mediante el alargamiento del intervalo posológico de administración (17 dosis cada 21 días y las 5 últimas dosis cada 24 días). Durante todo el tratamiento, tanto con la dosis habitual establecida como con la optimizada se mantuvo su estabilidad clínica y analítica: creatinina: $1,24 \pm 0,15$ vs $1,07 \pm 0,09$ mg/dL, plaquetas: $309,50 \pm 14,48$ vs $304,58 \pm 33,66$.109/L, LDH: $334,25 \pm 40,84$ vs $430,62 \pm 52,61$ UI/L y haptoglobina: $223,50 \pm 40,84$ vs $186,64 \pm 41,50$ mg/dL. La recuperación clínica del paciente y su estabilización durante todo el periodo de tratamiento, y la disponibilidad del estudio genético que muestra que no presenta mutaciones ni anomalías en el sistema del complemento, aunque es portador del haplotipo de riesgo en homocigosis para MCP, determinaron su suspensión hace 7 meses, precisando de la colaboración y participación activa del paciente y familia. Durante este periodo sin eculizumuab, y continuando con la realización de un estrecho seguimiento clínico, el paciente ha mantenido su estabilización clínica y analítica: creatinina: $1,09 \pm 0,12$ mg/dL, plaquetas: $247,89 \pm 22,98$.109/L, LDH: $337,83 \pm 102,07$ UI/L y haptoglobina: $181,83 \pm 22,63$ mg/dL.

CONCLUSIONES: Este caso muestra la posibilidad de suspender eculizumuab en pacientes con Síndrome Hemolítico Urémico Atípico que se encuentren en remisión clínica estable, requiriendo el estudio genético y la corresponsabilización del paciente/entorno familiar con su situación clínica como ayuda para la correcta toma de decisiones, así como garantizar su estrecha monitorización.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1120. ECULIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: SALVADOR GARRIDO P, PEDREIRA VAZQUEZ I, MARTINEZ ROCA C, MARTIN HERRANZ I. C.H.U. DE A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Nuestro objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de eculizumuab en un paciente pediátrico diagnosticado de Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUa).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de un paciente pediátrico con SHUa tratado con eculizumuab. El protocolo de tratamiento establecido para pacientes con peso comprendido entre 20 y 30 kg es: Fase inicial (2 semanas): 600 mg/semana; Fase mantenimiento: 600 mg la tercera semana y después 600 mg cada 14 ± 2 días. Variables clínicas para monitorización: 1) Eficacia: función renal (creatinina: Cr), función hematológica (plaquetas) y parámetros indicativos de hemólisis (lactato deshidrogenasa □ LDH- y haptoglobina). 2) Seguridad: efectos adversos.

RESULTADOS: Niña de 9 años, que ingresó por un deterioro agudo de función renal con anuria (Cr: 8,08 mg/dL) acompañado de anemia (Hb: 8,8 g/dL), trombopenia (35.109/L) y hemólisis (LDH: 11.044 UI/L y haptoglobina: 5,83 mg/dL). Se inició tratamiento sustitutivo renal (diálisis peritoneal), pero continuó el empeoramiento progresivo de la función renal y la persistencia de anuria. Ante este cuadro clínico se sospechó el diagnóstico de SHUa, que determinó el inicio de tratamiento con eculizumuab. Hasta el momento actual ha recibido 29 dosis, 2 de inicio y 27 de mantenimiento, siguiendo el protocolo anteriormente establecido, ya que su peso ha oscilado entre 26-30 kg. Después de la tercera dosis, la mejoría de la función renal determinó la suspensión de la diálisis peritoneal. Tras 4 dosis, se consiguió la mejoría de todos los parámetros clínicos. La mejoría de la función renal se ha mantenido estable durante todo el periodo de tratamiento (Cr: $0,69 \pm 0,12$ mg/dL); de forma similar se han mantenido cifras normales de plaquetas ($317,63 \pm 39,05$.109/L). En cuanto a los niveles de lactato deshidrogenasa, inicialmente se produjo un descenso significativo hasta su normalización, manteniéndose estables durante el periodo de tratamiento (LDH: $404,69 \pm 28,82$ UI/L), aunque en ocasiones presentaba fluctuaciones fuera de rango (505-654 UI/L), así como la normalización de los valores de haptoglobina (58 mg/dL). Su recuperación clínica y la posterior disponibilidad del estudio genético

mostrando que era negativo para SHUa pero que es portadora del haplotipo de riesgo en homocigosis en CFH, han determinado que tras un año de tratamiento se haya decidido la suspensión del tratamiento.

En cuanto a su seguridad, la paciente ha notificado episodios puntuales de cefalea, pero no han podido atribuirse a la administración de eculizumab, debido a que ha presentado cifras tensionales elevadas y estaba recibiendo tratamiento antihipertensivo.

CONCLUSIONES: En este paciente pediátrico, eculizumab ha mostrado ser efectivo en el SHUa, produciendo una mejora renal significativa, evitando la progresión a técnicas de diálisis, muy buena respuesta hematológica, y mejora de la hemólisis intravascular. El mantenimiento de los parámetros clínicos en valores normales y su buena tolerabilidad ha permitido mantener su calidad de vida, especialmente importante en niños y sus familiares.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

431. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Pardo Santos N, MARTINEZ AGUIRRE I, PEREZ ESPAÑA Z, LLONA ARMADA A, ALVAREZ LAVIN M, YURREBASO IBARRACHE MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. avenida montevideo, 18. Vizcaya. España

OBJETIVOS Comparar la efectividad de la pirfenidona en la práctica clínica con la eficacia descrita en el ensayo clínico (EC) PIPF-016 y describir el perfil de seguridad del fármaco. La pirfenidona es un medicamento huérfano autorizado en 2011 para la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), considerada una enfermedad rara con escasas opciones terapéuticas. **MATERIAL Y MÉTODO** Estudio observacional y descriptivo en pacientes con FPI en tratamiento activo con pirfenidona. Todos los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica eOsabide-Global® y del programa de dispensación hospitalaria FARHOS®. Se recogieron las reacciones adversas descritas en la historia clínica y los resultados de las pruebas de capacidad vital forzada (CVF(L)) al inicio del tratamiento y en la semana 52. En los pacientes en los que la duración del tratamiento fue $\geq$ a 52 semanas se calculó el porcentaje de variación de la CVF respecto a la basal. La variación se clasificó en 3 grupos: sin reducción, reducción

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1095. EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO CON TERAPIA ENZIMÁTICA SUSTITUTIVA A BAJAS DOSIS EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER.

AUTORES: PELLICER FRANCO C, GARCIA MOLINA O, MONSERRAT COLL J, RUBIA NIETO ADL.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena s/n. Murcia. España

OBJETIVO: La enfermedad de Gaucher es una enfermedad rara, provocada por mutación autosómica recesiva de la β -glucocerebrosidasa, no pudiéndose degradar el sustrato glucocerebrósido, resultando así en su acumulación en los lisosomas de los macrófagos.

Se han descrito tres fenotipos, de ellos la enfermedad no neuropática (tipo 1), es la más frecuente en el adulto.

Se dispone de tratamiento con terapia enzimática sustitutiva (TES), que ha demostrado revertir o aminorar las manifestaciones de la enfermedad. Existen estudios que muestran que reducciones de dosis del 50% al 75% son capaces de alcanzar los objetivos terapéuticos de la enfermedad.

Nuestro objetivo es el de evaluar la eficiencia de tratamiento a bajas dosis de TES mediante medida de su eficacia y reducción de costes asociados.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo del tratamiento de imiglucerasa desde 2009 hasta el 2016 de paciente con EG, con reducción de dosis progresiva.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se midieron los objetivos de respuesta terapéutica de: incremento de valores de hemoglobina con independencia transfusional, incremento de plaquetas, reducción de volumen hepático y esplénico, mejora de la enfermedad ósea y reducción de quitotriosidasa y CCL-18/PARC

Para la evaluación económica se midió el coste diferencial año según dosis y el coste diferencial total.

RESULTADOS: Paciente de 47 años diagnosticado de enfermedad de Gaucher tipo 1 en Octubre de 2008. Comenzó tratamiento con Imiglucerasa en Enero de 2009 a dosis habituales de 60UI/Kg cada 2 semanas (8.800 UI/mes). En Junio de 2009, por desabastecimiento global del fármaco, se redujo un 75% la dosis (15 UI/Kg/14 días, 2400 UI/mes) durante 12 meses, cuando volvió a pauta habitual al restablecerse la comercialización del fármaco.

En septiembre de 2011, ante un nuevo desabastecimiento, se volvió a reducir pauta a 30UI/Kg/mes (2400UI/mes) hasta Noviembre de 2012 cuando se disminuyó a 30UI/Kg/ cada 2 meses (1200UI/mes, reducción del 85%)

Los parámetros clínicos se encuentran actualmente todos en valores óptimos respecto al inicio del tratamiento: aumento de Hb de 12 a 14 gr/dl, plaquetas de 40 a 90 mil/mm³ manteniendo valores hemostáticos, reducción de vo-

lumen hepático a normal, reducción del volumen del bazo de 25 a 18 cm, mínima osteopenia, reducción en un 80% de la actividad quitotriosidasa (14.938 a 3.078 nmol/ml/h) y del 87% del nivel de CCL-18/PARC (3.895 a 502 ng/ml). El coste diferencial anual de la dosis de 30UI/mes con respecto a la dosis estándar fue de -252.586, y -299.945, para la dosis de 15UI/mes, suponiendo un coste diferencial total de -1.476.111.

CONCLUSIONES: El paciente se encuentra en respuesta óptima al alcanzar 5 de los 6 criterios de respuesta definidos, incluida la enfermedad ósea. El tratamiento con Imiglucerasa se mantiene al seguir encontrándose niveles de quitotriosidasa.

La reducción de dosis ha supuesto un ahorro considerable para el sistema sanitario sin menoscabar la efectividad del tratamiento haciéndolo así eficiente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

719. ENFERMEDADES RARAS NO ONCO-HEMATOLÓGICAS: APROXIMACIÓN A SU PREVALENCIA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO

AUTORES: GASTÓN AÑÑOS JF, GÓMEZ RIVAS P, BUSTOS MORELL C.

HOSPITAL DE BARBASTRO. Ctra. Nacional 240 S/N. Huesca. España

OBJETIVOS: Determinar las enfermedades raras (EERR) no onco-hematológicas y estimar su prevalencia a partir del registro de tratamientos dispensados por el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de un sector sanitario. Comparar las tasas obtenidas con los datos epidemiológicos disponibles para detectar desviaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional. Se recogieron los datos de las dispensaciones realizadas a los pacientes de un sector sanitario a partir del programa de gestión del SFH durante el año 2015, filtrando por diagnósticos de EERR tomando como referencia el listado de EERR de Orphanet.

Se excluyeron todas las EERR onco-hematológicas dada la complejidad de sus criterios diagnósticos.

Al atender el sector sanitario una población de 100.000 habitantes, la prevalencia de EERR onco-hematológicas observada se obtiene directamente con los casos registrados en nº de casos/100.000 habitantes.

Se comparan los datos obtenidos con los datos de prevalencia de Orphanet, y se analizan las desviaciones atendiendo a la especificidad o no de los tratamientos hospitalarios.

RESULTADOS: De un total de 1492 pacientes externos y 688 pacientes ambulatorios atendidos por el SFH en 2015, 88 lo fueron para el tratamiento de 31 EERR no onco-hematológicas diagnosticadas diferentes. Esto supone un 4% de los pacientes no ingresados atendidos, y menos del 0,1% de la población del sector. Un paciente fue atendido de 2 EERR no onco-hematológicas distintas.

Las parejas de datos obtenidos/esperados para las distintas EERR fueron las siguientes:

Adrenoleucodistrofia (2/5), anemia drepanocítica (4/15), anemia hemolítica autoinmune (2/2), angioedema hereditario (2/1), cistinuria (1/14), dermatomiositis (3/6), ELA (11/4), enfermedad de Addison (11/13), enfermedad de Gaucher (1/1), enfermedad de Von Willebrand (2/13), enfermedad de Wilson (1/3), esclerodermia sistémica (2/15), fenilcetonuria (6/10), fibrosis quística (2/7), granulomatosis (1/9), hemofilia A (3/5), hemofilia adquirida (1/0,1), linfangioleiomiomatosis (1/0,15), miastenia grave (2/8), micosis fungoide (2/0,5), mielofibrosis (2/3), otros trastornos del metabolismo (2/2), pénfigo vulgar (5/18), poliarteritis nodosa (1/3), policitemia vera (2/30), polimiositis (1/7), polineuropatía desmielinizante (4/4), PTI (4/25), queratoconjuntivitis (4/15), síndrome de Cushing (1/7), vasculitis inespecífica (2/6).

En general, los resultados obtenidos muestran que los valores obtenidos de pacientes diagnosticados y tratados son globalmente 1/3 de los pacientes diagnosticados esperados.

Se desechan para el ulterior análisis las EERR con posibles tratamientos alternativos no hospitalarios. De las EERR cuyo tratamiento base es hospitalario, se obtienen las siguientes peculiaridades epidemiológicas:

Datos obtenidos superiores a los esperados: ELA.

Datos obtenidos inferiores a los esperados: Fibrosis quística, PTI.

CONCLUSIONES: La ELA muestra en el sector una prevalencia de tratamiento significativamente superior a la esperada. En fibrosis quística y PTI la prevalencia observada es inferior a la esperada, lo que puede indicar un infradiagnóstico o infratratamiento en estas EERR.

El análisis de los tratamientos hospitalarios constituye una herramienta útil en la detección de peculiaridades epidemiológicas, así como de posibles lagunas en el diagnóstico y/o tratamiento de las EERR.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

557. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NINTEDANIB EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: Senra Afonso L, Garay Sarriá C, Lizama Gómez N, Mayorga Pérez J, Illaro Uranga A, Valero Domínguez M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Avda. de Valdecilla, nº25, C.P. 39008. Cantabria. España

OBJETIVO: nintedanib es un inhibidor de la tirosina-cinasa que reduce la proliferación, migración y diferenciación de fibroblastos pulmonares, con efecto antifibrótico y antiinflamatorio. Está indicado como tratamiento de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en adultos, patología para la cual el único fármaco aprobado hasta el pasado año era pirfenidona. En este contexto, se evalúa el uso de nintedanib en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo del uso de nintedanib en pacientes adultos con FPI. Se seleccionaron todos los pacientes en tratamiento desde el primer episodio (junio/2015) hasta la actualidad. Desde la Historia Clínica y el programa de Prescripción Electrónica Asistida se recogieron datos sobre variables demográficas y clínicas, indicación, posología, terapia previa y concomitante, capacidad vital forzada (CVF), reacciones adversas (incluyendo monitorización de transaminasas y bilirrubina total) y evolución clínica. Se midió el porcentaje de CVF en relación al valor teórico previsto para cada paciente, considerándose que el tratamiento era efectivo en caso de mantenimiento o pérdida $\leq 10\%$, respecto al valor basal, de dicho porcentaje de CVF, y que no era efectivo en caso de pérdida $> 10\%$ de CVF o empeoramiento según Historia Clínica.

RESULTADOS: se han tratado 6 pacientes, con media de edad de 72 (66-80) años, siendo el 67% hombres. Se incluyeron todos los episodios de tratamiento con nintedanib entre junio/2015 y la actualidad. La posología en todos los casos fue de 150 mg c/12h durante todo el tratamiento, sin necesidad de ajustes por efectos adversos. Todos habían recibido anteriormente, sin respuesta adecuada, corticoides orales o inhalados y/o N-acetilcisteína. De entre ellos, 3 pacientes recibieron tratamiento concomitante a nintedanib: 1 recibió azatioprina, prednisona y fluticasona inhalada; otro recibió N-acetilcisteína, y otro fluticasona inhalada. Un 50% de los pacientes experimentaron reducción $\leq 10\%$ de la CVF respecto al valor al inicio del tratamiento (media de reducción de CVF del 4%). En el 50% restante la reducción de CVF fue $> 10\%$ (reducción media del 18,9%). Respecto a reacciones adversas, un paciente experimentó diarrea de 3 días de duración y otro hipercolesterolemia, aunque no se estableció la relación con el tratamiento y no requirió cambio posológico. Se observó elevación de alanina-aminotransferasa (ALT) en el 67% de los pacientes (media pre-inicio de tratamiento: 31,6 (13,7-63,3) UI/L y media post-inicio de tratamiento: 36,6 (22,3-52) UI/L), y de aspartato-aminotransferasa (AST) en el 67% (media pre-inicio: 26,2 (19,3-29,5) UI/L y media post-inicio: 31,4 (25,3-37,5) UI/L). No hubo suspensiones de tratamiento por efectos adversos. Un paciente experimentó ligera mejoría clínica. Se produjo el fallecimiento del paciente con menor CVF (43%) al inicio del tratamiento; los otros 5 continúan en tratamiento con nintedanib.

CONCLUSIONES: nintedanib constituye una alternativa terapéutica en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, con modesta efectividad en la disminución del deterioro de CVF y con toxicidad predominantemente gastrointestinal y hepática, aunque manejable. Este estudio abarcó una pequeña población de pacientes; tras la reciente comercialización del fármaco, serán necesarios más estudios para determinar su eficacia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

587. LUMACAFTOR-IVACAFTOR: NUEVO ENFOQUE TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUISTICA

AUTORES: RUIZ LOPEZ M, IBAÑEZ ZURRIAGA A, GIRON MORENO RM, PEREZ ABANADES M, RAMIREZ HERRAIZ E, MORELL BALADRON A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. C/DIEGO DE LEON, 62. Madrid. España

OBJETIVO: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen que codifica la proteína CFTR que afecta a 1 de cada 4000-5000 personas. En pacientes homocigotos para la mutación F508del el fármaco Lumacافتor-Ivacaftor (LUM-IVA) actúa por un lado como corrector aumentando la cantidad de CFTR transportada a la membrana celular y por otro lado como potenciador, aumentando la apertura del canal.

El objetivo de este estudio es evaluar el tratamiento LUM-IVA en los pacientes incluidos en el programa de uso expandido en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional prospectivo desde 1 febrero al 15 abril de 2016. Se incluyeron pacientes con FQ homocigotos para la mutación F508del. Se revisaron los informes clínicos y analíticas. Se elaboró una hoja de recogida de datos con los siguientes ítems: edad, sexo, porcentaje predicho de volumen máximo de aire espirado en el primer segundo (ppFEV1) día 1, día 2, mes 1, mes 2, transaminasas (GPT y GOT), bilirrubina sérica, gamma-glutamyl-transferasa (GGT), fosfatasa alcalina (FA), efectos secundarios y opinión de los pacientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 4 pacientes, 3 hombres con una media de edad de 29 años y con ppFEV1

CONCLUSIONES: Los datos de eficacia inicial de LUM-IVA son distintos de los obtenidos en los ensayos clínicos, posiblemente debido al peor estado basal de los pacientes incluidos (ppFEV1

En seguridad, se observa un empeoramiento clínico grave las 2-3 primeras semanas del tratamiento, siendo el efecto adverso más importante la disnea.

Es importante el papel del fármaco en la evaluación del cumplimiento de los objetivos terapéuticos y adquisición de tratamientos en acceso expandido, en especial en enfermedades raras.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

419. NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: PÉREZ ABÁNADES M, MARTÍNEZ NIETO C, RAMÍREZ HERRÁIZ E, VALENZUELA . C, SERRA LOPEZ-MATENCIO JM, MORELL BALADRÓN A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. Calle Diego de León 62. Madrid. España

OBJETIVO: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI), es una enfermedad rara, con una supervivencia media de 3-5 años tras el diagnóstico. Hasta la aparición de nintedanib y 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 nintedanib para el tratamiento de la FPI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de FPI que iniciaron tratamiento con nintedanib dentro del acceso expandido antes de la comercialización (Agosto 2014-Diciembre 2015). Los datos recogidos fueron: edad, sexo, tabaco, fecha de diagnóstico, fecha de inicio y finalización de nintedanib, 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 14 pacientes, 11 (78,6%) hombres y 3 (21,4%) mujeres, con una media de edad de 70,68 (7,07) años. La mediana desde el diagnóstico de FPI hasta el inicio de tratamiento con nintedanib fue 1,97 meses (IQR 1,53-2,68). Ningún paciente había recibido tratamiento previo con pirfenidona.

Antes del inicio del tratamiento, los pacientes presentaban una mediana de CVF de 82,95% (IQR 72,28-100,43), DLCO de 45,20% (IQR 37,65-63,88), media de GPT de 13,56 U/L (4,59), GOT de 17,63 U/L (3,34), mediana de GGT de 21,00 U/L (IQR 19,50-35,00) y mediana de bilirrubina sérica total de 0,50 mg/dL (IQR 0,38-0,73).

La mediana de persistencia al tratamiento con nintedanib fue 7,88 meses (IQR 5,45-11,82). En 3 (21,4%) pacientes se suspendió el tratamiento, los motivos fueron efectos secundarios 2 (66,7%) y pérdida de seguimiento 1 (33,3%).

A los 3 meses de tratamiento la mediana de CVF fue 80,10% (IQR 66,80-101,20) y de DLCO 38,10% (IQR 31,30-61,10). A los 6 meses de tratamiento la mediana de CVF fue 92,65% (IQR 81,10-111,88) y de DLCO 58,80% (41,58-66,90). A los 9 meses de tratamiento la mediana de CVF fue 83,30% (IQR 75,90-90,70) y de DLCO 39,75% (38,80-40,70). A los 12 meses de tratamiento la mediana de CVF fue 82,90% (IQR 79,00-86,80) y de DLCO 50,50% (39,10-61,90).

Los efectos secundarios fueron: diarrea 9 (64,3%) pacientes, aumento GGT 7 (50,0%), aumento GOT en 5 (35,7%), aumento GPT 5 (35,7%), flatulencia 6 (42,9%), náuseas 3 (21,4%), pérdida de apetito 3 (21,4%), mareos 2 (14,3%), aumento bilirrubina sérica 2 (14,3%), vómitos 1 (7,1%) y dolor abdominal 1 (7,1%). Se redujo la dosis de nintedanib en 4 (28,6%) paciente debido al aumento en las transaminasas.

CONCLUSIONES: Nintedanib consiguió estabilizar la CVF y DLCO en el primer año de tratamiento.

Los efectos secundarios se presentaron en un 78,6% de pacientes y un 21,4% tuvieron que suspender el tratamiento. La monitorización de estos tratamientos es importante para alcanzar el beneficio terapéutico y controlar sus efectos secundarios.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

161. NUTRICIÓN PARENTERAL LIBRE DE AMINOÁCIDOS RAMIFICADOS PARA EL MANEJO URGENTE DE UNA DESCOMPENSACIÓN GRAVE DE LA ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE

AUTORES: BLANCO DORADO S, FERNANDEZ FERREIRO A, GIRALDEZ MONTERO JM, GONZALEZ-ANLEO LOPEZ C, GONZÁLEZ BARCIA M, LAMAS DÍAZ MJ.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. Choupana S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir el uso de una nutrición parenteral elaborada empleando una mezcla de aminoácidos no ramificados para el manejo agudo de un paciente con enfermedad de jarabe de arce. Analizar su eficacia y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso: a través de la historia clínica electrónica se recopiló la información del paciente; antecedentes, anamnesis, evolución clínica y tratamiento recibido. Asimismo, se obtuvieron los datos de las concentraciones plasmáticas de los aminoácidos ramificados.

Para el análisis de eficacia se registró la evolución de los niveles plasmáticos de aminoácidos ramificados durante los días de ingreso.

Para el análisis de seguridad se registró cualquier efecto adverso asociado al tratamiento con la nutrición parenteral.

RESULTADOS: Paciente de 2 años y 3 meses de edad diagnosticado de enfermedad de orina con olor a jarabe de arce mediante cribado metabólico neonatal que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 3 días de evolución de fiebre, vómitos con las tomas e inestabilidad en la marcha. En la analítica se objetiva acidosis metabólica por lo que se decide el ingreso hospitalario, con diagnóstico de descompensación metabólica en contexto de infección por adenovirus.

Inicialmente se pauta dieta exenta de proteínas, perfusión de glucosa a 10 mg/kg/min y lípidos a 3.3 mg/kg/día. Posteriormente se inicia hemodiafiltración. Presenta tendencia a hiponatremia e hiperglucemia por lo que se administra perfusión de suero salino al 3% e insulina. Se comienza la administración de suplementos de valina, alanina, isoleucina y tirosina a dosis ajustadas según niveles.

El tercer día de ingreso se inicia alimentación oral con fórmula exenta en aminoácidos ramificados. Sin embargo, los días siguientes el paciente presentó vómitos, intolerancia gástrica y niveles elevados de leucina. Ante la gravedad del cuadro clínico, y la imposibilidad de incrementar los aportes calóricos por vía enteral, el día 15 de ingreso se inicia tratamiento con nutrición parenteral con aminoácidos no ramificados.

Los niveles de leucina se redujeron de forma rápida con el inicio de esta nutrición parenteral. Inicialmente la concentración plasmática de leucina era de 9,17 mg/dl, alcanzando un valor máximo de 12 mg/dl el día 7 de ingreso. Con el inicio de la nutrición parenteral los niveles de leucina se reducen a 0,27 mg/dl manteniéndose posteriormente normales (1-2.6 mg/dl). Se observó una importante mejoría clínica del paciente que permitió su traslado a planta y posteriormente el alta hospitalaria.

Se observó un incremento transitorio en las enzimas hepáticas como consecuencia de nutrición parenteral prolongada.

CONCLUSIONES: El uso de nutrición parenteral elaborada a partir de una mezcla de aminoácidos no ramificados fue eficaz y seguro. Los niveles plasmáticos de leucina disminuyeron rápidamente tras el inicio de la nutrición parenteral y la mejoría clínica fue evidente. El alto aporte calórico-proteico que se consigue mediante la administración de la nutrición parenteral permitió evitar la situación de catabolismo y el agravamiento de la descompensación.

Esta experiencia ha servido para actualizar los protocolos del manejo agudo de la enfermedad de jarabe de arce incluyendo esta nueva alternativa para futuros pacientes que no toleren las fórmulas enterales específicas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

683. PIRFENIDONA, PRIMER FÁRMACO AUTORIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD TRES AÑOS DESPUÉS DE SU AUTORIZACIÓN

AUTORES: MARTÍN CARRO C, VELASCO ROCES L, IGLESIAS GARCÍA MT.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV/ROMA S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad con la experiencia de tres años de utilización de pirfenidona, primer fármaco con la indicación aprobada para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con FPI que iniciaron tratamiento con pirfenidona en el periodo 2012-2015. Se evaluaron los siguientes parámetros de función pulmonar: Capacidad Vital Forzada (CVF), Difusión Pulmonar de monóxido de Carbono (DLCO), al inicio del tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses, así como la Supervivencia Libre de Progresión (SLP, definida como el tiempo transcurrido desde inicio de tratamiento hasta que se produce una disminución de la CVF $\geq 10\%$, una disminución de DLCO $\geq 15\%$ o exitus) y las reacciones adversas. Se utilizó la historia clínica electrónica del paciente Cerner Millennium® para realizar el seguimiento y obtención de datos que fueron recogidos en un documento Excel® para su posterior análisis.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio fueron tratados con el fármaco 16 pacientes, con edades comprendidas entre 49 y 62 años de edad (mediana 63.25 años). La mediana de duración del tratamiento fue de 11 meses (Rango 2-47; el 75.00% de los pacientes continúa en tratamiento). El 81.25% de los pacientes eran hombres, el 75.55% eran fumadores o exfumadores, el 37.50% estuvo expuestos a tóxicos ambientales y el 31.25% tenía antecedentes familiares de FPI. La media de la CVF al inicio del tratamiento fue de 62.27% (2.47 L), a los 6 meses 60.72% (2.35 L) y a los 12 meses fue de 62.12% (2.37 L). El cambio de CVF a los 6 y 12 meses fue del -1.54% (-0.11 L) y -1.62% (-0.13 L) respectivamente. A los 6 meses el 81.82% de los pacientes experimentó un descenso

CONCLUSIONES Pirfenidona en los pacientes del estudio, con FPI leve o moderada, ha demostrado un efecto modesto en la disminución del deterioro de la CVF, variable subrogada de la enfermedad. No obstante no deja de ser un tratamiento paliativo en pacientes cuyo destino final, si cumplen criterios, es el trasplante pulmonar. Pirfenidona tiene un perfil de seguridad bastante desfavorable, más de la mitad de los pacientes presentaron algún efecto adverso que les llevó a reducir o suspender el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

417. TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDADES LISOSOMALES

AUTORES: CARRASCOSA PIQUER O, CORNEJO UIXEDA S, ALMELA TEJEDO M, SARRIO MONTES G, GINER GALVAN V, SANCHEZ ALCARAZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. Ctra. de Corbera, km. 1. Valencia. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Agalsidasa- α y velaglucerasa- α son terapias de sustitución enzimática(TSE) para tratamiento de pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry y Gaucher respectivamente, que requiere administración intravenosa quincenal en Hospital de Día(HD). Esto supone consumo de recursos tanto hospitalarios como desplazamientos al hospital y absentismo laboral de pacientes y familiares.

FORMULACIÓN Y DISEÑO

Con el fin de facilitar el tratamiento, evitar traslados al hospital asegurando la continuidad de la administración y mejorar la calidad de vida, se implantó el programa de terapia a domicilio TSE@HOME en dos hospitales de la Comunidad Valenciana, departamentos que atienden numerosos municipios. La administración se realiza por la empresa externa de servicios de asistencia sanitaria Caregiving.

Los criterios de inclusión al programa fueron situación clínica estable, al menos 10 infusiones previas en HD, ausencia de acontecimientos adversos y entorno domiciliario apropiado.

Se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes para valorar comodidad, seguridad, flexibilidad y confianza del programa.

EJECUCIÓN

El personal de enfermería de Caregiving se encarga de recoger la medicación en el servicio de farmacia(SF), preparar y administrar la mezcla intravenosa en domicilio y monitorizar el estado de salud, remitiendo informes clínicos al facultativo responsable.

Los pacientes tienen programada una consulta hospitalaria trimestral con su médico especialista.

EVOLUCIÓN

TSE@HOME se inició en julio-2015 y se incluyeron 6 pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry y 4 pacientes de Gaucher, con edades comprendidas entre 19 y 63 años.

La mediana de la distancia desde sus domicilios al hospital fue de 6,5km(0,3-24km). Se estima un tiempo medio de desplazamiento en vehículo particular de 22 minutos(10-45minutos).

RESULTADOS Y EFECTOS

Se realizaron 135 administraciones en 8 meses de programa: 88 de agalsidasa- α y 47 de velaglucerasa- α .

El cumplimiento del calendario infusional y de consultas hospitalarias fue del 100%.

La administración de TSE no generó intervenciones sobre seguridad: no se informó ninguna reacción adversa(RA) ni se produjeron bajas o incumplimientos del programa.

Todos los pacientes valoraron positivamente TSE@HOME, destacando flexibilidad horaria, comodidad de administración, intimidad y ahorro de tiempo. Las dudas surgidas previas al inicio, como el manejo de una posible RA o pérdida de seguimiento por el facultativo, se resolvieron una vez implantado el programa.

El coste de preparación y administración en HD se ha calculado teniendo en cuenta las cifras oficiales de la Generalitat Valenciana(DL 1/2005). El coste es 223,80€/paciente con agalsidasa- α y 226,80€/paciente con velaglucerasa- α , excluyendo el coste de los fármacos.

TSE@HOME ha generado un ahorro hospitalario de 15.591,31€, y ha permitido una optimización de recursos, ya que esta actividad no supone ningún gasto para los hospitales. Así mismo, se estima un ahorro de 200€/paciente en desplazamientos desde el inicio del programa y una media de 44 minutos de tiempo por sesión.

El tratamiento a domicilio de TSE demostró ser una alternativa segura y eficaz al tratamiento hospitalario: permite personalizar cuidados, mejorar la logística de HD y SF y reducir costes. Esto se traduce en una mejora de la calidad de vida de pacientes y familiares, y un uso más racional de los recursos hospitalarios.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

975. ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE UNIDADES RELATIVAS DE VALOR

AUTORES: Bilbao Gómez-Martino C, Puebla García V, Borrego Hernández MI, Sáenz de Tejada López M, Zamora Barrios L, Arias Fernández ML.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. c/ Profesor Martín Lagos, s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: Describir la evolución de la actividad del Área de Ensayos Clínicos (EC) a través del sistema de Unidades Relativas de Valor (URVs).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo que analizó los datos de actividad y UVRs generados por los EC gestionados por el Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel en el periodo de un año (abril 2015-marzo 2016).

Las variables registradas fueron: EC nuevos, preparaciones y dispensaciones (paciente/investigador). Se contabilizaron EC cerrados y EC con primera dispensación para el cálculo de EC abiertos y EC activos.

El sistema de URVs adoptado fue el propuesto en la última actualización del Catálogo de Productos y Facturación del SF (SEFH 2009/MSSSI 2001), siendo los productos finales aplicables a EC: «EC Nuevo» ($1URV_{ecn}=382,87$) y «Dispensación de muestras en investigación clínica (MEI)», definida como líneas de tratamiento de EC validadas y dispensadas por el farmacéutico ($1URV_{dmei}=5,99$). Se estimaron las URVs teóricas producidas por las preparaciones de EC (no diferenciadas específicamente para EC en el catálogo. $1URV_{prep}=16,02$).

Se analizó la evolución de las variables así como de las URVs estimadas, calculando las diferencias porcentuales y el ajuste por regresión lineal. Se estimó el porcentaje correspondiente a URVs de EC en las URVs del SF.

RESULTADOS: Durante el año de estudio se registraron 2.467 dispensaciones y 1.651 preparaciones frente a 2.196 y 1.460 respectivamente en el mismo periodo anterior (incrementos de 12,3% y 13,1%).

Se iniciaron 106 EC nuevos, y se pasó de 316 a 340 EC abiertos y de 225 a 232 EC activos (incremento de 7,6% y 3,1% respectivamente).

Los productos finales aplicables fueron 106 EC nuevos ($URV_{ecn}=40.584,2$) y 4.118 dispensaciones de MEI ($URV_{dmei}=14.777,3$), respecto a 108 EC nuevos ($URV_{ecn}=41.350$) y 3.048 dispensaciones ($URV_{dmei}=13.154$) en el mismo periodo anterior (diferencias de -1,9% y 12,3%).

El ajuste por regresión lineal mostró una línea de tendencia ascendente en dispensaciones de MEI con un incremento de 13 dispensaciones/mes ($R^2=0,76$).

El 5,7% de las preparaciones del periodo en el SF fueron de EC. Las URVs estimadas correspondientes a preparaciones de EC fueron 26.449. Éste valor correspondió al 3,3% de las URVs producidas en el Área de Elaboración.

Las URVs producidas por dispensación de MEI correspondieron al 1% de las del Área de Dispensación en el periodo.

CONCLUSIONES: Toda la actividad de EC ha aumentado en el último año, así como el número de EC abiertos y activos. Este incremento sólo puede verse reflejado en las URVs de dispensación de MEI, ya que no ha habido incremento de EC nuevos.

El sistema de URVs, aún siendo una herramienta útil, no consigue reflejar la complejidad de la actividad del Área, ya que no contempla productos finales de mayor valor por ser de EC, como la preparación de citotóxicos y mezclas intravenosas, su enmascaramiento, el diseño de PNTs de nuevas preparaciones o la atención farmacéutica a pacientes externos con VIH. Tampoco diferencia las dispensaciones en bloque a investigador y por paciente. Por ello, es necesario diseñar nuevos productos que reflejen y valoren específicamente todas estas actividades.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

1133. AHORRO EN FÁRMACOS CON ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: CANO COLLADO V, NIGORRA CARO M, COMPANY BEZARES F, VANRELL BALLESTERO A, ARMENGOL ALERT A, PONSÀ MIR G.

HOSPITAL SON LLATZER. Carretera de Manacor, km4. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Cuantificar el ahorro en fármacos que ha supuesto la inclusión de pacientes en ensayos clínicos (EECC) de un Hospital. Describir la distribución del ahorro por servicios clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis observacional retrospectivo. Se seleccionaron todos los EECC de un hospital de segundo nivel con dispensaciones registradas durante el año 2015. De éstos se excluyeron: 1. Los que el centro aporta los fármacos. 2. La rama control es placebo. 3. El fármaco en investigación se añade a la terapia estándar. 4. Es imposible determinar qué fármacos hubieran recibido los pacientes de no haber sido incluidos en el ensayo. Variables recogidas: servicio al que pertenece el ensayo, fármacos aportados por el promotor, fármacos que se hubieran dispensado en la práctica clínica habitual del centro, coste de estos últimos y gasto del servicio de farmacia en fármacos durante el año 2015. Para conocer esta información se utilizó la base de datos de EECC del hospital, los protocolos de los EECC y el programa de prescripción de onco-hematología. No se consideró el aprovechamiento de viales que

se realiza en la práctica habitual. Para la obtención de los costes se empleó el programa de gestión SAP en aquellos fármacos que se hubieran dispensado desde el servicio de farmacia (precio de la central de compras del servicio de salud) y la base de datos del Consejo General de Farmacia en los que se hubieran dispensado en oficina de farmacia (PVP). Para conocer el gasto en fármacos del servicio también se utilizó SAP. Con estas variables se calculó la cantidad total ahorrada por fármaco, la cantidad ahorrada por servicio y la suma del ahorro total.

RESULTADOS: De los 58 ensayos seleccionados con dispensaciones registradas se excluyeron 24: 4 por ser la medicación propia del centro, 11 por ser la rama control placebo, 6 por añadirse el fármaco en investigación a la terapia estándar y 4 por imposibilidad de determinar los fármacos que hubieran recibido los pacientes si no hubieran sido incluidos en el ensayo. El ahorro total ha sido 611.556,29 €. Los 3 fármacos de mayor contribución han sido: Lenalidomida 15 mg 52 envases de 21 comprimidos: 186.611,88€ (30,52% del ahorro total), Bortezomib 3,5 mg 141 viales: 132.186,09€ (21,61%) y Bevacizumab 400 mg 42 viales: 44.692,62€ (7,31%). La distribución del ahorro por servicios ha sido: Hematología 383.998,10€ (62,79%), Oncología 180.875,53€ (29,58%), Medicina Interna 42.477,47€ (6,95%), Endocrinología 4.084,60€ (0,66%) y Neumología 120,59€ (0,02%). El gasto del servicio de farmacia en fármacos durante el año 2015 fue 36.000.964,00€.

CONCLUSIÓN: La inclusión de pacientes en EECC ha supuesto un ahorro del 1.70% del gasto en fármacos del servicio de farmacia del hospital durante 2015. Dos fármacos han sido los responsables del 52,13% del ahorro total. El servicio en el que se ha observado mayor ahorro ha sido Hematología.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

505. ANÁLISIS DEL ACCESO A LA INNOVACIÓN TERAPÉUTICA A TRAVÉS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA

AUTORES: FERNÁNDEZ GABRIEL E, MATEOS SALVADOR M, BUSTO FERNÁNDEZ F, RABUÑAL ÁLVAREZ MT, CALVÍN LAMAS M, MARTÍN HERRANZ MI.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. A CORUÑA (CHUAC). Xubias de Arriba 84. A Coruña. España

OBJETIVO: La investigación clínica del cáncer ha permitido, en los últimos años, aumentar el conocimiento sobre las bases moleculares de la enfermedad y así abrir nuevas estrategias de tratamiento e incorporar nuevas moléculas innovadoras al arsenal terapéutico (terapias convencionales: quimioterapia citotóxica/hormonoterapia). La participación en ensayos clínicos (EECC), además, permite cubrir necesidades de salud y por ello beneficiar a los pacientes que participan en ellos. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de EECC disponibles en área de oncología de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Análisis descriptivo, 100% EECC iniciados en Oncología durante los últimos 4 años (marzo2012-marzo2016) en un complejo hospitalario universitario. Fuente de datos: aplicativo informático de gestión de EECC. Datos recogidos: Fase del estudio, ámbito (nacional/internacional), promotor (industria/grupo cooperativo), patología, fármacos en investigación (FI). Se clasificaron los EECC según patología a estudio, los FI (tipo de molécula, mecanismo de acción) y si las moléculas en investigación dispusiesen o no de autorización (FDA o EMA) para alguna indicación oncológica.

Estadística: análisis descriptivo de variables cuantitativas (porcentaje).

RESULTADOS: 82 EECC: El 48,8% (40/82) de los EECC son fase III, 44,0% (36/82) fase II, 3,6% fase IV (3/82) y 3,6% fase I (3/82). El 81,7% corresponde a EECC de ámbito internacional frente a un 18,3% nacional. El 78,0% son EECC promovidos por la industria frente a un 22,0% por grupos cooperativos. El 34,1% (28/82) EECC son en Ca. Pulmón no microcítico (CPNM), el 31,7% (26/82) en Ca. Mama, en Ca. Colorrectal 18,3% (15/82), y el 15,9% (13/82) en otras patologías. Análisis de EECC según fármacos en investigación: 46/82 (56,1%) son EECC con pequeñas moléculas antidiana: 9/46 antiEGFR (5/9 antiEGFR 3ª generación), 5/46 inhibidores PARP, 4/46 inhibidores BRAF y/o MEK, 4/46 inhibidores múltiples antidiana, 3/46 inhibidores ALK, 3/46 inhibidores CDK4/CDK6, 2/46 inhibidores dual PI3K+m-TOR, 2/46 inhibidores antiVEGFR, 2/46 inhibidores c-MET, 2/46 inhibidores m-TOR, 2/46 inhibidores PI3K, 8/46 otros mecanismos. 26/82 (31,7%) son EECC que estudian anticuerpos monoclonales: 7/26 antiPDL-1, 6/26 antiHER-2, 5/26 antiEGFR, 3/26 antiPD-1, 2/26 antiCTLA-4, 3/26 otros mecanismos de acción. 2/82 (2,49%) EECC evalúan un oligonucleótido anticancerígeno inmunomodulador agonista de TLR9 en CCR y PNM, respectivamente. De estos 74 EECC con moléculas innovadoras: 36,5% son en CPNM, 28,4% en Ca. Mama, 21,6% en Ca. Colorrectal y 13,5% en otras patologías. 7/82 (8,54%) citotóxicos y 1/82 (1,22%) hormona. 50,0% EECC el FI no disponen de autorización para ninguna indicación oncológica, 35,4% dispone ya de esa indicación para lo que se está investigando, 14,6% se encuentra autorizado por FDA/EMA para una indicación oncológica diferente de la estudiada.

CONCLUSIONES: La investigación en oncología en nuestro hospital se centra en los EECC de fases intermedias, fase II y III, para evaluar eficacia y seguridad y comparar frente a terapia estándar. En su mayoría, se trata de EECC promovidos por la industria y de ámbito internacional. En cuando a los FI, queda patente la apuesta por terapias innovadoras, quedando la investigación con citotóxicos y hormona relegados a menos del 10% de los EECC.

1051. ANÁLISIS DEL REAL DECRETO 1090/2015 POR EL QUE SE REGULAN LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS, LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y EL REGISTRO ESPAÑOL DE ESTUDIOS CLÍNICOS

AUTORES: Munné García M, Perayre Badia M, Lezcano Rubio C, Díaz Cervero A, Lopez Sisamon D.

Institut Català d'Oncologia, Badalona. Crta. de Canyet, s/n, 08916. Barcelona. España

OBJETIVO: El 4 de diciembre de 2015, se aprobó el Real Decreto 1090/2015 (RD) por el que se regulan los ensayos clínicos (EC) con medicamentos, los comités de ética de investigación con medicamentos (CEIm) y el registro español de EC (REec).

Con esta normativa, España se adaptará progresivamente al nuevo Reglamento de la Unión Europea (UE) N°536/2014, que establece procedimientos comunes para la autorización de EC para que los países europeos tengan una posición única y común.

Se pretende aumentar la competitividad a nivel europeo, simplificar los trámites, incrementar las garantías para los pacientes, potenciar la transparencia y fomentar la investigación de promotores independientes.

OBJETIVO: Identificar los cambios del nuevo RD1090/2015. Identificar oportunidades y retos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha revisado: RD1090/2015, Memorando de colaboración Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)-CEIm, Documento de instrucciones AEMPS y Reglamento N°:536/2014.

Para desarrollar el análisis, los cambios del RD se han definido para cada objetivo.

RESULTADOS 1. Para el objetivo «Simplificar los trámites-» el nuevo RD dispone:

- Solicitud europea única (portal único electrónico).

- Único CEIm, seleccionado por el promotor (sin plazos de presentación).

- Única tasa de evaluación.

- Autorización EC independiente del centro. Se requiere: aprobación CEIm, autorización AEMPS y contrato (no es necesaria la conformidad del centro, excepto si el promotor es un investigador del centro).

- Modelo de contrato único. Podrá tramitarse en paralelo a la evaluación y será efectivo cuando el EC sea autorizado.

- Evaluación simultánea AEMPS/CEIm. Emitirán Dictamen Único.

- Los documentos de la parte I pueden presentarse en inglés (resumen protocolo en español)

2. Para el objetivo «Incrementar las garantías para los pacientes» el nuevo RD dispone:

- Uno de los miembros del CEIm será ajeno a la investigación y representará los intereses de los pacientes.

3. Para el objetivo «Fomentar la investigación no comercial» el nuevo RD dispone:

- Nuevas definiciones: EC de bajo nivel de intervención (ECBNI), EC sin ánimo comercial(ECSAC) y Investigador clínico contratado.

- Se fijan tasas reducidas o exención de tasas para los ECSAC.

- Regulación EC proporcional al riesgo. ECBNI no precisarán contrato de seguro siempre que estén cubiertos por el seguro de responsabilidad civil. ECSAC se permite presentar una solicitud sin haber contratado el seguro.

- Si el promotor es investigador del centro, o entidad no lucrativa, se permite otras formas de suministro de fármacos, cuando el tratamiento sería el que recibirían de manera asistencial.

4. Para el objetivo «Potenciar la transparencia» el nuevo RD dispone:

- Registro único europeo. Se consolida el REec.

- Conservación archivo durante al menos 25 años.

- Notificación reacción adversa graves e inesperadas a la base de datos europea Eudravigilance Clinical Trial Module.

Oportunidades: Incremento de la investigación independiente y aumento de la competitividad en el marco europeo.

Profesionalización de la investigación.

Retos: Acreditación CEIMs. Adaptación de seguros para cubrir los EC de bajo riesgo. Nuevo modelo de de contrato único.

CONCLUSIONES: El RD aporta novedades que reducen la carga burocrática y agilizan los trámites de aprobación de los EC.

Favorece el aumento de la competitividad de España en la realización de EC comerciales y se potencia la investigación no comercial.

184. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS REALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: CALVIN LAMAS M, RABUÑAL ALVAREZ MT, MARTIN HERRANZ MI.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A Coruña. España

OBJETIVOS: Determinar las características generales de los ensayos clínicos (EC) desarrollados en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de prevalencia retrospectivo, período de estudio: 2008-2014, complejo hospitalario de tercer nivel. Criterios de inclusión: EC con medicamentos aprobados e iniciados en el hospital. Ningún criterio de exclusión. Fuentes datos: archivos y aplicación informática de gestión de EC del servicio de farmacia (SF).

DATOS RECOGIDOS: identificación EC (título, código protocolo), promotor, tipo de financiación (comercial, no comercial), fase, diseño (enmascaramiento, aleatorización, ámbito), año inicio, especialidad médica, patología, pacientes (adultos, pediátricos), medicamento/s en investigación, grupo terapéutico, dosificación en SF.

Variables estudiadas: fase, enmascaramiento, aleatorización, ámbito, promotor y tipo de financiación, especialidad médica, patologías, grupos terapéuticos, investigadores principales (IP), tipo de pacientes y dosificación en SF.

Análisis estadístico (SPSS 19.0): estudio descriptivo de variables. Variables cualitativas expresadas como valor absoluto, porcentaje e intervalo de confianza (IC95%). Variables cuantitativas: media $\pm$ desviación estándar (rango). Estudio autorizado por el Comité Autonómico de la Ética de la Investigación.

RESULTADOS: Se estudiaron 422 EC iniciados en 2008-2014, que permiten determinar sus características generales con seguridad del 95% ($\alpha=0.05$) y precisión $\pm 4,8\%$.

Fase: I-3,6% (95%IC: 1,7-5,4%), II-25,8% (21,5-30,1), III-60,2% (55,4-65,0), IV-10,4% (7,4-13,5).

Enmascaramiento: abierto=48,8% (95%IC: 43,9-53,7%), doble ciego=51,0% (46,1-55,8) y simple ciego=0,2% (0,1-1,3). Aleatorizados=76,3% (72,1-80,5).

Ámbito: multicéntrico internacional=81,8% (95%IC: 77,9-85,5), multicéntrico nacional=17,8% (14,0-21,5) y unicéntrico=0,4% (0,1-1,7).

Promotores=123: industria farmacéutica=85,1% (95%IC: 81,5-88,6), grupo científico=13,0% (9,7-16,4) e investigador=1,9% (0,5-3,3). Media EC/promotor=3,4 $\pm$ 6,0 (rango: 1-41). 64,2% de promotores: 1EC/promotor.

Tipo de financiación: comercial=85,1%EC, no comercial=14,9%EC.

87 promotores promovieron 359EC comerciales. Media EC comerciales/promotor=4,1 $\pm$ 6,9 (rango: 1-41). En 63EC no comerciales (36 promotores): 8/36 investigadores (1EC/investigador) y 28/36 grupos científicos (55EC), media EC/grupo científico=2,0 $\pm$ 2,8 (rango: 1-13).

Especialidades médicas implicadas=28. Oncología y reumatología realizaron el 56,2%EC. El 21,4% de especialidades (oncología, reumatología, hematología, endocrinología, medicina interna y neumología) realizaron 82,7%EC. Media EC/especialidad: 15,1 $\pm$ 30,9 (rango: 1-126). Eliminando las dos especialidades con mayor nº EC: media EC/especialidad=7,1 $\pm$ 10,2 (rango: 1-38).

Patologías estudiadas en $\geq 5\%$ EC: artritis reumatoide=15,4% (95% IC: 11,8-19,0%), cáncer mama=8,3% (5,5-11,0), diabetes mellitus tipo II=7,1% (4,5-9,7), cáncer pulmón no microcítico=6,9% (4,3-9,4%) y cáncer colorrectal=5,7% (3,4-8,0). Media EC/patología=4,4 $\pm$ 8,8 (rango: 1-65). Excluyendo artritis reumatoide (n=65), media EC/patología=3,7 $\pm$ 6,3 (rango: 1-35).

Grupos terapéuticos (clasificación ATC) estudiados en $\geq 5\%$ EC: Grupo L (antineoplásicos e inmunomoduladores): 64,2%, grupo A (tracto alimentario y metabolismo): 7,11%, grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos): 6,87%, grupo J (antiinfecciosos uso sistémico): 5,92%. En grupo L, 5 subgrupos concentran el 79,7%EC: L01XE, L01XC, L04AC, L04AA y L04AB.

Participaron 72 IP. 12/72 realizaron 72,2%EC (≥ 10 EC/IP). 27,8%EC distribuidos entre 60/72 IP. 1IP realizó 24,6%EC (n=105). Media EC/IP=5,9 $\pm$ 50,2 (rango: 1-105). Excluyendo IP con 105EC, media=4,5 $\pm$ 6,7 (rango: 1-33).

Tipo pacientes: 96,9%EC adultos, 4,7% niños (7/422EC incluían adultos y niños).

31,3%EC (n=132) requirió dosificación individualizada en condiciones asépticas en el SF.

CONCLUSIONES: Se observa una tendencia creciente en la realización de EC. La mayoría de ellos son fase III, doble ciego, aleatorizados, multicéntricos internacionales y con financiación comercial. Oncología y reumatología agrupan más de la mitad. Los EC son realizados por un grupo reducido de IP. Las patologías más estudiadas son artritis reumatoide, cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2, cáncer de pulmón no microcítico y cáncer colorrectal.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

968. CARACTERIZACIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS Y ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DERIVADA EN UN SERVICIO DE FARMACIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA SU GESTIÓN

AUTORES: ARRABAL DURÁN P, HERRERO DOMÍNGUEZ-BERRUETA MDC, SÁNCHEZ FRESNEDA MN, MUR MUR A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DOCTOR ESQUERDO, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: La implantación de herramientas informáticas en un Servicio de Farmacia (SF) facilita la tarea diaria del farmacéutico de hospital. En concreto, en el área de ensayos clínicos (EC), estas herramientas permiten mejorar la gestión de las muestras en investigación, así como explotar datos de actividad.

Los objetivos de este estudio son: analizar los principales aspectos de los EC desarrollados en un hospital terciario y analizar el impacto en términos de actividad del SF de dichos EC tras la implantación de un programa informático para su gestión (pk Ensayos®).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal del año 2015 en el que se recogieron los siguientes aspectos de los EC: número de EC activos, unidad clínica, patología y promotor. Para cuantificar la actividad del SF, se analizaron los indicadores: número de fármacos, número de protocolos introducidos en prescripción electrónica, número de dispensaciones, número de preparaciones elaboradas en cabina de flujo laminar vertical (CFLV), número de recepciones, número de puestas en cuarentena, número de destrucciones de muestras, número de devoluciones al promotor y número y tipo de visitas del monitor.

La información se obtuvo del programa de gestión implantado el 1 de enero de 2015. Dicho programa permite el control de las muestras y la obtención de listados de utilidad para la monitorización como informes de caducidades y contabilidad. Además permite registrar las características de cada EC y calcular de forma automatizada distintos indicadores de actividad.

RESULTADOS: Antes de la implantación del programa de gestión, dado el alto número de EC gestionados, solo era viable la cuantificación de EC activos y el número de dispensaciones, mientras que con el nuevo programa se ha podido calcular, además de los anteriores, otros indicadores muy laboriosos de obtener a tiempo real de forma manual.

El número de EC activos fue 366. La unidad clínica implicada en un mayor número de EC fue Oncología (41,3%), siendo la patología más estudiada el cáncer de mama (28,4%). El segundo servicio fue Hematología (12,8%), siendo el linfoma la patología más frecuente (9,0%). En la mayoría de los EC, el promotor era la industria farmacéutica (96,2%). En cuanto a la actividad desarrollada por el SF: se manejaron 762 fármacos. Se introdujeron 137 protocolos en el programa de prescripción. Se dispensaron 18726 muestras y se realizaron 4367 preparaciones en CFLV (8,6% del total de elaboraciones realizadas en CFLV). Se realizaron 1777 recepciones, de las cuales 15 se pusieron en cuarentena. Se realizaron 84 destrucciones y 98 devoluciones al promotor. Se atendieron 850 visitas del monitor, siendo las monitorizaciones las más frecuentes (72,0%), seguidas de las visitas de inicio (14,9%), visitas de cierre (7,3%), visitas de preselección (5,3%) y auditorías (0,5%).

CONCLUSIONES: La carga de actividad del área de EC en un hospital terciario es elevada, por lo que la implantación de una herramienta informática para la gestión permite agilizar el manejo de los EC. Además, permiten la obtención de indicadores de actividad que, de forma manual, serían muy laboriosos de obtener. Estos indicadores sirven en última instancia para planificar y optimizar los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

966. CAUSAS DE NO CONFORMIDAD A LAS SOLICITUDES DE EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS CLÍNICOS PRESENTADOS A UN CEIC

AUTORES: FREIRE GONZÁLEZ M, SOBRINO JIMÉNEZ C, VILLAMAÑÁN BUENO E, LARA CÁTEDRA C, RUANO ENCINAR M, HERRERO AMBROSIO A.

HOSPITAL UNIV. LA PAZ. P^a de la Castellana, 261. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de un estudio clínico requiere la aprobación previa de un Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC). La mayoría de las solicitudes de aprobación no reciben dictamen favorable en primera revisión y otras aclaraciones y modificaciones son necesarias antes de la decisión final. Por otra parte, la cuestión ética más frecuentemente alegada por los CEIC que conduce a estas no aprobaciones se asocia con las hojas de información a los pacientes para el consentimiento informado (HIP).

OBJETIVO: Confirmar la hipótesis de que una de las principales causas para la no aprobación en primera revisión de los estudios presentados al CEIC están relacionadas con deficiencias en los documentos entregados al paciente antes de ser incluido en el estudio clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo del dictamen final en el primera evaluación por el CEIC de nuestro centro que figura en las actas de las reuniones durante cuatro años (2011-2014). El criterio de valoración principal fue el número de estudios clínicos evaluados, no aprobados en esta primera revisión. También se analizaron las causas de no aprobación y el tipo de estudio (intervencionista-ensayos clínicos y no intervencionistas) y especialidades clínicas implicadas.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 91 actas en las que se recogieron las resoluciones iniciales a los protocolos de 1858 estudios clínicos (1057 ensayos clínicos y 801 estudios observacionales), correspondientes a 53 especialidades clínicas.

El 62.9% (1169/1858) de los estudios no fueron aprobados en una primera revisión por el CEIC que requirió modificaciones al proyecto. Las objeciones alegadas estaban relacionadas con defectos en las hojas de información al paciente para el consentimiento informado (53,1%), por aspectos relacionados con la idiosincrasia del hospital (30,5%) y a defectos en la metodología del estudio (27,4%).

Se observó que las diez principales especialidades implicadas en las investigaciones clínicas representaron el 55,3% de las solicitudes de evaluación por el CEIC, acumularon el 36,4% (1098/3012) de las objeciones registradas en las actas de reunión. El 18% de las objeciones a las HIP correspondían a solicitudes de evaluación de estas diez especialidades, es decir, el 82% de estas objeciones pertenecían a estudios de especialidades menos implicadas en investigación clínica.

CONCLUSIÓN: El motivo principal para la no conformidad por parte de un CEIC a los estudios clínicos se debe a deficiencias en los documentos de información al paciente entregados cuando se le pide el consentimiento informado. Además se observa que es especialmente relevante en aquellas especialidades menos habituadas a llevar a cabo estudios de investigación. Sería deseable un mayor conocimiento de los investigadores acerca de la información que se debe proporcionar a los pacientes para la participación en un estudio clínico.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

591. ENSAYOS CLÍNICOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO: PERFIL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

AUTORES: CARBALLO MARTÍNEZ N, ESPONA QUER M, MARTÍNEZ CASANOVA J, MONGE ESCARTÍN I, DE ANTONIO CUSCÓ M, SALAS SANCHEZ E.

PARC DE SALUT MAR. PASSEIG MARITIM 25-29 08003. Barcelona. España

OBJETIVOS: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante multifocal de probable origen autoinmune, considerada la segunda causa de discapacidad en adultos jóvenes.

Cada vez son más variadas las estrategias farmacológicas que pretenden abordar tanto la sintomatología como el desarrollo de la enfermedad. Este hecho se ha asociado a una mejoría significativa del pronóstico de la misma en los últimos años.

El objetivo de este estudio es describir el perfil de los ensayos clínicos (EC) en la EM gestionados por el servicio de farmacia y analizar los fármacos en investigación según la fase de estudio, vía de administración, abordaje de la enfermedad y tipo de EM estudiada.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo observacional en un hospital universitario de tercer nivel. Se revisaron los EC en EM correspondientes al periodo 2008-2016.

Los fármacos de estudio se clasificaron en dos categorías:

A) Búsqueda de una nueva indicación en fármacos con una indicación ya autorizada.

B) Investigación de un nuevo fármaco.

Datos recogidos: total de EC, total de pacientes incluidos y por EC, datos demográficos, fármacos por categorías, número de EC clasificados por fase de estudio, patrón de progresión de la EM, vía de administración y abordaje de la enfermedad (tratamiento modificador (TM) y sintomático (TS)).

RESULTADOS: Se identificaron 12 EC en EM con un total de 61 pacientes incluidos; media de 5 pacientes por EC (rango: 0-19); media de edad de 49,6 años (IC95%: 47,3-51,9); hombres: 24 (39,3%).

Estos EC evalúan un total de 10 fármacos diferentes, de los cuales 4 (40%) pertenecen a la categoría A y 6 (60%) pertenecen a la categoría B.

Número de EC por fase de estudio: 5 fase II (41,7%), 6 fase III (50%) y 1 fase IV (8,3%). Número de EC por tipos de EM: 7 (58,3%) remitente-recurrente (EMRR), 1 (8,3%) primaria progresiva, 2 (16,7%) secundaria progresiva y 2 (16,7%) otras indicaciones (dolor neuropático y alivio sintomático de la espasticidad). Número de EC por vía de administración: 8 (66,7%) vía oral, 3 (25%) vía intravenosa y 1 (8,3%) vía inhalada. Número de EC por abordaje de la enfermedad: 10 (83,3%) TM y 2 (16,7%) TS.

CONCLUSIONES: -Más del 90% de los ensayos clínicos en esclerosis múltiple están en fase II y III de desarrollo.

-La vía de administración más utilizada sigue siendo la oral, sin embargo en los últimos años se ha enfocado la investigación hacia terapias dirigidas con moléculas de nueva generación como los anticuerpos monoclonales, de administración endovenosa.

-El patrón de progresión de la EM más estudiado es la esclerosis múltiple remitente-recurrente.

-La mayoría de EC estudian fármacos modificadores de la enfermedad.

-Dado el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente y su debut en edades tempranas resulta imprescindible el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas en esta patología.

1107. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL GRAVIMÉTRICO POST-ELABORACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: HERRERO DOMÍNGUEZ-BERRUETA C, ARRABAL DURÁN P, SÁNCHEZ FRESNEDA MN, MUR MUR A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/Maiquez 7. Madrid. España

OBJETIVOS: El farmacéutico hospitalario ejerce una importante labor en la preparación de citostáticos, siendo responsable de la validación durante todo el proceso. Este estricto control se extiende con mayor motivo a los Ensayos Clínicos(EC)onco-hematológicos, muy exigentes en sus estándares de calidad.Existen diversos factores que pueden afectar al preparado final y que han de ser controlados. Los sistemas de control post-elaboración pueden generar un aumento en la carga asistencial y enlentecimiento del proceso, por lo que es importante priorizar sobre qué procesos es más eficiente incidir. El objetivo es protocolizar y evaluar la puesta en marcha de un sistema de control gravimétrico post-elaboración de mezclas citostáticas de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS:Análisis prospectivo del protocolo de control gravimétrico post-elaboración de mezclas de alto riesgo de EC oncológicos en un hospital terciario durante un periodo de 3 meses(febrero-abril 2016).De forma rutinaria se realizan los siguientes controles como parte de la gestión en calidad: comprobación visual de restos en viales, doble chequeo de datos identificativos del paciente, principio activo, dosis, velocidad de infusión, suero correcto, bolsa de fotoprotección(si necesario), enmascaramiento en bolsa opaca(si necesario por protocolo), temperatura de conservación y caducidad. En febrero 2016 se implanta un proyecto piloto de control gravimétrico post-elaboración de EC. Para protocolizar el proceso, el equipo multidisciplinar tipificó las mezclas en bajo/alto riesgo. Se consideró alto riesgo: aquella mezcla de alta exigencia en cuanto a exactitud de volumen y velocidad de infusión, en la que la adicción del Producto en Investigación(PI) se realiza con jeringa directamente a bolsa vacía de Etil-Vinil-Acetato(EVA), con elevado riesgo de infra/sobredosificación.Se definió límite fuera de rango un error gravimétrico(EG)>5% (calculado como $EG(\%) = \frac{\text{peso real} - \text{peso teórico}}{\text{peso teórico}} \times 100$). Se utilizó una balanza modelo Kern-EW3000-2M con desviación=0,01 g. Se asumió densidad =1 g/ml por falta del dato de los PI. El resultado se anotó en la hoja de elaboración de la mezcla, y se recogieron los datos en Excel para su evaluación.

RESULTADOS:El Hospital cuenta con un total de 116 EC activos citotóxicos que requieren elaboración, de ellos 92 pertenecen al Servicio de Oncología, y 24 a Hematología.Diariamente se elabora una media de 13,3 EC citostáticos/día, y una media de 142,1 preparaciones/día de quimioterapias.En el periodo de estudio, se realizó control gravimétrico de 2 EC cuya preparación requiere adicionar directamente el PI y/o diluyente a bolsas EVA. Se analizaron 24 mezclas de alto riesgo, con un rango de volúmenes=[46,8 ml - 457 ml]. La media[rango] de error gravimétrico fue de 1,7%[0,2%-5%]. En ninguna de las preparaciones el error gravimétrico detectado fue >5%.

CONCLUSIONES:Desde la implantación de este sistema no se han detectado errores gravimétricos >5%.Si bien los protocolos de control de calidad hasta ahora existentes en el área son ajustados, la implantación del control gravimétrico post-elaboración de las mezclas de EC de alto riesgo que se adicionan directamente a bolsas EVA vacías fue una medida bien aceptada por el personal elaborador.No ha supuesto una carga excesiva para el farmacéutico que chequea la elaboración, generando una importante mejora en la seguridad del paciente, y confirmando la utilidad del proceso.

951. EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE DOBLE CHEQUEO EN LA CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE PROTOCOLOS QUIMIOTERÁPICOS EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: HERRERO DOMÍNGUEZ-BERRUETA C, ARRABAL DURÁN P, MAÑES SEVILLA M, SÁNCHEZ FRESNEDA MN, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ Maiquez 7. Madrid. España

OBJETIVOS: La informatización de los programas de prescripción aumenta la eficiencia y la seguridad de los procesos, y exige adaptar los procedimientos de control de calidad que permiten prevenir errores. En octubre 2015 se analizó el sistema de creación y validación de los protocolos de quimioterapia de Ensayos Clínicos(EC) en el programa de prescripción electrónica. Tras evaluar el diagrama de flujo correspondiente al proceso, se aplicó la metodología de análisis modal de fallos, efectos y criticidad(AMFEC), para detectar puntos críticos. Se diseñó un checklist compuesto por 14 puntos que permite que un farmacéutico diferente al que crea el protocolo, realice el doble chequeo del proceso. El objetivo de este estudio es evaluar este sistema de control de calidad recientemente implementado en el Área de elaboración de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo post-intervención de los controles de calidad realizados desde octubre 2015-abril 2016 en un hospital terciario. El checklist incluía los siguientes ítems: diagnóstico, periodicidad del ciclo, fármaco correcto, dosis, suero, volumen de suero, estabilidad de la mezcla, vía de administración, tiempo de administración, activación de aportación de volumen, observaciones del protocolo de EC, normas de preparación, marcado como -Ensayo Clínico- en la prescripción y presentaciones asociadas a fármacos correctas. Se elaboró una base de datos Excel para registrar los datos recogidos en el checklist (pregunta dicotómica SI/NO). Se calculó la tasa de error(%)=[ítems incorrectos/ítems totales chequeados*100]. El programa de prescripción electrónica utilizado para crear los protocolos fue Farhos® Oncología.

RESULTADOS: El Hospital cuenta con un total de 116 EC activos que requieren elaboración. La media es de 13,3 dispensaciones de EC/día, de un total de 142,1 dispensaciones/día de citostáticos. Desde la puesta en marcha del sistema de doble chequeo, se han iniciado en nuestro centro 16 EC onco-hematológicos que requieren elaboración, y en los que se han incluido 15 pacientes. El 100% de los EC fueron chequeados. Se revisaron 68 esquemas de tratamiento quimioterápico con una media de 4,3 esquemas por EC. Tras el doble chequeo la tasa de error fue 1,6%. Se detectaron 16 discrepancias en 16 EC, clasificadas como: 5 discrepancias relacionadas con la estabilidad de la mezcla, 4 con observaciones de protocolo y/o administración no incluidas en la prescripción, 3 con la periodicidad del ciclo, 1 con el diagnóstico, 1 con la vía de administración, 1 con el tiempo de administración, 1 con el identificativo de -Ensayo Clínico-. Todas las discrepancias fueron detectadas durante el doble chequeo y corregidas en el aplicativo informático antes de iniciar el EC.

CONCLUSIONES: La realización del AMFEC permitió la detección de errores sobre los que se establecieron acciones correctoras, como la implementación de este sistema de doble chequeo. La tasa de error detectada en el periodo de estudio ha sido baja (1,6% de los ítems revisados fueron incorrectos), las discrepancias más frecuentemente detectadas fueron las asociadas a la estabilidad de la mezcla, y a las observaciones de la administración. El sistema de doble chequeo fue bien aceptado por el equipo asistencial y permite prevenir errores que potencialmente pueden alcanzar al paciente, contribuyendo a mejorar la calidad del proceso y la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

355. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN UNA UNIDAD DE PACIENTE EXTERNO ONCOHEMATOLÓGICO TRATADO CON FÁRMACOS ORALES EN INVESTIGACIÓN

AUTORES: RAMON BRU M, PERAYRE BADIA M, MIQUEL ZURITA ME, BADAS MORENO M, FORT CASAMARTINA E, QUER MARGALL N.

INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA. AV. GRANVIA DE L'HOSPITALET, 199-203. Barcelona. España

OBJETIVOS: el desarrollo de fármacos citostáticos orales ha adquirido una creciente relevancia en los últimos años. El paso de los tratamientos quimioterápicos endovenosos clásicos a terapias orales, más convenientes para los pacientes, supone un reto tanto para ellos como para los profesionales. Con la terapia oral, los pacientes pasan a tener un papel más activo en su tratamiento, que suele ser complejo, y más en el contexto de un ensayo clínico (EC); y los profesionales adquieren un rol fundamental en su papel de educadores sanitarios, y de soporte a lo largo del tratamiento.

El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución de la actividad de atención farmacéutica (AF) al paciente oncohematológico externo tratado en el contexto de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS: en 2012 se implementó un programa de AF al paciente oncohematológico tratado en el contexto de EC en la Unidad de Dispensación Ambulatoria del Servicio de Farmacia (UDASF). De los respectivos soportes informáticos donde se registra la actividad de dicho programa (historia clínica SAP donde se recogen educaciones sanitarias y evaluaciones de adherencia terapéutica (AT), y programa de gestión de muestras de EC) se obtuvieron los datos correspondiente a los años 2012 a 2015 para valorar la evolución de la actividad.

RESULTADOS: se evaluaron las siguientes variables de actividad del programa de AF al paciente externo en tratamiento con fármacos citostáticos orales en investigación:

- Visitas de educación sanitaria realizadas por el farmacéutico a pacientes que inician tratamiento con citostáticos orales en investigación: 2012:115; 2013:142; 2014:146; 2015:197 (incremento global 2012-2015: 71%).
- Número de pacientes de EC atendidos en la UDASF: 2012: 201; 2013: 230; 2014: 217; 2015: 291 (incremento global 2012-2015: 45%).
- Dispensaciones a pacientes incluidos en EC realizadas en la UDASF: 2012: 859; 2013: 1156; 2014:1125; 2015: 1884 (incremento global 2012-2015: 119%).
- Número de pacientes de EC en los que se evaluó la AT, respecto al total de pacientes de EC atendidos en la UDASF: 2012: 69 de 201 (34%); 2013: 122 de 230 (53%); 2014: 133 de 217 (61%); 2015: 203 de 291 (70%)(incremento global 2012-2015: 194%).

- Número de ciclos en los que se evaluó y se registró en la historia clínica la AT (valorada mediante recuento de medicación devuelta) a pacientes tratados con citostáticos orales en investigación: 2012:299; 2013:559; 2014:752; 2015:1131 (incremento global 2012-2015: 278%).
- Número de EC en los que se realizó evaluación de la AT a los pacientes incluidos en los mismos: 2012:31; 2013:40; 2014:46; 2015:66 (incremento global 2012-2015: 113%).
- Resultados de AT:
 - % de AT media de los ciclos evaluados: 99% (límites buena AT 90-110%);
 - % de ciclos con AT no adecuada en alguno de los fármacos: 5%.

CONCLUSIONES: con el desarrollo de nuevos fármacos diana dirigidos de administración oral, las unidades de pacientes externos en hospitales oncohematológicos están viendo incrementada ostensiblemente su actividad. La AF prestada al paciente externo tratado con fármacos orales en investigación es fundamental para una buena comprensión del tratamiento y una AT adecuada.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

75. GESTIÓN DE CADUCIDADES EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES: LOIZAGA DIAZ I, PÉREZ ESPAÑA Z, MARTINEZ AGUIRRE I, OÑATE MUZAS E, PARDO SANTOS N, YURREBASO IBARRECHE MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. Avd. Montevideo, 18. Vizcaya. España

OBJETIVO: Analizar las causas más frecuentes de caducidades de los medicamentos de ensayo clínico para poner el foco de atención sobre ellas y la necesidad de optimización y racionalización de los envíos de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron los registros de medicaciones caducadas desde febrero de 2015 hasta febrero 2016, ambos incluidos. Los datos se obtuvieron de la base de datos Access utilizada para la gestión de ensayos clínicos en el Servicio de Farmacia. Se recogieron: número de unidades caducadas (en el caso de la medicación en forma de comprimidos entendiéndose como caja completa y en el caso de inyectables como unidades aisladas), fecha de entrada, fecha de caducidad y motivo por el que caducaron. Los motivos que se consideraron fueron: inicio del ensayo con envío de medicación pero sin reclutamiento de pacientes, abandono o interrupción del tratamiento, envío de medicación con caducidad temprana (menor a 6 meses desde su llegada), envío de gran cantidad de medicación (más de lo necesario para 2 ciclos o 2 entregas de medicación por paciente) y por último las que no cumplían nada de lo anterior. A su vez se recogieron las acciones llevadas a cabo en cada caso: destrucción o devolución de la medicación al proveedor o reetiquetado para prolongar su fecha de caducidad.

RESULTADOS: Durante estos 13 meses han caducado un total de 622 unidades correspondientes a 37 ensayos, algunos de estos ensayos han tenido medicación caducada en varios meses. Esto supone una media de 16,8 unidades caducadas por ensayo. En función del motivo encontramos que el 13,8% (n=86) caducó por no reclutar pacientes, el 7.9% (n=49) por interrupción o abandono del tratamiento, el 15.4% (n=96) por envío con caducidad temprana, el 30.7% (n=191) por envío de gran cantidad, el 12.1% (n=75) por la suma de gran cantidad y caducidad temprana y el 20.1% (n=125) por ninguno de los motivos anteriores. 122 unidades (19.6%) fueron fármacos biológicos. Las acciones llevadas a cabo fueron siempre destrucción in situ o devolución al proveedor para su destrucción y tan sólo en 1 caso se reetiquetaron 30 unidades de medicación inyectable.

CONCLUSIONES: Si bien la medicación de ensayo clínico no supone ningún coste directo para el hospital si que es parte de un sistema en el que debe primar el buen uso y la racionalización de los medicamentos. En ocasiones y a pesar de los sistemas informatizados (IWRS) que controlan los envíos de medicación se desechan fármacos que podrían haber sido mejor gestionados. Algunas de las unidades que se receptionan en farmacia llegan ya con la fecha de caducidad ampliada, pero en muy pocas ocasiones esto se hace una vez que están en el Servicio. El reetiquetado podría tenerse en cuenta siempre que fuera posible para aprovechar al máximo los recursos. A su vez, los centros de envío de medicación deberían optimizar la gestión de sus stocks para evitar enviar medicación con poco margen de caducidad que no podrá ser utilizada.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

435. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO TRATADO EN EL CONTEXTO DE ENSAYO CLÍNICO

AUTORES: PERAYRE BADIA M, MIQUEL ZURITA ME, FORT CASAMARTINA E, REY SALIDO M, MUÑOZ SANCHEZ C, QUER MARGALL N.

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA. Gran via de l'Hospitalet 199-203. Barcelona. España

OBJETIVOS: la atención farmacéutica (AF) tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención al paciente, optimizando la terapéutica, mediante la corresponsabilización del farmacéutico en los resultados en salud. En el caso del paciente oncohematológico tratado en ensayo clínico (EC), la AF persigue la mejora en la farmacoterapia del paciente, teniendo también en cuenta las directrices establecidas en los protocolos y las normas de buena práctica clínica. El objetivo de este estudio es evaluar la AF prestada al paciente oncohematológico tratado con quimioterapia en el contexto del EC, mediante el análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) registradas en el proceso de validación farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: las IF registradas prospectivamente durante el proceso de validación farmacéutica en las prescripciones de EC del año 2015, se obtuvieron del aplicativo integral de quimioterapia, por el que se prescriben todos los tratamientos citostáticos asistenciales e investigacionales, así como la terapia de soporte de uso hospitalaria asociada, para paciente externo e ingresado.

Las IF en el aplicativo se categorizan en: IF-Dosis (ajuste de dosis, posología incorrecta), IF-Duración (fecha inicio incorrecta, duración incorrecta), IF-Interacciones (interacción fármaco-fármaco/comida-fármaco), IF-Administración (vía, tiempos, compatibilidades), IF-Indicación (duplicidad terapéutica, recomendación medicación adicional), IF-Programación (problemas con la programación/confirmación de tratamientos), IF-Protocolo (relacionadas con la selección de protocolos a prescribir), IF-EA (efectos adversos), IF-Otros (otras consultas).

RESULTADOS: en 2015 se trataron 606 pacientes con quimioterapia o tratamiento de soporte en el contexto de EC (79,21% pacientes oncológicos-ONC y 20,79% hematológicos-HCL). El 47% de los pacientes fue atendido en la Unidad de Dispensación ambulatoria por tener algún fármaco de administración ambulatoria en su esquema terapéutico.

Se realizaron 4.089 prescripciones pertenecientes a EC (83,27% ONC; 16,73% HCL). Todas ellas fueron validadas por un farmacéutico antes de la preparación/dispensación.

Se registraron un total de 383 IF en 2015 (IF en 9,37% de las prescripciones de EC): 294 en pautas de oncología (8,63% de las prescripciones de EC de ONC con IF) y 89 en pautas de HCL (13,01% de las prescripciones de EC de HCL con IF). El 37,08% de las IF registradas (142) correspondían a protocolos de dispensación ambulatoria, mientras que el 69,92% (241) se realizaron en protocolos de administración en HOD o paciente ingresado.

La distribución por categorías de las IF realizadas fue la siguiente: 23,76% IF-Dosis; 16,19% IF-Programación; 14,88% IF-Duración; 13,58% IF-Protocolo; 10,70% IF-Otros; 7,83% IF-Interacciones; 7,31% IF-Indicación; 4,18% IF-Administración; 1,57% IF-EA.

Las patologías en las que más IF se registraron coinciden con aquellas en las que hubo más pacientes tratados: mama (ratio de 0,44IF/paciente tratado), patología linfóide (0,94IF/paciente), CPCNP (1,09IF/paciente) y cabeza y cuello (0,95IF/paciente).

CONCLUSIONES: la intervención activa del farmacéutico en la validación de los EC permite la detección y resolución de problemas relacionados con la medicación, sobretudo a nivel de ajuste de dosis o posología, duración de las pautas, selección de protocolos y coordinación en la programación/confirmación de las prescripciones, todo ello con el objetivo de optimizar la calidad del tratamiento de los pacientes incluidos EC.

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

569. RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN CÁNCER DE MAMA

AUTORES: MAÑES SEVILLA M, COLLADO BORREL R, SANCHEZ FRESNEDA MN, GONZALEZ HABA E, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ Doctor Esquerdo N°46. Madrid. España

OBJETIVOS: Los ensayos clínicos (EC) surgen como respuesta científica a la necesidad ética de garantizar la eficacia y seguridad de los nuevos tratamientos que reciben los pacientes. La realización de los EC supone un aumento de la carga de trabajo y de los recursos empleados, así como nuevos tratamientos que al comercializarse, obligan al sistema asumir unos costes crecientes.

Se conoce los beneficios de incluir a los pacientes en los EC, el acceso a tratamientos innovadores, cuando no tienen alternativa terapéutica, la contribución a la investigación clínica, pero no existe información acerca del beneficio tangible económico, ya que al incluir a un paciente en un EC, el tratamiento es aportado por el promotor. El objetivo de este estudio es analizar la rentabilidad económica que supone de incluir a pacientes con cáncer de mama en un EC con medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los EC activos con pacientes diagnosticadas de CM durante el año 2014.

En colaboración con el servicio de Oncología, se elaboró un listado de los EC a analizar determinándose su estrategia terapéutica y accediendo a la contabilidad de la medicación incluida en el EC, a través del aplicativo PK-ensayos®.

Se definió como rentabilidad económica el beneficio económico que se obtiene de la participación de un paciente en un EC, debido a los costes evitados en medicación. Y como alternativa terapéutica, la terapia estándar que los pacientes hubieran recibido en caso de no participar en el ensayo clínico.

Para la selección de la alternativa terapéutica, se utilizaron las guías NCCN (The National Comprehensive Cancer Network) y la información disponible en el archivo del EC.

Se elaboró una base de datos incluyendo: características de los pacientes (peso, superficie corporal, creatinina, edad y tiempo en el EC en el periodo a estudiar), características de la medicación investigación/estándar: duración, dosis de choque y número de ciclos.

Se estimó para cada EC el coste de todos los ciclos recibidos en investigación y se determinó el coste que supondría administrar la alternativa terapéutica, si ese paciente no se encontrara en dicho EC considerando las características de los pacientes y de la medicación aportada por el promotor.

RESULTADOS: Se identificaron 15 EC activos con 44 pacientes con CM que recibieron fármacos actualmente comercializados.

El 80% de los EC evaluaban el fármaco en investigación en adyuvancia, el 20% lo evaluaban en neoadyuvancia.

El 80% se trataban de EC donde el promotor aportaba toda la medicación, en el 53,3% el brazo comparador incluía el tratamiento estándar, y en el 26,7% el brazo comparador sustituía al tratamiento estándar.

El ahorro en medicación al incluir a los pacientes en los ensayos clínicos fue de 211.973 euros.

CONCLUSIONES: La realización de los EC supone un ahorro importante, no sólo por los ingresos generados directamente, sino por los costes evitados en medicamentos proporcionados gratuitamente por los promotores. Estos costes evitados en medicación suponen un beneficio tangible de los EC ya que permiten el avance en investigación clínica, así como un ahorro real para el sistema sanitario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1078. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO A LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LAS GUÍAS KDIGO Y RECOMENDACIONES S.E.N. EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CONCERTADO ADSCRITO AL HOSPITAL

AUTORES: ÁLVARO ALONSO EA, BARTOLOMÉ GARCÍA E, PRIETO MOIX S, PÉREZ ENCINAS M.

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

OBJETIVO: Describir la población incluida en programa de hemodiálisis de un centro concertado extrahospitalario y analizar el porcentaje de pacientes que alcanzan los objetivos propuestos por las guías KDIGO 2012/2009 y recomendaciones de la S.E.N. 2014 para el tratamiento de la anemia y de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal y descriptivo de los pacientes incluidos en programa de hemodiálisis en un centro de diálisis concertada adscrito a nuestro hospital y a los que les ha sido dispensada medicación de uso hospitalario durante 2015. Se recogieron de la historia clínica electrónica(Selene®): fecha de nacimiento, sexo, etiología de la enfermedad renal crónica(ERC); comorbilidades(Diabetes Mellitus(DM), dislipemia(DL), hipertensión(HTA), enfermedad cardiovascular(ECV)); lista de espera para trasplante, sesiones de hemodiálisis (fecha inicio, horas/sesión, sesiones/semana y horas/semana), peso seco, fármacos para el tratamiento de la anemia y de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral y número total de fármacos(NTF); datos analíticos (hemoglobina(Hb), ferritina, índice de saturación de transferrina(IST), parathormona intacta(PTHi), calcio corregido(Cac) y fósforo(P)). Se calcularon las unidades de EPO/Kg/semana, índice de resistencia a eritropoyetina (IRE) y %pacientes ajustados a los objetivos establecidos por las guías KDIGO/recomendaciones S.E.N. definidas para el perfil anémico como: Hb 10-11.5/10-12g/dl, ferritina >500/≥100ng/ml, IST >30/≥20-

RESULTADOS: Se incluyeron 122 pacientes con una mediana de edad de 69.1 años (29.2-93.0) siendo el 71.3%(n=87) varones. La etiología de ERC fue: 30.3%(n=37) desconocida, 23%(n=28) DM, 16.4%(n=20) glomerulonefritis, 10.7%(n=13) nefropatía, 9.8%(n=12) HTA, 7.4%(n=9) pielonefritis/nefritis y 2.5%(n=3) otras. Un 98.4%(n=120) presentaban comorbilidades: HTA un 91.8% (n=112), 51.6%(n=63) DL, 49.2%(n=60) DM, y 30.3%(n=37) ECV. Un 25.4%(n=31) estaban incluidos en lista de espera para trasplante renal aunque de un 9.8%(n=12) se desconocía dicho dato. En cuanto a la hemodiálisis, la mediana de duración fue de 52.9 meses (4.3-251.7), un 87.7%(n=107) de los pacientes recibían 3 sesiones/semana, un 7.4%(n=9) 4 sesiones/semanas y un 4.9%(n=6) 1-2 sesiones/semana con una media de 3.9 horas/sesión (SD=0.4) y 11.2 horas/semana (SD=2.0). El peso seco medio fue de 71.7Kg (SD=14.7). La media de unidades de EPO/Kg/semana fue de 169.7 (SD=170.8). La mediana del IRE fue 9.64 (1.04-109.36). Todos los pacientes con anemia (91%,n=111) recibían EPO y un 71.3%(n=87) hierro i.v. El 48.4%(n=59) tenía hiperparatiroidismo secundario y fueron tratados con paricalcitol 35.2%(n=43), cinacalcet 38.5%(n=47), vitamina D 11.5%(n=14), hipofosfatemiantes 76.2%(n=93) y suplementos de calcio 0.8%(n=1) siendo la mediana del NTF 13 (4-24). En cuanto al perfil anémico (Hb/ferritina/IST) se alcanzó un cumplimiento del 33.9%/31.0%/24.1% según

KDIGO y del 52.4%/94.2%/48.3% según S.E.N. y del perfil óseo-mineral (PTHrP/Cac/P) del 23.7%/62.7%/38.9% según KDIGO y del 49.1%/72.9%/52.5% según S.E.N.

CONCLUSIONES: La adecuación del tratamiento de la anemia y metabolismo férrico, así como el de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral, a las recomendaciones propuestas por la S.E.N. en la población del centro concertado adscrito a nuestro hospital es mejorable. El incumplimiento de los objetivos terapéuticos en más de la mitad de la población hace necesaria también la incorporación del farmacéutico de hospital a estos centros para el seguimiento y optimización de los tratamientos farmacológicos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

898. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: SORIA SOTO M, De Béjar Riquelme N, Gómez Gil A, Sanchez Martínez I, Alcázar Espin MN, Espuny Miró A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. Avda. Marques de los Velez, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Revisar el tratamiento farmacológico en pacientes críticos con una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y cuantificar las intervenciones farmacéuticas para el ajuste posológico adecuado según la función renal del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo llevado a cabo durante 4 meses (Diciembre 2015-Marzo 2016). Se incluyeron aquellos pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1) Estar ingresado en UCI durante al menos 24 horas, 2) Tener una TFG

El fin del seguimiento de cada paciente se realizó cuando el paciente se fue de alta de la UCI, cuando mejoró su función renal o bien cuando se retiró el FRR.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio 53 pacientes (32 hombres y 21 mujeres), con una mediana de edad de 76 años (17-90), cumplieron todos los criterios de inclusión. Fueron prescritos un total de 112 FRR (2,11 FRR/paciente). La TFG media a la hora de prescribir los FRR fue de $21,15 \pm 9,77$ ml/min/1,73 m². 36 pacientes presentaban insuficiencia renal grave (FG)

Los grupos terapéuticos más implicados según la clasificación ATC fueron: grupo J (antiinfecciosos para uso sistémico) 56,3%, grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos) 40,2%, y en mucha menor proporción el grupo C (sistema cardiovascular) 2,7%, grupo M (sistema musculoesquelético) 0,9% y grupo N (sistema nervioso) 0,9%.

Un 70,5% de los FRR estuvieron debidamente ajustados a la función renal del paciente mientras que el 29,5% restante requirieron de intervención farmacéutica para llevar a cabo el correcto ajuste. Se realizaron un total de 33 intervenciones de las cuales 25 generaron cambios en las prescripciones de los FRR y se consideraron aceptadas mientras que un 8 fueron rechazadas.

CONCLUSIONES: Es importante hacer un seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con TFG bajas, adecuando los tratamientos a función renal ya que casi un 30% de los FRR precisaron ajuste posológico.

El grado de aceptación de las intervenciones realizadas fue elevado, de lo que se deduce que la figura del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar supone un valor añadido a la calidad asistencial del paciente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1131. AFLIBERCEPT EN EL TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD REFRACTARIA A OTROS ANTIANGIOGÉNICOS

AUTORES: IGLESIAS BOLAÑOS AM, MARTINEZ CHICO R, Buendia Bravo S, Capilla Montes C, Otero Fernández CM, Cruz Cruz T.

HOSPITAL DEL SURESTE. C/RONDA DEL SUR N° 10. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de aflibercept intravítreo en el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) húmeda en aquellos pacientes que han presentado falta de respuesta al tratamiento con otros fármacos antiangiogénicos. Desde octubre de 2012 el fármaco empleado en primera línea de tratamiento en nuestro hospital es bevacizumab, siguiendo los criterios de uso de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para el tratamiento de la DMAE húmeda. Previamente el antiangiogénico empleado era ranibizumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde agosto de 2014 de los pacientes diagnosticados de DMAE húmeda refractaria a antiangiogénicos en nuestro centro y que inician tratamiento con aflibercept. Los datos se obtienen a partir de la historia clínica informatizada Selene® y del programa informático de dispensación Farmatools®.

La eficacia de aflibercept se valorará por la capacidad de detener el deterioro funcional de la DMAE, midiendo los valores de agudeza visual (optotipos de Snellen), y por el restablecimiento de la anatomía retiniana normal según los resultados de la Tomografía de Coherencia Óptica macular.

RESULTADOS: Se incluyen en el estudio un total de 26 pacientes, 14 hombres y 12 mujeres, con una mediana de edad de 81 años, tratados con aflibercept intravítreo y diagnosticados de DMAE húmeda refractaria a otros antiangiogénicos. Dos de los pacientes recibieron tratamiento en ambos ojos (total estudio 28 ojos). En 46% de los casos el ojo tratado fue el derecho y el 93% eran ojos fágicos o pseudofágicos. Los pacientes habían recibido una mediana de 5 administraciones previas (Rango 1-10) con otros antiangiogénicos. El 86% habían recibido al menos tres dosis. En el 75% de los casos el tratamiento había sido bevacizumab, y el 25% restante ranibizumab y bevacizumab.

Los pacientes analizados han recibido una mediana de 3 administraciones con aflibercept (rango 1-10) y se ha logrado detener el deterioro funcional en el 78.5% de los casos, obteniendo una mejoría de la agudeza visual en el 35.7% de los pacientes. En el 21.4% restante se observa empeoramiento. Con respecto a la anatomía macular, se obtiene una mejoría de los criterios tomográficos en el 75% de los pacientes, llegando a producirse la inactividad completa de la enfermedad en el 60.7% de los casos. En el 82.3% de los casos de inactividad de las lesiones, ésta se consiguió con 3 o menos inyecciones de aflibercept.

Aunando resultados funcionales y anatómicos, de los pacientes en los que se consiguió inactivar anatómicamente la enfermedad, en el 76.5% se detuvo también el deterioro de la función visual (41.2% de los casos mejoraron la agudeza visual). En el 23.5% restante a pesar de inactivar la lesión, observamos un empeoramiento funcional debido a la evolución de la enfermedad a un estado de fibrosis retiniana.

CONCLUSIONES: Aflibercept intravítreo puede considerarse una opción de tratamiento en pacientes con DMAE húmeda refractarios a otras terapias antiangiogénicas al conseguir una inactividad completa de la enfermedad en el 60.7% de los casos, y un detenimiento del deterioro de la función visual en el 78.5% de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

675. ANÁLISIS A 10 AÑOS DEL USO DE INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES: González de la Fuente G, Nazco Casariego J, García Gil S, González García J, Calzado Gómez G, Gutiérrez Nicolás F.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Carretera Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Describir y analizar los resultados obtenidos con infliximab (IFX), durante un periodo de 10 años, en pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn (EC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EC que iniciaron tratamiento con IFX entre enero de 2005 y diciembre de 2014. El seguimiento se realizó hasta el 31/07/15. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo en tratamiento, líneas previas de biológico, suspensiones definitivas o temporales del tratamiento y motivo, modificaciones de dosis y valores de proteína C reactiva (PCR) antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo. Se registró como modificaciones de dosis aquellas que implicasen una pauta de tratamiento que no esté descrita en la ficha técnica (FT) (tanto aumentos de dosis, como modificaciones del intervalo posológico). Se consideraron interrupciones de tratamiento aquellas de una duración ≥ 6 meses. Se evaluaron los niveles de PCR como factor predictivo de respuesta al tratamiento (FPR), comparando los pacientes que tenían valores de PCR $<$ versus $\geq$ al valor medio. Los datos fueron registrados a partir del aplicativo informático OncoWin® y de la historia clínica electrónica almacenada en SAP®.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron un total de 81 pacientes (56.8% varones, edad media: 36 años [13-74]). El tiempo medio de seguimiento fue de 25.1 meses [1-103]. El 96,3% de los pacientes lo recibieron en primera línea. La media de PCR basal fue 6.49 mg/L [0.3-115.8] (valores normales: 0-3 mg/L) y de 17.4 [0.10-179] al terminar el tratamiento. Un 55.6% de los pacientes suspendieron definitivamente el tratamiento: 13.6% por reacciones infusionales, 17.3% por ineficacia, 17.3% por remisión de la enfermedad y un 7.4% por otros motivos. Un 19.8% de los pacientes interrumpieron temporalmente el tratamiento, la mayoría de casos por remisión de la enfermedad (68.8%), con un tiempo medio de interrupción de 21.4 meses [6-42]. El 17.3% de los pacientes requirió modificaciones de dosis para controlar la enfermedad. La PCR no resultó ser un buen FPR, aunque se observó tendencia a ser FPR positivo en pacientes con PCR por encima del valor medio: mediana de tiempo de tratamiento 56 meses vs 37 meses; IC95% 0.62-2.28; $p=0.62$.

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo hemos querido mostrar los resultados a largo plazo de IFX en EC en la práctica clínica real. El análisis de este tipo de resultados nos puede ayudar a conseguir tratamientos más eficientes y así garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

279. ANÁLISIS COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD ENTRE INFLIXIMAB MARCA DE REFERENCIA E INFLIXIMAB BIOSIMILAR

AUTORES: González de la Fuente G, Nazco Casariego J, Gutiérrez Nicolás F, González García J, González Ponsjoan S, García Gil S.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Carretera Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Comparar los resultados de efectividad y seguridad de infliximab marca de referencia (Remicade®)(R) y de infliximab biosimilar (Inflectra®)(I).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les prescribió desde el inicio del tratamiento R (enero-diciembre 2014) e I (abril de 2015-marzo de 2016).

Se registró edad y sexo de los pacientes, así como indicación, tiempo de tratamiento y si habían recibido algún biológico previo.

Como evaluación de la efectividad, se tuvieron en cuenta criterios subjetivos (si el paciente nota alguna mejoría tras la administración de los 3 ciclos de inducción) y criterios objetivos (aceptando que la continuidad del tratamiento implica respuesta al mismo).

Para evaluar la seguridad, se registró la aparición de reacciones infusionales y/o de efectos secundarios debidos al fármaco.

Los datos fueron registrados a partir del aplicativo informático OncoWin® y de la historia clínica electrónica almacenada en SAP®.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron un total de 46 pacientes:

26 en el grupo R: 21 adultos (66,67% hombres, edad media: 46 años [24-64]) y 5 pediátricos (60% varones, edad media: 13,4 años [10-17]).

20 en el grupo I: 18 adultos (61,1% hombres, edad media: 41 años [19-66]) y 2 pediátricos (100% niñas, edad media: 14,5 años [13-16]).

Un 19% de los pacientes del grupo R habían llevado anteriormente otro biológico, por un 33,3% de los pacientes de I ($p=0,395$). El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue similar para ambos tratamientos (R: 5,3 meses [1-11], I: 5,3 meses [1-9,5]).

Las indicaciones más frecuentes de las prescripciones fueron: enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (62% en R y 56% en I); y artritis psoriásica (10% en R y 17% en I).

POBLACIÓN ADULTA: 1/21 pacientes (4,8%) se objetivó pérdida de efectividad y 0% en el grupo I. En ambos grupos, se produjo una reacción infusional, con R tras la administración de la primera dosis, y en el grupo de I tras la cuarta dosis. En lo que se refiere a interrupciones del tratamiento debido a efectos secundarios del fármaco, 3 pacientes (14,3%) del grupo de R debieron suspender el tratamiento, por toxicodermia, episodios eméticos y hemoptisis respectivamente. No se observó ninguna interrupción por este motivo en el grupo de I (0%) ($p=0,116$).

POBLACIÓN PEDIÁTRICA: en el grupo de R se produjeron 2 suspensiones de tratamiento, una por falta de efectividad tras 3 meses de tratamiento y otra por reacción infusional tras 11 meses de tratamiento. En el grupo de I, de los 2 pacientes que hubo, uno suspendió el tratamiento por reacción infusional tras 2 dosis y otro se mantuvo en respuesta.

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo hemos querido mostrar la eficacia y seguridad del biosimilar de infliximab comparado con el Remicade®. Según nuestros datos, tras un año de uso, no se han observado diferencias entre ambos tratamientos, tanto en la población adulta como en la pediátrica.

524. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE PARCHES DE CAPSAICINA POR EL SERVICIO DE UNIDAD DEL DOLOR DE UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: GUERRERO BAUTISTA R, Escondrillas Gómez LM, García Márquez A, Gutiérrez Cívicos MR, Mira Sirvent MC, Lacruz Guzmán D.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. C/mezquita s/n paraje los arcos. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la utilización de los parches de capsaicina (PC) y su adecuación a las condiciones autorizadas según la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFYT), por la Unidad del Dolor (UDO) de un Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas (Selene®) de los pacientes en tratamiento con PC, prescritos por la UDO de nuestro hospital (abril 2015-2016). Se registraron los siguientes datos: número de historia clínica, sexo, edad, diagnóstico, inicio de tratamiento con PC,

número de parches administrados, frecuencia de administración y/o duración del efecto, tratamientos previos, respuesta al tratamiento y reacciones adversas (RA).

Este fármaco se incluyó en la guía farmacoterapéutica (GFT) como uso restringido a la UDO en el tratamiento del dolor neuropático periférico localizado en adultos no diabéticos que sean refractarios o que no toleren los tratamientos convencionales, incluidos los antidepresivos tricíclicos (ATC), antiepilépticos y opiáceos.

RESULTADOS: Recibieron tratamiento con PC, 46 pacientes, 34 mujeres y 12 hombres, con una edad media de 63 años (33-86).

Los diagnósticos para su uso fueron: gonalgia unilateral de carácter neuropático (n=16), dolor neuropático localizado (n=18), la mitad de los casos asociado a cicatrices, gonartrosis unilateral (n=5), neuralgia postherpética (n=4), neuralgia del trigémino (n=1) y síndrome postpoliomielitis (n=1).

Los PC aplicados fueron 78 en un rango de 1 a 7 por cada paciente.

La frecuencia de la administración, debido a la duración del efecto, fue de: cada 3 meses (n=16), cada 4 meses (n=10), cada 6 meses (n=6), cada 5 meses (n=5), cada 2 meses (n=4).

Como tratamiento previo, todos los de pacientes recibieron analgésicos orales y la mayoría parches de lidocaína, con mal control de los síntomas. Otros tratamientos utilizados fueron: analgésicos opiáceos, ATC, antiepilépticos, infiltraciones con corticoides y terapia con micro-corriente mediante el uso de MC-Patch.

En 18 pacientes el tratamiento fue muy efectivo y hubo mejoría clínica sin precisar asociar otro tratamiento. En 20 pacientes el tratamiento fue efectivo pero hubo que asociar otra medicación en algún momento. En 3 pacientes con gonartrosis unilateral se suspendió el tratamiento por ineficacia tras la primera aplicación, y se reintrodujo posteriormente en 1 de ellos por empeoramiento del dolor, en este caso se obtuvo una mejoría subjetiva de los síntomas.

En cuanto a seguridad, la tolerancia fue buena excepto en 1 un caso que presentó picor y escozor excesivo en la zona de aplicación.

CONCLUSIONES: En la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, los PC han resultado efectivos para el control del dolor con buen perfil de seguridad. Los pacientes que menos se beneficiaron del tratamiento fueron los diagnosticados de gonartrosis unilateral.

Todos los tratamientos se adecuaron a las condiciones autorizadas según la CFYT.

Este fármaco constituye una alternativa terapéutica para el tratamiento del dolor neuropático en los pacientes que no responden a tratamientos convencionales.

El hecho de haber incluido este fármaco en la GFT como uso restringido a la UDO, ha supuesto una medida eficaz para conseguir un uso racional de este medicamento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

840. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y EFICACIA DE HIERRO CARBOXIMALTOSA

AUTORES: GARCIA LOBATO E, MARTIN CLAVO S, GIL GARCIA V, VAZQUEZ GARCIA C, BRIEGAS MORERA D, GARCIA LOBATO C.

HOSPITAL INFANTA CRISTINA. ADVA ELVAS S/N. Badajoz. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización y eficacia del hierro carboximaltosa (HCM) intravenoso desde enero de 2015 a julio de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo realizado en un hospital de referencia. Se recogieron los siguientes datos: variables sociodemográficas, indicación, servicio, dosis, transfusiones en esos días y parámetros analíticos como ferritina sérica (FS), transferrina (TF), saturación de transferrina (TFS), hemoglobina (Hb), hematocrito (HTO), hierro sérico (Fe), VCM, PCR. Todos estos parámetros se recogieron previa y posterior a la administración hasta el día 30, en intervalos de 5 días.

La utilización se determinó en base a la solicitud de los parámetros analíticos.

Como criterios de eficacia se estableció el incremento de Hb > 2g/dl y normalización de valores de HTO (36-48%), Fe (37-145 mcg/dl) y TFS (20-50%); se descartaron los pacientes que recibieron transfusión en esos días. Los porcentajes se establecieron en función a los pacientes con determinaciones de estos parámetros.

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS® 22.0.

RESULTADOS: Fueron tratados 84 pacientes, 48 hombres (57,1%) y 36 mujeres (42,9%), con una edad media de 68,2 años.

La dosis más habitual fue 1000 mg en dosis única, entre los principales servicios se encuentran: Cardiología (39,6%); Digestivo (17%); Traumatología (15,1%) y Coloproctología (4,7%).

Entre los diagnósticos destacan: anemia multifactorial (49,5%), hemorragia activa (16,1%), intervención por fracturas (14%) y malabsorción intestinal (7,5%).

El porcentaje de pacientes que presentaban determinaciones de FS, TFS, TF y Fe previas a la administración fue 59,1%, y posterior un 39,8%.

Un 16,1% recibieron transfusión en esos días.

Los pacientes que presentaron un incremento de Hb>2g/dl, 4,5% en los primeros cinco días; entre 6-10 días un 10,8%; entre 11-15 días un 13,6%; a partir de los 15 días 20,7%. Respecto a los niveles de HTO; un 20% lo presentaban normal entre 1-5 días; 21,6% entre 6-10 días; 13,6% entre 11-15 días y 37,5% a partir de los 15 días. Un 58,3% presentaban niveles normales de Fe entre 1-5 días; 83,3% entre 6-10 días; 50% entre 11-15 días. Un 23,1% presentó niveles normales de TFS entre 1-5 días; 33,3% entre 6-10 días, ninguno entre 11-15 días y 50% a partir de los 15 días.

No se ha valorado la eficacia en base a niveles de ferritina ya que ésta aumenta en procesos inflamatorios, existe una correlación significativa entre niveles previos de PCR y FS, siendo $P=0,01$.

CONCLUSIONES: En base a los resultados obtenidos puede establecerse que el HCM no se emplea de forma adecuada en un elevado número de pacientes, no se analiza si existe deficiencia de hierro. Tampoco se realiza un seguimiento adecuado de los parámetros.

Por otro lado, no podemos concluir si es eficaz o no, no resulta significativo los porcentajes obtenidos debido a la falta de datos analíticos.

Se ha aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica de nuestro hospital como medicamento de uso restringido, requiriéndose medición de niveles y permitiéndonos realizar un análisis y seguimiento de su empleo, garantizando así su correcta utilización.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

740. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO: TERIFLUNOMIDA Y DIMETIL FUMARATO

AUTORES: MONDELO GARCIA C, VIZOSO HERMIDA JR, FERNÁNDEZ BARGIELA N, MARTIN HERRANZ I. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. aX xUBIAS, 84. A Coruña. España

OBJETIVOS: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta a las vainas de mielina del sistema nervioso central impidiendo su funcionamiento normal. Durante años la EM fue tratada predominantemente con medicamentos administrados por vía parenteral, por ello la reciente introducción de los nuevos tratamientos orales dimetilfumarato (DMF) y teriflunomida (TFN) indicados para el tratamiento de la EM remitente recurrente en pacientes adultos, supone un importante avance terapéutico que mejora la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo de este estudio es describir y evaluar los efectos adversos detectados en pacientes a tratamiento con TFN y DMF en un hospital de nivel terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y observacional de todos los pacientes a tratamiento con DMF y TFN en nuestro hospital durante al menos dos meses.

En la historia clínica electrónica se recogieron: datos demográficos, tratamientos previos recibidos para la EM, fecha de inicio de tratamiento con TFN o DMF y efectos adversos.

Desde la consulta de atención farmacéutica se realizó un seguimiento de los pacientes: se les aportó información sobre cómo tomar el tratamiento, se insistió en el cumplimiento terapéutico, así como en la realización de los controles analíticos pertinentes.

RESULTADOS: Este estudio incluye 28 pacientes (15 a tratamiento con DMF y 13 con TFN) con una edad media de 40 años (25-59) y de los cuales el 75% son mujeres.

El 39.9% de los pacientes no habían recibido tratamientos previos, en el 60.1% restante los tratamientos previos fueron: 47.1 % interferón beta 1b, 17.6% interferón beta 1a intramuscular, 17.6% interferón beta 1a subcutáneo, 11.8% acetato de glatirámico y 5.9% natalizumab.

En lo que respecta a los efectos adversos de los pacientes a tratamiento con DMF: 66.7% (10/15) sufrieron rubefacción, 53.3% (8/15) tuvieron molestias gastrointestinales que provocaron en uno de los casos la reducción de la dosis durante dos semanas, un 20% (3/15) sufrió una ligera elevación de transaminasas hepáticas y 13.3% (2/15) presentaron cansancio.

En los pacientes a tratamiento con TFN los efectos adversos detectados fueron: 46.2% (6/13) molestias gastrointestinales provocando la discontinuación temporal del tratamiento en uno de los casos, 30.8% (4/13) pérdida de cabello, 15.4% (2/13) cansancio y 7.6% (1/13) ligera elevación de transaminasas hepáticas.

CONCLUSIONES: En la consulta de atención farmacéutica se aporta información sobre la correcta toma de los medicamentos, se favorece la detección y minimización de efectos adversos, se realizan acciones correctoras y se refuerza

tanto el seguimiento analítico como la adherencia al tratamiento. Todo ello supone un incremento de la calidad del proceso asistencial.

En cuanto a los efectos adversos de los nuevos tratamientos orales para la EM remitente recurrente en adultos, la rubefacción con DMF y las molestias gastrointestinales con TFN son los más comunes, siendo más predominantes al inicio del tratamiento.

Las molestias gastrointestinales fueron el único efecto adverso que provocó modificaciones en el tratamiento (en un paciente se disminuyó la dosis de DMF durante dos semanas y en otro se suspendió TFN temporalmente).

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

925. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: LAMAS LÓPEZ M, Macia Fuentes L, Fernández González A, Pérez Domínguez N, Terroba Alonso P, Puente Martínez P.

HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Camino de Heros, N°4. Asturias. España

OBJETIVOS:

Analizar efectividad, seguridad y motivo del cambio en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) a tratamiento con teriflunomida y dimetilfumarato.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con teriflunomida y dimetilfumarato en un hospital de 420 camas de junio 2015 a marzo 2016.

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, paciente naïve o no naïve, terapias previas, número de brotes, motivo del cambio y tolerancia al tratamiento. Adicionalmente se realizó un seguimiento de los parámetros analíticos recomendados en la ficha técnica de cada fármaco. Se recogieron los valores de presión arterial, creatinina, enzimas hepáticas (ALT, AST) y recuentos sanguíneos.

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación informática de pacientes externos Farmatools® y de la historia clínica electrónica Selene®. El análisis de los datos se realizó con Microsoft Excel®.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 30 pacientes diagnosticados de EMRR, 23 mujeres (76,7%) y 7 hombres (23,3%), con una mediana de edad de 43 años.

18 pacientes procedían de terapias previas: INF β -1a subcutáneo 55,5% (n=10) o intramuscular 16,7% (n=3), INF β -1b 11,1% (n=2) y acetato de glatirámico 16,7% (n=3).

Los motivos que justificaron el cambio de terapia se englobaron en problemas relacionados con la vía de administración (reacciones locales) 42,1%, otras RAM (síndrome pseudogripal, artralgia) 36,9% y en la evolución de la enfermedad con el tratamiento actual 21%. Los 12 pacientes restantes fueron pacientes naïve.

Teriflunomida fue el fármaco oral más utilizado, 20 pacientes iniciaron tratamiento con el mismo. Los valores de PA, ALT, AST y el recuento sanguíneo se mantuvieron en rangos normales en todos ellos.

Respecto a los brotes en este grupo de pacientes, un paciente experimentó brote no confirmado y otro paciente experimentó neuralgia del trigémino, que se relacionó con la enfermedad desmielinizante pero sin progresión de la EMRR.

En relación a la tolerancia, un paciente tuvo que suspender el tratamiento debido a la aparición de estomatitis ulcerosa a nivel bucal.

Los 10 pacientes restantes iniciaron el tratamiento con dimetilfumarato. Los valores de creatinina, ALT, AST y el recuento sanguíneo se mantuvieron en valores normales.

Ninguno de los pacientes presentó sintomatología de brote o avance de la enfermedad.

Con respecto a la tolerancia, tres pacientes sufrieron episodios de rubefacción y cuatro sufrieron reacciones a nivel gastrointestinal que obligaron a la suspensión del tratamiento en uno de ellos y a el mantenimiento de la dosis de inicio, de 120mg de dimetilfumarato, durante un mes en dos pacientes.

CONCLUSIONES: Teriflunomida y dimetilfumarato se sitúan como una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de la EMRR.

En nuestra población la tendencia es que sean los fármacos de elección para los pacientes naïve o con problemas de tolerancia en relación a la administración parenteral

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

325. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE FIDAXOMICINA EN INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES: ALAÑÓN PLAZA E, SERRA LÓPEZ-MATENCIO JM, GALLEGO ARANDA T, RUIZ LÓPEZ M, CAÑAMARES ORBIS I, MORELL BALADRÓN A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. C/DIEGO DE LEÓN, 62. Madrid. España

OBJETIVOS: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) cursa principalmente con diarrea (≥ 3 deposiciones no formes en 24 horas). En los últimos años se ha observado mayor incidencia y gravedad de los casos detectados, posiblemente relacionado con una cepa hipervirulenta llamada B1/NAP1/027. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad, utilización y seguridad de fidaxomicina en pacientes con ICD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se ha revisado el uso de fidaxomicina en pacientes ingresados durante 2014-2015.

Las variables fueron: edad, sexo, episodios previos, detección de toxinas en heces, cepa de *C. difficile*, tratamientos previos dentro del mismo episodio, días de tratamiento, curación, recidiva a los 30 días siguientes al tratamiento y reacciones adversas.

Herramientas: Gestión de Unidosis (Farmatools®) y Sistema de información clínica □Hygeia□.

Los usos aceptados por la Comisión de infecciones, profilaxis y política de antibióticos (CI) para fidaxomicina son: 1) Fracaso con metronidazol y vancomicina; 2) a partir de la 2ª recurrencia; 3) brote hospitalario y 4) como primera línea en ICD por ribotipo 027.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes, 14 mujeres y 10 hombres con una media de edad de $77,04 \pm 16,02$ años. Todos los pacientes presentaron toxina de *C. difficile* positiva en heces en el momento de inicio de tratamiento para ICD. Se aisló la cepa 027 en 11 pacientes.

- 16 pacientes presentaron el primer episodio de ICD; 11 pacientes iniciaron tratamiento con metronidazol y/o vancomicina, de los cuales 7 cambiaron a fidaxomicina por detección posterior de cepa 027 y 4 por fracaso terapéutico. Los otros 5 pacientes iniciaron fidaxomicina como primera línea por sospecha de cepa 027, confirmado en 4 pacientes.

- 6 pacientes ingresaron por primera recurrencia y todos ellos comenzaron fidaxomicina por fracaso de terapia con metronidazol y/o vancomicina dentro del mismo episodio.

- En 2 pacientes se inició fidaxomicina por múltiples recurrencias (3-4 recurrencias).

Los pacientes fueron tratados con fidaxomicina 200 mg cada 12 h durante $8,27 \pm 2,30$ días; tratamiento completo de 10 días (13 pacientes), toxina en heces negativa en menos de 10 días (8 pacientes), exitus por otras comorbilidades (3 pacientes).

Todos los pacientes que finalizaron tratamiento con fidaxomicina resolvieron la ICD y, solo un paciente sufrió una recaída durante el mes siguiente tratada con vancomicina. No se detectaron reacciones adversas debidas a fidaxomicina.

CONCLUSIONES: Fidaxomicina constituyó una alternativa efectiva en los pacientes con ICD que finalizaron el tratamiento, tanto en primeros episodios como en recurrencias, obteniendo un porcentaje de pacientes sin recaídas del 95,24%.

Se ha obtenido una alta incidencia de la cepa 027, detectada prácticamente en el 50% de los casos. Su determinación ayuda a individualizar y a alcanzar la máxima eficiencia del tratamiento de ICD.

El seguimiento de las recomendaciones de la CI y la eficacia del fármaco nos permite optimizar la farmacoterapia mejorando la efectividad y evitando tratamientos innecesarios.

El perfil de seguridad ha sido favorable sin reacciones adversas notificadas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

549. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: LLORENTE SERRANO M, MARTÍNEZ VALDIVIESO L, SÁNCHEZ GUNDÍN J, RECUERO GALVE L, PEIRON PUYAL MJ, BARREDA HERNÁNDEZ D.

VIRGEN DE LA LUZ. C/ HERMANDAD DONANTES DE SANGRE s/n. Cuenca. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de pirfenidona (inmunosupresor con propiedades antifibróticas/antiinflamatorias) en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI), definida como una neumonía intersticial fibrosante crónica, con mal pronóstico y escasas opciones terapéuticas, con una incidencia de entre 4,6 y 7,4/100.000 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva (diciembre□14-marzo□16): historias farmacoterapéuticas (Mambri-noXXI®) de pacientes en tratamiento con pirfenidona en un área sanitaria de 140.970 habitantes. Datos recogidos: sexo, edad, tabaquismo, fecha de diagnóstico de FPI, tratamientos previos e inicio de tratamiento con pirfenidona y duración de tratamiento. Se evaluó: 1) efectividad, mediante variables de función respiratoria: capacidad vital forzada (CVF), fuerza espiratoria en el primer segundo (FEV1) y capacidad de transferencia pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), se estudió la prueba de la marcha en 6 minutos (PM6M); 2) seguridad, comparando efectos adversos (EA) registrados en la base de datos (Farmatools®) de la consulta de atención farmacéutica con los de ficha técnica

(FT), además se revisaron parámetros analíticos: hemograma y bioquímica (creatinina, GPT, GOT, GGT, bilirrubina total (BT), triglicéridos y LDH); y 3) coste total/paciente/año (Farmatools®).

RESULTADOS: Estudio de cinco pacientes, varones y exfumadores. Edad media: 61 años. La mediana de tiempo transcurrido entre diagnóstico de FPI e inicio de tratamiento fue de 32 semanas, siendo la posología la descrita en FT. Al cierre del estudio ningún paciente había suspendido pirfenidona con una mediana de 32 semanas (rango: 12-60) en tratamiento.

Efectividad: en el momento del diagnóstico los valores medios fueron CVF 76,38%, FEV1 81,08% y DLCO 52,5% y la PM6M 364 metros. A fecha fin de estudio estos valores eran: 76,52%, 78,62%, 44,78% y 373 metros, respectivamente.

Seguridad: ningún paciente discontinuó el tratamiento por aparición de EA. Tres pacientes describieron molestias digestivas que se solventaron en dos de ellos tras reducir dosis (1.068mg c/8 horas) para luego aumentarla a dosis plenas tras mejorar la tolerancia. En el tercer paciente no se pudo aumentar la dosis por persistencia de intolerancia digestiva. Otro EA descrito por un paciente fue prurito.

En los cinco pacientes el hemograma en analíticas posteriores fue normal. En cuanto a la bioquímica, no hubo alteraciones de creatinina, enzimas hepáticas ni de BT, a excepción de la GGT, que en uno de los pacientes se elevó considerablemente: 138 [7-32U/L]. Tres pacientes mostraron niveles elevados de triglicéridos [$>140\text{mg/dL}$] posteriores al inicio del tratamiento (mediana de 32 semanas) y dos pacientes mostraron valores de LDH elevados pero ya en estudio previo por lo que no se atribuyó a pirfenidona.

Coste: 20.580 €/paciente/año.

CONCLUSIONES: Pirfenidona constituye una nueva alternativa farmacoterapéutica para el tratamiento de pacientes con FPI.

En nuestro estudio, de pequeño tamaño muestral y corto periodo de seguimiento, pirfenidona muestra una efectividad comparable a la de los estudios pivotaes respecto a la variable principal de CFV.

El perfil de seguridad se asemeja al descrito en FT y al de los estudios pivotaes.

Dado el elevado coste de pirfenidona, resultaría conveniente realizar estudios de mayor tamaño muestral y seleccionar el subgrupo de pacientes con mejor balance beneficio/riesgo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

336. CINACALCET EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL CON HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO

AUTORES: JUANES CALABUIG E, PARELLÓ CARRASCOSA M, ALCALDE RODRIGO M, MONTORO RONSANO JB. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. del Valle de Hebrón, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVOS: Evaluar la capacidad de cinacalcet de reducir los valores de PTH sérico en pacientes sometidos a trasplante renal y afectos de hiperparatiroidismo terciario (HPTT) así como observar la evolución de los niveles de calcio y fósforo sanguíneos durante un periodo de seguimiento de 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con HPTT persistente tras trasplante renal atendidos durante los años 2010 y 2011 por la Unidad de Dispensación Ambulatoria del Servicio de Farmacia y controlados por el Servicio de Nefrología de nuestro centro que recibieron tratamiento con cinacalcet y de los que se disponían datos de seguimiento de al menos 12 meses. Se recogieron datos biodemográficos, terapéuticos y analíticos correspondientes a la visita inicial y a los 3, 6, 9 y 12 meses desde el inicio del tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 29 pacientes, 12 mujeres y 17 hombres, la mayoría de los cuales (69%) se encontraba en estadio III de IR. Los valores analíticos iniciales fueron los siguientes: PTH: $309,9 \pm 196,1$ pg/mL; Ca: $10,37 \pm 0,81$ mg/dL; PO43-: $3,42 \pm 0,84$ mg/dL; Alb: $4,35 \pm 0,29$ g/dL; Cr: $1,78 \pm 0,67$ mg/dL y FG: $44,18 \pm 20,94$ mL/min.

La dosis semanal media inicial de cinacalcet fue de $188,6 \pm 48,0$ mg, aumentando a los 12 meses a $224,3 \pm 112,7$ mg. Inicialmente, un 31% de los pacientes estaban en tratamiento con un análogo de vitamina D y un 7% con quelantes de fósforo, pasando a 36% y un 20% respectivamente a los 12 meses. Ninguno de los pacientes se mantuvo con suplementos de calcio.

A los 3 meses, el calcio sérico disminuyó un 5,7% hasta alcanzar valores de $9,8 \pm 0,9$ mg/dL ($p < 0,001$). A los 12 meses la reducción fue del 7,2% respecto al nivel basal, observándose niveles de $9,6 \pm 1,0$ mg/dL ($p < 0,001$). Además, la PTH se redujo un 13,1% a los 3 meses ($218,2 \pm 167,9$ pg/mL) y un 13,9% a los 12 ($186,9 \pm 132,7$ pg/mL), si bien estos descensos no fueron significativos. Los valores de fósforo y de FG se mantuvieron estables durante el estudio. Ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento por toxicidad del cinacalcet.

CONCLUSIONES: Cinacalcet empleado en la práctica clínica habitual en pacientes con trasplante renal e HPTT fue efectivo en la disminución de los valores de calcio plasmático a los 3 y a los 12 meses con un perfil de seguridad destacable. Los niveles de PTH y fósforo se mantuvieron estables durante el periodo de seguimiento.

1247. DIMETILFUMARATO: TRASLADANDO LOS DATOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. NUESTRA EXPERIENCIA

AUTORES: BLANCO SÁNCHEZ G, HUERTAS FERNÁNDEZ MJ, SALGUERO OLID A, MOYANO PRIETO I, ROMERO HERNÁNDEZ I, MANZANO MARTÍN MV.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. Avenida Ana de Viya Nº21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Hasta la comercialización de dimetilfumarato, los tratamientos modificadores de la enfermedad de primera línea en formas no agresivas de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) se administraban por vía subcutánea o intramuscular. El objetivo del estudio es analizar la prescripción y la tolerabilidad de dimetilfumarato en un hospital de tercer nivel, comparándola con los datos de seguridad de los ensayos clínicos (EC) pivotaes DEFINE y CONFIRM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de todos los pacientes con EMRR en tratamiento con dimetilfumarato desde junio de 2015 hasta abril de 2016. Se realizaron entrevistas presenciales a los pacientes en el momento de la recogida de la medicación en la Unidad de Pacientes Externos de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Se completó la información con la revisión de la historia clínica digital en Diraya® Atención Especializada. Se tomaron las siguientes variables: edad, sexo, discapacidad (EDSS) al inicio del tratamiento, tratamiento previo si lo hubiere y motivo del cambio, y por último, tolerabilidad. Una vez recogidos los datos se compararon con los de los EC.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 44 pacientes, 81,18 % mujeres, con media de edad de 42,54 años ($\pm 10,98$), similar a la de los estudios pivotaes (38 años). La discapacidad media EDSS fue 1,37, siendo para los EC 2 y 2,5. 14 pacientes (31,81 %) no habían recibido tratamiento previo. Los otros 30 cambiaron a dimetilfumarato por comodidad de vía de administración (7), intolerancia a acetato de glatirámico (6), reacciones adversas con interferón (3), toxicidad hepática por teriflunomida (1), intolerancia a fingolimod (3) o mal control de la enfermedad (10). En cuanto a la tolerabilidad, 16 pacientes habían presentado intolerancia digestiva a dimetilfumarato en algún momento del tratamiento, de los cuáles 3 tuvieron diarreas (6,81 % vs 14 % en EC), 5 náuseas y vómitos (11,36 % vs 12 % en EC) y 11 dolor abdominal (25 % vs 10 % en EC). 14 pacientes presentaron rubefacción (31,81 % vs 34 % en EC) y 3 leucopenia o linfopenia (6,81 % vs 6 % en EC). 18 (40,9 %) de los 44 pacientes del estudio argumentaban no haber sufrido reacción adversa atribuible al fármaco. De los 44 pacientes, 9 (20,45 %) discontinuaron el tratamiento durante el período de estudio, 6 por intolerancia digestiva (13,63 % vs 4 % en EC), 2 por rubefacción (4,5 % vs 3 % en EC) y 1 paciente abandonó el tratamiento por gestación.

CONCLUSIONES: Dimetilfumarato es un fármaco que debido a su administración oral se está prescribiendo durante los últimos meses como primera opción en pacientes con EMRR, y con frecuencia en cambios de tratamiento. No obstante, no está exento de riesgos, y presenta efectos adversos importantes, sobre todo a nivel gastrointestinal y dermatológico, que en un porcentaje elevado de pacientes obligaron a suspender el tratamiento pese a la escalada progresiva de dosis. Nuestros pacientes fueron comparables a los de los EC, obteniendo datos de seguridad similares.

1234. DISMINUCIÓN DE DOSIS O AMPLIACIÓN DE INTERVALO: ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: BLÁZQUEZ GALÁN A, PRADA LOBATO JM, RODRIGUEZ BARBERO MJ, DEL OLMO REVUELTO A, CASTELLANO HERRADOR JJ, RAMIS RIERA F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. CL. DULZAINA, 2. Ávila. España

OBJETIVOS: Identificar pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en tratamiento con medicamentos biológicos candidatos a disminución de dosis o ampliación de intervalo (DDI) en un hospital de nivel 3. Calcular el ahorro que ha supuesto en 2015 el tratamiento de los pacientes DDI. Estimar el ahorro teórico de los tratamientos en pacientes candidatos DDI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se incluyen los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide a los que se ha dispensado medicamentos biológicos en 2015. Se utiliza el programa de gestión de Farmacia Hospitalaria Farmatools® para seleccionarlos. De la historia clínica electrónica Siclinica® y de Farmatools® se extraen las variables último fármaco dispensado, fecha inicio último fármaco, dosis, pauta, medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos (FAME) y DAS28. Se definen pacientes candidatos a DDI si DAS28

El ahorro se determina como la diferencia entre el coste del tratamiento con la dosis e intervalo reflejado en fichas técnicas y el coste del dispensado en 2015. El ahorro teórico se determina como la diferencia entre el coste del tra-

tamiento con la dosis e intervalo reflejado en fichas técnicas y el del teórico mínimo y máximo teniendo en cuenta la disminución de dosis o ampliación de intervalo de la práctica clínica real en 2015.

RESULTADOS: Se incluyen 128 pacientes. Se identifican 2/128 [1.6% IC95% (0,4-5.5)] candidatos a DDI. Se comprueba que 32/128 [25.0% IC95% (18.3-33.1)] ya tienen DDI (17/32 se ha realizado sin datos DAS28), 37/128 [28.9% IC95% (21.7-31.8)] no cumplen los criterios para DDI y 57/128 [44.5% IC95% (36.2-52.2)] no tienen datos DAS28 para determinar si son candidatos a DDI.

Los 2 pacientes candidatos a DDI están en tratamiento con etanercept y golimumab. La distribución de tratamientos en los 32 pacientes DDI es la siguiente: 16/32 con etanercept (13/16 con 50 mg/10 días, 1 con 50 mg/11 días, 1/11 con 50 mg/14 días y 1/11 con 25 mg/7 días); 11/32 con adalimumab (6/11 con 40 mg/30 días, 3/11 con 40 mg/21 días, 1/11 con 40 mg/18 días y 1 con 40 mg/17 días); 3 con golimumab (2/3 con 50 mg/35 días y 1/3 con 50 mg/40 días) y 2 con infliximab (1/2 con 300 mg/70 días y 1/2 con 300 mg/84 días).

El ahorro en 2015 correspondiente a los pacientes DDI fue 119.400 € (adalimumab 54.372 €, etanercept 55.800 €, golimumab 5.192 € e infliximab 4.035 €).

El ahorro teórico de los pacientes candidatos a DDI sería 12.569-15.728 €/año, 5.300-7.420 €/año corresponderían al paciente en tratamiento con etanercept y 7.269-8.308 €/año corresponderían al paciente con golimumab.

CONCLUSIÓN: El 45% de los pacientes no tienen datos DAS28, lo que determina que sólo se hayan identificado 2 pacientes candidatos DDI. Los pacientes DDI generan un importante ahorro económico.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

158. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL CINACALCET EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO SIN HEMODIALISIS

AUTORES: PÉREZ RICART A, GALICIA BASART M, ALCALDE RODRIGO M, COMAS SUGRAÑES D, SEGARRA MEDRANO A, MONTORO RONSANO JB.

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129. Barcelona. España
Objetivos.

Evaluar la efectividad y la seguridad a largo plazo del cinacalcet en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) e hiperparatiroidismo secundario (HPTS) sin tratamiento renal sustitutivo (TRS) ni trasplante renal (TR).

Material y métodos.

Estudio observacional retrospectivo con pacientes con ERC, HPTS, sin TRS ni TR atendidos en la unidad de pacientes externos durante 2010 y 2011, en tratamiento con cinacalcet durante al menos 3 años. Se recogieron trimestralmente datos biodemográficos (edad, sexo), terapéuticos (pauta de cinacalcet y presencia de vitamina D o análogos, quelantes del fósforo y suplementos de calcio) y datos analíticos (calcio (Ca), fosfato (PO4-), creatinina (Cr) y albúmina (Alb) séricos, parathormona (PTH) y filtrado glomerular (FG)).

Resultados.

Se incluyeron 16 pacientes, 5 mujeres y 11 hombres con una edad al inicio del tratamiento de $62 \pm 17,27$ años, estadios III (31%), IV (56%) y V (12%). Los valores analíticos iniciales fueron los siguientes: PTH: $401,9 \pm 170,6$ pg/ml; Ca: $9,9 \pm 0,6$ mg/dl; PO4-: $3,6 \pm 0,4$ mg/dl; Alb: $4,2 \pm 0,3$ mg/dl; Cr: $2,9 \pm 0,9$ mg/dl y FG: $24,9 \pm 9,4$.

La dosis semanal media inicial de cinacalcet fue de $157,50 \pm 65,3$ mg/ semanales (23 mg/día), incrementándose un 25% y 30% a los 12 y 36 meses hasta un valor de $204,38 \pm 154,62$ mg. Inicialmente, un 44% (7) de los pacientes estaban con tratamiento con un análogo de vitamina D y un 19% (3) con quelantes del fósforo, incrementándose hasta un 69% (11) y un 31% (5) a los 12 meses, valor similar al 88% (14) y al 25% (4) obtenido a los 36 meses.

A los 12 meses, el valor sérico medio de PTH fue de $222,66 \pm 131,66$ pg/mL, con una reducción significativa en los valores de PTH de un 39% ($p < 0,004$), y hasta un $198,92 \pm 154,07$ pg/ml a los 36 meses (50%; $p < 0,001$). Se observó una disminución significativa de los valores medios de calcio del 7% ($9,21 \pm 0,83$ mg/dl) a los 12 meses, que se mantuvo a los 36 meses (8%; $9,12 \pm 0,78$ mg/dl). Se observó un incremento no significativo de los valores medios de fosfato del 6% ($3,82 \pm 0,84$ mg/dl) a los 12 meses, manteniéndose a los 36 meses (6%; $3,78 \pm 0,85$ mg/dl).

Un 25% (4) de los pacientes finalizaron el tratamiento con cinacalcet antes de los tres años de tratamiento, reiniciándolo en un 12,25% (2) de los pacientes. Los motivos de retirada fueron: hipocalcemia 6,25% (1); interacciones 6,25% (1); incumplimiento 6,25% (1); reacciones adversas 6,25% (1); desconocido 6,25% (1). Dos pacientes (12,5%) presentaron diarreas que no ocasionaron la suspensión del tratamiento.

Conclusiones.

El empleo de Cinacalcet según práctica clínica habitual, en pacientes sin TRS y PHT sérica elevada, fue efectivo y seguro a largo plazo. Los cambios en los parámetros bioquímicos se produjeron durante el primer año de tratamiento, manteniéndose a los 12 y 36 meses.

Trabajo becado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.

256. EFECTIVIDAD COMPARATIVA ANTIVITAMÍNICOS K Y ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: RESULTADOS EN VIDA REAL.

AUTORES: SIERRA SANCHEZ JF, ROJAS CORRALES MO, ALCALA SOTO A, JIMENEZ PICHARDO L, GAZQUEZ PEREZ R, GAVIRA MORENO R.

HOSPITAL DE JEREZ. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE CADIZ. CTRA. CIRCUNVALACION S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: analizar la diferencia de efectividad entre antivitaminicos K (AVK) y anticoagulantes orales directos (ACOD) en pacientes con fibrilación auricular (FA) en práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de FA que iniciaron tratamiento anticoagulante oral entre diciembre de 2012 y junio de 2015. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con algún anticoagulante oral, diagnóstico de FA y tiempo de exposición al fármaco de al menos 180 días. Se excluyeron los pacientes con tratamiento anticoagulante oral previo al periodo de estudio, así como aquellos que cambiaron de un anticoagulante a otro durante el periodo de estudio. La variable principal fue la incidencia de ictus por cada 100 pacientes-año. Como variables independientes se recogieron: edad, sexo y comorbilidades. A partir de estas se calculó el riesgo de ictus por medio del CHADS2. Se determinó la adherencia en ambos grupos de tratamiento. En el grupo ACOD se calculó a partir del número de días de tratamiento dispensado entre el número de días desde la primera dispensación hasta el final del último envase dispensado, considerándose óptima una adherencia >80%.

RESULTADOS: durante el periodo de estudio cumplieron los criterios de selección un total de 695 pacientes, 467 con AVK y 228 con ACOD. La puntuación CHADS2 fue sensiblemente mayor (diferencia: 0,2; IC95% 0,02 a 0,38; $p=0,033$) en el grupo AVK: CHADS2AVK 2,1 (DE=1,2) vs CHADS2ACOD 1,9 (DE=1,1). La incidencia de ictus por cada 100 pacientes-año fue de 3,4% en el grupo AVK frente a 5,6% en el grupo ACOD, con RR 1,65 (IC95% 0,65 a 4,20). La adherencia en el grupo ACOD fue óptima, con un resultado del 94,5% (IC95% 93,5% a 96,0%).

CONCLUSIONES: el riesgo de ictus determinado por la escala CHADS2 es ligeramente menor en los pacientes tratados con ACOD, y se sitúa por debajo de 2. Aún con esta diferencia, la incidencia de ictus no resulta mayor en los pacientes tratados con AVK, con un resultado que podría favorecer a los anticoagulantes clásicos. Los datos analizados carecen de potencia suficiente para detectar diferencias de eficacia entre ambos tratamientos, si bien resultan de interés para la interpretación de los resultados en salud de la anticoagulación en pacientes con FA en la práctica clínica real.

784. EFECTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES AMBULATORIOS

AUTORES: GUIADO GIL AB, HERRERA HIDALGO L, PEREZ BLANCO JL, SIERRA TORRES MI, GARCIA-AVELLO FERNANDEZ-CUETO A, MARTINEZ TURRION J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. Avenida Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Describir la utilización de hierro carboximaltosa (HCM) en los pacientes ambulatorios de un Hospital de Día. Evaluar la efectividad de su administración en la corrección del déficit férrico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes ambulatorios adultos de un Hospital de Día que recibieron HCM en el segundo semestre de 2015. Mediante la revisión de la historia clínica se obtuvieron los datos demográficos y analíticos. Para conocer el tratamiento recibido, se analizó la información del módulo de Dispensación a Pacientes Externos del programa ATHOS APD®. Las principales variables recogidas fueron: edad, sexo, dosis total de HCM administrada (Dt), hemoglobina (g/L) basal y posterior de control, tiempo hasta analítica de control (T) y administración concomitante de epoetina. La efectividad del tratamiento se midió en función del aumento de los niveles séricos de Hb ($\square$ Hb) a las 4 semanas tras la administración de HCM, considerando como efectivo aquel incremento igual o superior a 20 g/L. Los resultados se expresaron como la media $\pm$ desviación estándar (DE).

RESULTADOS: En el periodo estudiado, 246 pacientes ambulatorios recibieron HCM. De estos pacientes, 119 no tuvieron registro posterior de los valores de Hb (48,37%) o lo tuvieron antes de cumplirse las cuatro semanas tras la administración (5,28%). Finalmente, fueron 117 los casos estudiados, con una edad media de 64,72 (DE:16,40) años y un 59,83% de varones. El tratamiento fue efectivo en un 47% de los pacientes, siendo los resultados según la unidad clínica a la que pertenecieron los siguientes:

$\square$ Medicina interna (48 pacientes): Dt media de 1,16 (DE:0,44) gramos, $\square$ Hb medio de 25,02 (DE:22,31) g/L, 45,83% de efectividad y T medio de 60,22 (DE:27,79) días.

□ Nefrología (40 pacientes): Dt media de 1 (DE:0,44) gramos, □Hb medio de 15,10 (DE:16,79) g/L, 35% de efectividad y T medio de 62,79 (DE:29,02) días. El 51,22% de los pacientes recibió epoetina tras la administración de HCM y antes de la analítica de control.

□ Digestivo (17 pacientes): Dt media de 1,13 (DE:0,53) gramos, □Hb medio de 26,22 (DE:15,64) g/L, 64,71% de efectividad y T medio de 57 (DE:25,77) días.

□ Cardiología (6 pacientes): Dt de 0,95 (DE: 0,64) gramos, □Hb medio de 19,14 (DE:13,50) g/L, 66,67% de efectividad y T medio de 52,05 (DE:17,31) días.

□ Anestesiología (6 pacientes): Dt media de 1,32 (DE:0,55) gramos, □Hb medio de 23,42 (DE:9,99) g/L, 66,67% de efectividad y T medio de 58,75 (DE: 10,55) días.

CONCLUSIONES: El tratamiento con HCM ha resultado ser efectivo en un alto porcentaje de pacientes.

El incremento de los valores de Hb en los pacientes con patologías renales ha sido el más discreto.

El seguimiento analítico tras la administración del tratamiento ha sido insuficiente, por lo que, habría que promoverlo como medida de control.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

988. EFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS ANTI-TNF EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

AUTORES: MONJE GARCÍA B, AIS LARISGOITIA MA, REVUELTA HERRERO JL, ESCUDERO VILAPLANA V, RUIZ MARTÍNEZ C, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. c/Doctor Esquerdo, nº46. Madrid. España

OBJETIVOS: Según el último documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el empleo de terapias biológicas en la Artritis Psoriásica (APs), la terapia biológica está indicada en pacientes con enfermedad activa y refractarios a la terapia convencional con fármacos modificadores de la enfermedad. El objetivo del estudio es analizar la efectividad de los fármacos anti-TNF en APs en un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con APs tratados con fármacos anti-TNF durante 2015. Criterios de exclusión: duración del tratamiento actual menor a 6 meses y no disponer del índice compuesto de actividad clínica DAS28-ESR.

Se recogieron las variables demográficas (edad y sexo), farmacoterapéuticas (pauta posológica y duración del tratamiento), analíticas (velocidad de sedimentación glomerular (VSG) y proteína C reactiva (PCR)) y clínicas (número de articulaciones dolorosas (NAD), DAS28-ESR, índice clínico de actividad de la enfermedad (CDAI), índice simplificado de actividad de la enfermedad (SDAI) y escala visual analógica (EVA).

La remisión clínica fue definida como un DAS-28

RESULTADOS: Se incluyeron 96 pacientes (50,0% hombres) con una media de edad de $52,5 \pm 11,2$ años. La mediana de tiempo transcurrido desde el diagnóstico y en tratamiento con el fármaco anti-TNF actual fue de 5,0 (3,0;14,0) y 3,34 (1,85;7,74) años, respectivamente.

El 68,8% de los pacientes estaban en tratamiento en monoterapia con anti-TNF, mientras que el 30,2% recibían además metotrexato a una dosis media de 10mg/semana y el 1% recibía leflunomida.

El 39,6% de las prescripciones corresponden a adalimumab, 25,0% a etanercept, 18,8% a golimumab, 15,6% a infliximab y 1,0% a certolizumab. Un 30,2% de los pacientes se administraba el fármaco con una pauta posológica inferior a la autorizada en ficha técnica; 13 (34,2%) pacientes de adalimumab, 8 (53,33%) de infliximab y 8 (25,0%) de etanercept.

Según los resultados analíticos, la VSG media fue de $10,1 \pm 11,0$ mm/h y la PCR media fue de $0,48 \pm 0,8$ mg/dL, estando alterados en el 19,8% y el 16,7% de pacientes respectivamente.

Según los datos de efectividad, la mediana del DAS28-ESR fue de 1,67 (0,95;2,74), el NAD medio $1,15 \pm 2,45$, el CDAI medio $4,6 \pm 5,6$, el SDAI medio $4,6 \pm 5,1$ y el EVA medio $27,6 \pm 24,8$.

Según los criterios de respuesta, 68 (42,8%) pacientes se encontraban en remisión clínica y 11 (11,5%) presentaban una baja actividad de la enfermedad.

CONCLUSIONES: El fármaco anti-TNF más utilizado durante el 2015 para tratar la APs fue adalimumab con un 39,6% de las prescripciones, seguido de etanercept (25,0%). Tratar la APs con fármacos anti-TNF reduce significativamente el DAS28-ESR, siendo una terapia efectiva en el tiempo en nuestros pacientes.

106. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT EN PATOLOGÍA NEOVASCULAR TRAS RESPUESTA INADECUADA A RANIBIZUMAB

AUTORES: MARTÍNEZ TORRÓN A, SACRISTÁN DE LAMA MP, VELASCO ROCES L, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L, LÁZARO LÓPEZ E, LLORENTE ROMEO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). AVENIDA DE ROMA S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de aflibercept intravítreo en patología neovascular en pacientes con respuesta inadecuada a ranibizumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con aflibercept por repuesta inadecuada al tratamiento con ranibizumab. Se incluyeron los pacientes tratados desde marzo de 2015 hasta marzo de 2016 que recibieron al menos 3 dosis de aflibercept. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, nº ojos tratados, indicación, dosis administradas de ranibizumab y aflibercept, motivo de cambio a aflibercept, cambios en la agudeza visual (AV) y mejorías anatómicas del ojo afectado (ausencia de quistes, de líquido subretiniano, etc). Se estudiaron también las reacciones adversas relacionadas con el tratamiento. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Cerner-Millennium®).

RESULTADOS: Fueron tratados 49 pacientes (33 mujeres y 16 hombres), con una media de edad de $81,6 \pm 6,18$ años y que habían recibido previamente 8(2-25) dosis de ranibizumab. Indicación: DMAE 39(79,6%) pacientes, membrana neovascular subretiniana 9(18,37%) y Oclusión de los vasos retinianos 1(2,04%).

De 55 ojos tratados, el motivo del cambio a aflibercept fue la refractariedad a ranibizumab en 40(72,73%), corta duración del efecto en 9(16,36%) y suspender el uso de corticoides en 6(10,91%). El número de dosis administradas de aflibercept fue de 3(2-7) y el tiempo medio de seguimiento fue de $7,1 \pm 2,65$ meses.

El nº de ojos tratados que mostraron una mejoría en la AV, con respecto a ranibizumab, después de las tres primeras dosis y al final del periodo de seguimiento fue de 50,91% y 52,72%, respectivamente. Respecto a las alteraciones anatómicas, tras el cambio de tratamiento, sólo el 63,64% de los ojos tratados presentaron mejorías anatómicas.

En el 41,82% de los ojos tratados se observó mejoría tanto en la AV como en las alteraciones anatómicas; mientras que el 10,91% no presentaron ningún tipo de mejoría.

De los 6 ojos tratados con aflibercept para evitar el uso continuado de corticoides, solo en 1(16,67%) se observaron mejorías anatómicas; en 2(33%) se observaron mejorías en la AV, en 2 (33,33%) empeoramiento y en 2 (33,33%) ausencia de cambios.

Respecto a los 9 ojos tratados con aflibercept por corta duración del efecto de ranibizumab, en 6(66,67%) se observaron mejorías anatómicas; y en cuanto a la AV, en 7(77,78%) se detectaron mejorías, en 1(11,11%) empeoramiento y en 1(11,11%) ausencia de cambios.

Tres pacientes suspendieron el tratamiento por falta de efectividad y otro como medida preventiva tras sufrir un ictus hemorrágico.

Las reacciones adversas detectadas fueron: un caso de queratitis (2,04%) y uno de cefalea y mareos (2,04%). El resto no presentó ningún efecto adverso.

CONCLUSIONES: Aflibercept es un tratamiento efectivo en un porcentaje elevado de pacientes, que no habían logrado la respuesta deseada con ranibizumab.

El corto periodo de seguimiento no ha permitido analizar si la respuesta a aflibercept se mantiene en el tiempo ni la duración de la misma. Las reacciones adversas fueron muy poco frecuentes, por lo que lo consideramos un tratamiento seguro en este grupo de pacientes en los que se ha realizado el $\square$ switching $\square$ de ranibizumab a aflibercept.

660. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: Company Albir MJ, Fernández Megía MJ, García Robles A, Megías Vericat JE, López Briz E, Poveda Andrés JL.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Avenida de Fernando Abril Martorell, número 106. Valencia. España

OBJETIVO: Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado frente al antígeno de superficie CD52, expresado por linfocitos B y T fundamentalmente, indicado en pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con enfermedad activa. El objetivo es comunicar los primeros resultados sobre la efectividad y seguridad de alemtuzumab en pacientes con EMRR en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito: Hospital terciario de 1000 camas con unidad de referencia en EM. Diseño: estudio observacional y retrospectivo. Periodo: enero 2014 - abril 2016. Población: pacientes adultos con EMRR tratados con

alemtuzumab. Se utilizó la pauta recomendada en ficha técnica (FT): 12 mg/día en perfusión intravenosa, durante un curso de 5 días, seguido de un segundo curso (12 meses después) de 3 días. Variables: edad, fecha de diagnóstico, sexo, tratamientos previos, fecha de administración y ciclos recibidos. La respuesta se evaluó a través del grado de discapacidad funcional según escala EDSS y el número de brotes. Se recogieron las reacciones adversas (RA) clasificadas según CTCAE v4.03. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica ORION CLINIC® y del programa de prescripción electrónica de quimioterapia Oncofarm®.

RESULTADOS: Un total de 12 pacientes han sido tratados con alemtuzumab, de los cuales 3 han completado el segundo curso del tratamiento, mediana de edad de 32,8 años (IC95%:28,1-37,6), 91,7% mujeres, mediana desde el diagnóstico de 4,3 años (IQR: 2,3-10,7) y mediana EDDS basal 3,5 (rango:1,5-5). Todos los pacientes, excepto uno, habían recibido entre 1 y 4 tratamientos previos que incluían: interferon beta (7), acetato de glatirámico (4), fingolimod (8), teriflunomida (1) y natalizumab (3). Todos los pacientes recibieron premedicación con corticoides, antihistamínicos y paracetamol y profilaxis con aciclovir durante un mes tras la administración según recomendaciones de FT. Con una mediana de seguimiento 11,7 meses (IQR:4,7-12,3) solo 2 pacientes presentaron un brote en el periodo de seguimiento y la mediana EDDS se redujo a 2 (rango:1-3,5).

Respecto a la seguridad, se observaron las siguientes RA: neutropenia (3), infecciones (3), cefalea (2), urticaria (1), pirosis (1), bradicardia (1), diarrea y vómitos (1) y úlceras bucales (1). Todas las RA fueron grado 1-2 excepto dos neutropenias grado 3-4, respectivamente. El 75% de los pacientes (9/12) presentaron 1 o más reacciones asociadas a la infusión (23,2% de administraciones): cefalea (8), fiebre (4), erupción cutánea (3), escalofríos (3), dispepsia (2), hipertensión (1), taquicardia (1), reacción vagal (1) y bradicardia (1). En todos los casos mejoraron con antihistamínicos, AINE y salbutamol y no supusieron la interrupción del tratamiento.

CONCLUSIONES: Alemtuzumab se presenta como un tratamiento efectivo y con toxicidad aceptable en pacientes que han fracasado a otros fármacos de primera y/o segunda línea. La frecuencia de aparición de reacciones infusionales hace esencial la monitorización del paciente durante la administración y en las horas inmediatamente posteriores. Se precisa realizar estudios de coste-efectividad para conocer su lugar en la terapéutica de la Esclerosis Múltiple. El reducido número de pacientes y el corto periodo de seguimiento hacen necesario continuar con este estudio para confirmar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

783. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: GARCÍA YUBERO C, PORTILLO HORCAJADA L, GARCÍA DE SANTIAGO B, LARRUBIA MARFIL Y, LLORENTE GUTIERREZ J, MARTINEZ HERNÁNDEZ A.

HOSPITAL INFANTA SOFIA. Pº. de Europa, 34. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización, efectividad y seguridad de dimetilfumarato (DMF) y teriflunomida (TRF) para el tratamiento de la Esclerosis múltiple (EM)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional que incluye todos los pacientes con DMF o TRF. La efectividad se estableció por el número de brotes y variación en la puntuación de la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS). La seguridad se definió como la aparición de reacciones adversas. Otras variables analizadas: sexo, edad, meses de tratamiento con DMF/TRF y tratamientos previos para el manejo de la EM. Estos datos se recogieron a través de la historia clínica informatizada (Selene®) y base de datos de dispensación a pacientes externos Farmatools®.

RESULTADOS: En total 56 pacientes (82% mujeres) iniciaron DMF (n=26) ó TRF (N=30) con una mediana de edad de 43 años (22-69) y una mediana de EDSS basal de 1 (0-4,5).

Todos los pacientes estaban diagnosticados de EM remitente-recurrente. Dieciséis pacientes eran naïve y el resto habían recibido previamente un tratamiento modificador de la enfermedad (interferón-beta o glatirámico (n=24) o ambos (n=16)) lo que supone un cambio en el 30% de los pacientes que recibían algún fármaco de primera línea administrado por vía parenteral. Los motivos de cambio fueron los siguientes: preferencia del paciente (45%), persistencia de efectos secundarios derivados de la administración vía parenteral (35%) o bien progresión de la enfermedad (20%).

La mediana de duración del tratamiento fue de 10,1 meses (2-15,8). La discontinuación de tratamiento se produjo en 10 pacientes (TRF n=6, DMF n=4). Los motivos de suspensión en pacientes con TRF fueron: aparición de efectos secundarios (alopecia (n=2), alopecia más elevación de transaminasas (n=1) y aparición de erupción cutánea más hematomas (n=1)); suspensión voluntaria del paciente (n=1) y evidencia de actividad clínica con presencia de dos brotes tras un año de tratamiento (n=1). De los pacientes que aún están en tratamiento con TRF, 2 presentaron brotes no graves y de momento continúan en tratamiento y 4 pacientes han experimentado progresión de 1 punto en la

escala EDSS. En los pacientes con DMF, el motivo principal de suspensión fue intolerancia gastrointestinal (n=3). Uno de estos pacientes además presentó linfopenia. La falta de efectividad fue el motivo de suspensión en el paciente restante. No se han cuantificado variaciones en la escala EDSS en ningún otro paciente de este grupo.

CONCLUSIONES: La introducción en la práctica clínica de DMF y TRF se ha producido en un porcentaje esperable de pacientes que ya estaban en tratamiento para la EM, derivado de la comodidad de su administración principalmente. Los efectos adversos observados y su frecuencia hasta el momento se asemejan a los descritos en la ficha técnica constituyendo esta la causa principal de suspensión tanto de DMF como TRF. La aparición de actividad clínica de la enfermedad se evidencia en más pacientes con TRF en comparación con DMF aunque aún es necesario establecer un mayor tiempo de seguimiento para obtener conclusiones más firmes de la efectividad comparativa entre estos tratamientos así como con el resto de fármacos de primera línea.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

713. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: GARCÍA LAGUNAR MH, GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, GARCÍA MÁRQUEZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. Mezquita - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento con infliximab en pacientes con artritis reumatoide (AR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos pacientes con AR tratados con infliximab entre mayo de 2008 y mayo de 2013 en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron variables demográficas, peso, factor reumatoide (FR IgM+), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), escala de intensidad del dolor EVA (escala visual analógica), escala de actividad (DAS28), escala de funcionalidad (HAQ), comorbilidades, línea y tiempo en tratamiento, número de dosis administradas, tratamiento concomitante [antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) y/o corticoides], pauta posológica y cambios en la misma y motivos de discontinuación.

Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas (Selene®), las historias clínicas del hospital de día de Reumatología y el programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia (Savac®). El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS® v23.0 (IBM, EEUU).

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes (13,0% varones) con una edad media de $49,5 \pm 13,1$ años y peso medio de $66,0 \pm 10,8$ kg. El 65,2% de los pacientes presentó FR IgM+. La mediana de VSG al inicio del tratamiento fue 20,5 (RI: 11,5-36,5) mm/h y la de PCR fue 1,1 (RI: 0,5-3,1) mg/dl. La mediana del resultado de las escalas medidas fue: EVA=80 (RI: 60-85), DAS28=5,6 (RI: 3,9-6,6) y HAQ=1,3 (RI: 1,0-1,9).

Las comorbilidades de los pacientes eran: hipertensión arterial (n=4), hiperlipidemia (n=4), osteoporosis (n=2), prótesis auriculares (n=2), anemia (n=1) y neoplasia (n=1).

Infliximab se utilizó en primera (n=20; 87,0%), segunda (n=1; 4,3%), tercera (n=1; 4,3%) y cuarta línea de tratamiento (n=1; 4,3%). La mediana de tiempo en tratamiento fue 45,0 (RI: 23,0-69,0) meses, con una mediana de 14,0 (RI: 8,0-30,5) dosis administradas.

Los pacientes recibieron como tratamiento concomitante a infliximab: FAMEs (n=1; 4,3%), AINEs y FAMEs (n=1; 4,3%), AINEs y corticoides (n=2; 8,7%), FAMEs y corticoides (n=1; 4,3%) y AINEs, FAMEs y corticoides (n=10; 43,5%).

La pauta posológica inicial de infliximab fue 3 mg/kg cada 8 semanas en 13 pacientes (56,5%) y 5 mg/kg cada 8 semanas en 10 (43,5%). Dicha pauta se modificó en 7 pacientes (30,4%) y se clasificaron en 2 disminuciones del intervalo, 2 aumentos del intervalo, 5 disminuciones de dosis y 4 aumentos de dosis.

Durante el estudio, 14 pacientes (60,9%) interrumpieron el tratamiento y los motivos se clasificaron en: reacción adversa (n=4; 28,6%), retirada voluntaria (n=4; 28,6%) y fracaso terapéutico (n=6; 42,8%). Las reacciones adversas fueron 3 reacciones infusionales y 1 lesión cutánea.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes, infliximab se ha utilizado en la mayoría de los casos como terapia biológica en primera línea, con una duración del tratamiento superior a los 3 años.

En un tercio de los pacientes se produjeron modificaciones de la dosis o del intervalo, sin observarse diferencias entre la optimización y la intensificación.

Destaca que más de la mitad de los pacientes han suspendido el tratamiento con infliximab, siendo la ineficacia el principal motivo.

832. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA GRAVE

AUTORES: ORTEGA NAVARRO C, AIS LARISGOITIA A, GIMÉNEZ MANZORRO Á, REVUELTA HERRERO JL, MONJE GARCÍA B, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. Calle Doctor Esquerdo, 45. Madrid. España

Objetivos

La urticaria crónica puede considerarse una enfermedad grave, que en caso de no resolverse de forma temprana (

OBJETIVO: evaluar la efectividad y seguridad de omalizumab en el tratamiento de la urticaria crónica grave (UCG) corticodependiente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes en tratamiento con omalizumab para la UCG refractaria a la terapia convencional de junio 2013 a diciembre 2015. Se consideró respuesta completa el control de los síntomas con omalizumab en monoterapia, respuesta parcial el control de los síntomas con omalizumab y antihistamínicos H1 a dosis autorizadas en ficha técnica y ausencia de respuesta si persistencia de síntomas en tratamiento con omalizumab. Se recogieron variables demográficas y clínicas (edad, sexo, tipo de urticaria, duración de síntomas, tratamientos previos) a partir de la documentación clínica de los pacientes y del registro de dispensaciones de medicación a pacientes ambulatorios.

RESULTADOS: Un total de 9 pacientes, 7 (77,8%) mujeres y 2 (22,2%) hombres, recibieron omalizumab para la UCG. La media de edad fue 41 años (SD=15). Ocho (88,9%) fueron diagnosticados de urticaria crónica espontánea y 1 (11,1%) de urticaria colinérgica. La mediana de duración de tratamiento fue 22 (3-27) meses. Previo al inicio de omalizumab, 9 (100%) pacientes estaban recibiendo antihistamínicos H1 a dosis hasta 4 veces superiores a las autorizadas en ficha técnica y ranitidina, 8 (88,9%) montelukast y 3 (33,3%) otros fármacos como ciclosporina o dapsona. Además, 6 (66,7%) estaban recibiendo un ciclo de corticoides orales. Seis (66,7%) pacientes alcanzaron respuesta completa a omalizumab, 2 (22,2%) respuesta parcial y 1 (11,1%) ausencia de respuesta. De los 8 (88,9%) pacientes que respondieron a omalizumab, 3 (33,3%) lo hicieron durante la primera semana de administración y 5 (55,6%) de uno a tres meses del inicio con omalizumab. Tras un año de tratamiento, 7 (77,8%) pacientes estaban recibiendo dosis espaciada de omalizumab con control de síntomas. Se reportaron efectos adversos de carácter leve en 3 (33,3%) pacientes; 2 (22,2%) trastornos de la piel (eritema y habones) y 1 (11,1%) cansancio.

CONCLUSIONES: Omalizumab es un fármaco efectivo y seguro para el tratamiento de la UCG refractaria a la terapia convencional. Resulta necesario definir un protocolo de espaciamiento de intervalo posológico y suspensión del tratamiento si control de síntomas de UCG.

276. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE

AUTORES: González de la Fuente G, García Gil S, González García J, Nazco Casariego J, Calzado Gómez G, Gutiérrez Nicolás F.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Carretera Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: El secukinumab es un fármaco nuevo anti-IL17 con unos datos de eficacia prometedores en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. El objetivo del presente estudio fue medir sus primeros resultados en términos de efectividad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de 5 meses de duración (noviembre 2015 □ marzo 2016), en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de psoriasis moderada - grave que iniciaron tratamiento con secukinumab en los meses de noviembre y diciembre de 2015. A partir de las historias clínicas electrónicas almacenadas en SAP® se registraron las siguientes variables: edad, sexo, peso, tratamientos previos con biológicos, PASI score pre-tratamiento y eventos adversos relacionados con el secukinumab. La efectividad del tratamiento se midió evaluando la disminución del psoriasis área severity index (PASI) score a las 12 semanas de iniciar el tratamiento.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 6 pacientes (67% varones, edad media 46 años [34 -64], peso medio 72 Kg [51 -97]). Un 67% de los pacientes había llevado previamente al menos una línea de biológico. La media del PASI score basal fue de 12,4 [4 □ 16,6] y a las 12 semanas fue de 1,7 [0,2 -3] (reducción media del 86%). El 67% (4 pacientes) consiguieron una respuesta PASI ≥ 90 (3 pacientes PASI 90 y 1 paciente PASI 100). Los 2 pacientes restantes alcanzaron una respuesta de PASI 75 (PASI score basal 12) y de PASI 50 (PASI score basal 4) respectivamente. 2 pacientes (33,3%) tuvieron algún evento adverso relacionado con la administración del

fármaco (episodio leve de dolor de cabeza, y faringitis que requirió tratamiento antibiótico), aunque en ningún caso fue necesario suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo hemos querido mostrar la efectividad del secukinumab en la práctica clínica real. A pesar de ser una muestra de pacientes muy pequeña, se puede empezar a deducir que sus resultados medidos como disminución del PASI son prometedores, con un perfil de toxicidad aceptable. 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 con este tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

350. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DEXMEDETOMIDINA EN LA SEDOANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: Pedreira Vázquez I, Salvador Garrido P, Gonzalez Piñeiro S, Hurtado Bouza JL, Martin Herranz I. XERENCIA DE XESTION INTEGRADA DE A CORUÑA. AS XUBIAS, S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: La dexmedetomidina (DEX) es un nuevo agente sedante que presenta un mecanismo de acción diferente al de los medicamentos sedantes habituales (propofol, benzodiazepinas, opiáceos), confiriéndole un efecto sedante colaborativo, correspondiente a un grado 0 a -3 en la Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS) y acción analgésica, y además permite conservar el estímulo respiratorio y reducir la incidencia de delirio. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de la utilización de DEX en pacientes críticos desde su aprobación por la Comisión Autonómica Central y la Comisión de Farmacia y Terapéutica de nuestro hospital en Mayo 2015.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes a tratamiento con DEX en las unidades de críticos (UCI y REA), desde mayo 2015 hasta marzo 2016. Las variables estudiadas fueron: características de los pacientes, indicación para su utilización, dosis, duración, efectividad y efectos adversos. Se realiza un análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS: Se incluyeron 56 pacientes, 44 hombres (78%) y 12 mujeres (22%), de 55 ± 15 años y 80 ± 15 kg de peso. 38 pacientes (68%) estuvieron ingresados en UCI, de los cuales 14 (25%) presentaban politraumatismos como diagnóstico de ingreso más frecuente y 12 (21%) infecciones respiratorias. En Reanimación cursaron ingreso 18 pacientes (32%), siendo la cirugía del tracto gastrointestinal la causa más frecuente en 12 pacientes (21%). Con respecto a las indicaciones, en un 70% de los pacientes (39) se usó en la desconexión de la ventilación mecánica (por fracasos previos en la desconexión por desarrollo de abstinencia, descargas adrenérgicas, depresión respiratoria o delirio), mientras que en el 30% restante (17 pacientes) fue en la sedoanalgesia de pacientes con sedación difícil con los sedantes habituales (no permiten mantener al paciente en RASS de 0 a -3). El rango de dosis osciló entre 0,2-1,4 mcg/kg/h, realizándose su ajuste de dosis en función de sedoanalgesia deseada y respuesta del paciente. En cuanto a la duración del tratamiento, fue de $3,03 \pm 2,87$ días, no superándose nunca la duración máxima de 14 días establecida en ficha técnica. Los medicamentos utilizados más frecuentemente como rescate fueron morfina (51%) y benzodiazepinas [clordiazepóxido, midazolam] (21%). El tratamiento con DEX no fue efectivo en 11 pacientes (19%): en 7 fue necesario cambiar a otros sedantes para poder realizar la desconexión/retirada posterior y en 4 fue suspendido debido a la gravedad clínica que presentaban los pacientes, los cuales precisaron continuar con una pauta de sedación de confort (exitus). En cuanto a la seguridad de su utilización, 3 pacientes desarrollaron delirio, 1 hipertensión y otro hipotensión y bradicardia que determinó su suspensión.

CONCLUSIONES: Según los resultados obtenidos en nuestra revisión, la dexmedetomidina ha demostrado ser efectiva tanto en la sedoanalgesia como en el proceso de desconexión de la ventilación mecánica, consiguiéndose esta buena respuesta terapéutica en un intervalo breve de tiempo. Sin embargo, los resultados terapéuticos obtenidos en situaciones clínicas más críticas no es tan favorable, por lo que sería recomendable una adecuada selección de los pacientes para poder lograr una sedoanalgesia eficiente. Se ha comprobado que es un medicamento seguro, produciendo delirio y afectación cardíaca en un número reducido de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

306. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: García Muñoz C, Lazaro Cebas A, Serrano Garrote O, Fernandez Redondo D, Ortiz Perez S, Ferrari Piquero JM.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda Córdoba S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Describir la eficacia de vedolizumab en práctica clínica real en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ya sea Colitis Ulcerosa (CU) o Enfermedad de Crohn (EC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo. Se revisaron las historias de todos los pacientes tratados con vedolizumab desde octubre de 2015 hasta abril de 2016. Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento con vedolizumab, número de líneas previas recibidas, número de anti-TNF alfa recibidos previamente), de eficacia (reducción de dosis de corticoides durante el tratamiento con vedolizumab, variación en el nivel de hemoglobina, proteína C reactiva, calprotectina fecal y evolución en el número de deposiciones desde la semana 0 a la última visita), y de seguridad (reacciones adversas notificadas durante el tratamiento). Para cuantificar la variación en los parámetros analíticos se utilizó la prueba t-Student.

RESULTADOS: Un total de 17 pacientes (35% varones) con una media de edad de 55 ± 15 años han recibido la inducción con vedolizumab hasta abril de 2016 (14 pacientes con EC). El esquema de tratamiento usado es 300 mg en la semana 0, 2, 6 y cada 8 semanas desde entonces. En el caso de la EC, todos los pacientes han recibido dosis extra de 300 mg en la semana 10.

La media de duración de la enfermedad ha sido de 8 ± 6 años hasta el inicio de vedolizumab. Previamente los pacientes habían recibido una mediana de 5 tratamientos (5-8), incluidos corticoides, inmunosupresores y biológicos. La mediana de líneas previas con anti-TNF fue de 2 (0-5). Seis pacientes habían recibido ustekinumab previamente como uso fuera de ficha técnica autorizado. El motivo de inicio de vedolizumab fue no respuesta a anti-TNF en el 82% de los pacientes, el resto presentaban intolerancia o contraindicación a los mismos.

En relación a la eficacia, un 43% de los pacientes presentaron mejoría en el número de deposiciones tras la inducción. De los 16 pacientes que estaban en tratamiento concomitante con corticoides, el 66% pudo disminuir la dosis (un paciente los suspendió). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores de Hb y calprotectina fecal antes de iniciar el tratamiento y tras la inducción ($p > 0.05$). En el caso de la PCR, mejoró de forma estadísticamente significativa tras la inducción ($p=0.04$).

Durante el periodo de estudio, ocho pacientes (todos ellos con EC) requirieron ingreso por empeoramiento de la enfermedad con brotes moderados-graves, suspendiendo el tratamiento en tres pacientes.

En cuanto a la seguridad, el 37% de los pacientes experimentaron algún efecto adverso. El acné y otras reacciones cutáneas fueron los efectos adversos más comunes seguidos de nasofaringitis y congestión nasal. Ninguno requirió suspensión del tratamiento.

CONCLUSIÓN: Vedolizumab es una alternativa de tratamiento en pacientes que no pueden recibir anti-TNF por ineficacia o por intolerancia. Nuestra experiencia es que la eficacia tras la inducción parece modesta, requiriendo casi la mitad de los pacientes ingreso por aparición de nuevos brotes. Las reacciones adversas aparecidas no fueron graves y coinciden con las descritas en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

920. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE TERIFLUNOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.

AUTORES: FERNÁNDEZ ROMÁN AB, ONTAÑÓN NASARRE A, MARIÑO MARTINEZ C, CARRASCO TORRENTS A, ANDRÉS ROSADO A, GARCIA GIL M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRDA. Calle Camino del molino 2. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de teriflunomida, nuevo fármaco oral aprobado en España para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en primera línea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde diciembre de 2013 hasta abril de 2016 en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EMRR en tratamiento con teriflunomida durante al menos 6 meses.

La variable principal de efectividad fue la diferencia de la tasa anualizada de brotes (TAB) con teriflunomida frente a la TAB con los tratamientos previos. Como variable secundaria, la variación de la escala ampliada del estado de discapacidad (EDSS) con teriflunomida.

Para medir la seguridad se registraron los eventos adversos y los siguientes parámetros analíticos durante los 6 primeros meses del tratamiento: alanina-aminotransferasa (GPT), leucocitos y plaquetas.

Se registraron las variables sexo, fecha de nacimiento, fecha inicio y fin del primer tratamiento para la EMRR, motivo del cambio, fecha de inicio con teriflunomida, brotes registrados con otros tratamientos para la EMRR y con teriflunomida, última EDSS registrada previo a teriflunomida y la más reciente.

La información se obtuvo de la historia clínica electrónica (Selene®) y módulo de Gestión de Pacientes Externos de Farmatools.

Para la comparación de las variables pre-post se utilizó la prueba t de Student para grupos apareados (Stata® versión 12.0) asumiendo un error alfa del 5% bilateral. El resto de datos se analizaron de forma descriptiva.

RESULTADOS: Se incluyeron 10 pacientes (mediana de edad 43,8 años (27,8-60,7); 90% mujeres). Se excluyeron cuatro pacientes por no alcanzar 6 meses de tratamiento.

La mediana de tiempo de tratamiento con teriflunomida fue de 1,1 años (0,8-2,6), dos pacientes de acceso expandido y ocho post-comercialización. La mediana de tiempo de tratamientos previos a teriflunomida fue 6,1 años (0-8,7), con una media de 2,11 tratamientos por paciente (17 inyectables y dos orales). De éstos, 16 fueron suspendidos por problemas de seguridad (de los cuales 50% reacciones locales relacionados con la administración) y tres por ineficacia.

La TAB media con tratamientos anteriores fue 0,34, mientras que con teriflunomida fue 0,12. La diferencia fue 0,21 (IC 95%: -0,20-0,63, $p=0,27$). La mediana de EDSS previa a teriflunomida fue 2,50 y no hubo variación en el EDSS. Los eventos adversos documentados fueron caída del cabello (N=5), náuseas (N=1) y aumento del número de infecciones (N=1). Los niveles de GPT, leucocitos y plaquetas medidos previos al inicio y mensualmente durante los 6 primeros meses de tratamiento se mantuvieron de media en el rango analítico de la normalidad. En ningún caso supuso la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: Teriflunomida es una buena alternativa para pacientes con EMRR ya que la variación en el EDSS presenta buen perfil de efectividad y parece un fármaco bien tolerado. Sin embargo, sería necesario realizar estudios con mayor número de pacientes y a más largo plazo para poder evaluar la TAB frente a otros tratamientos y obtener resultados más concluyentes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1105. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA CON EL CAMBIO A TOCILIZUMAB SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: SÁEZ BELLÓ M, ACHAU MUÑOZ R, LLOPIS SALVIA P, ALEGRE SANCHO JJ, CLIMENTE MARTÍ M.

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

OBJETIVO: Evaluar la efectividad, seguridad y satisfacción con el cambio de tocilizumab (TCZ) intravenoso (iv) a subcutáneo (sc) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) durante 6 meses de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: prospectivo descriptivo. Periodo: 12 meses (Marzo 2015 - Febrero 2016). Ámbito: hospital general universitario terciario. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de AR en tratamiento con TCZ iv. Variables de estudio: sexo, edad, pauta posológica de TCZ iv y sc. La efectividad del tratamiento se valoró a través del número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), rigidez matutina (RM, en min), VSG (mm/h), PCR (mg/l), EVA global del médico según escala visual analógica y DAS28. La seguridad se valoró como incidencia y gravedad de efectos adversos, que se registraron según criterios CTCAE v4.03. La calidad de vida relacionada con la salud se valoró con el cuestionario SF-36 de Ware et al (Med Care. 1992;30:473-83), calculando el porcentaje de variación del sumatorio del componente mental (MCS) y físico (PCS) calculado como $(PCS2 - PCS1) * 100 / PCS1$ y $(MCS2 - MCS1) * 100 / MCS1$, y con la versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ) de Esteve et al (J Rheumatol. 1993;20(12):2116-22).

RESULTADOS: Se incluyeron 14 pacientes (13 mujeres, 1 hombre), con una mediana de 47 (riq 24) años, 65 (riq 19) kg y 33 (riq 33) ciclos de tratamiento con TCZ iv a dosis de 8 (riq 1,15) mg/kg/28d. Todos cambiaron a TCZ sc a dosis de 162mg/7d. Un paciente suspendió el tratamiento sc. A la finalización con el tratamiento iv las medianas de los parámetros de efectividad fueron: NAD 0, NAT 0, RM 0 min, VSG 2 mm/h, PCR 5 mg/l y EVA global del médico 2, manteniéndose todas ellas sin variación. El DAS28 al finalizar el tratamiento iv fue de 1,19 (riq 1,30) y de 0,83 (riq 0,83) a los 6 meses de tratamiento sc ($p=0,241$).

En cuanto a la seguridad, 5/14 pacientes presentaron algún efecto adverso. 1/14 cuadro gastrointestinal, 1/14 alopecia, 1/14 aftas bucales, 1/14 hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia y 1/14 reacción de hipersensibilidad con la administración, siendo todo ellos de gravedad 1.

En cuanto al SF-36, el porcentaje de variación del MCS fue de 6,52% (riq 35,24) y del PCS 2,58% (riq 36,31). La mediana del HAQ aumentó de 0,312 a 0,375 ($p=0,711$).

CONCLUSIONES: En nuestro centro, los pacientes que cambian de Tocilizumab iv a sc mantienen respuesta clínica, con una incidencia y perfil de efectos adversos infecciosos leves, manteniendo la calidad de vida relacionada con la salud, durante los primeros 6 meses de seguimiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

439. EFECTO DE LA CONVERSIÓN A BELATACEPT EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN

AUTORES: TESTILLANO TARRERO ML, LOPEZ OLIVA MO, PEREZ ROBLES T, SELGAS GUTIERREZ R, HERRERO AMBROSIO A, JIMENEZ MARTIN C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA 264. Madrid. España

INTRODUCCIÓN: Belatacept es un bloqueante selectivo de la coestimulación de linfocitos T aprobado en 2011 para uso combinado con corticoides y ácido micofenólico en profilaxis del rechazo del injerto en pacientes adultos con trasplante renal. Es un fármaco no financiado por el SNS. En nuestro centro su uso está limitado a valoración y aprobación individualizada por Dirección médica.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia del cambio del tratamiento inmunosupresor con inhibidores de la calcineurina a Belatacept en la función renal en pacientes trasplantados en los que la terapia supresora estándar ha fracasado o no ha sido tolerada.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes tratados con Belatacept hasta Diciembre de 2015. Se recogieron: edad, sexo, inmunosupresor antes del cambio a Belatacept, histología, función renal antes y después del cambio incluyendo: creatinina sérica, aclaramiento renal según fórmula CKD-EPI, proteinuria, así como anticuerpos anti-HLA antes y después del cambio. Las variables se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

RESULTADOS: Se trataron 5 pacientes, 1 mujer y 4 varones, con una mediana de edad de 54 años. El esquema inicial fue Corticoide + Micofenolato sódico + Inhibidor de la Calcineurina. En todos los casos se inició con Tacrólimus, siendo sustituido en dos pacientes por Ciclosporina y en uno por Everolimus. 4 pacientes fueron HLA negativo. El motivo de cambio del tratamiento inmunosupresor a Belatacept fue, en todos los casos, deterioro de la función renal, acompañado de lesiones de toxicidad por inhibidores de calcineurina y lesiones crónicas (fibrosis intersticial, hialinosis arteriolar, atrofia tubular). Los datos de función renal previos al cambio fueron: Paciente 1: Creatinina 5,4mg/dl, CKD-EPI 11,4 ml/min, Proteinuria 0,42g/24h; Paciente 2: Creatinina 3mg/dl, CKD-EPI 25,8 ml/min, Proteinuria 1,7g/24h; Paciente 3: Creatinina 2,5mg/dl, CKD-EPI 24,8 ml/min, Proteinuria 0,3g/24h; Paciente 4: Creatinina 3,1mg/dl, CKD-EPI 25,1 ml/min, Proteinuria 0,17g/24h; Paciente 5: Creatinina 3,3mg/dl, CKD-EPI:19 ml/min, Proteinuria 0,7g/24h. El cambio a Belatacept se produjo a los dos meses del trasplante en pacientes 1 y 2; a los 6 meses en pacientes 4 y 5 y a los 8 meses en paciente 3. La dosis usada fue de 5mg/kg/15 días los dos primeros meses seguida de 5mg/kg/mes. La dosis del inhibidor de la calcineurina disminuyó progresivamente hasta suspensión. Los datos de función renal post-Belatacept fueron: Paciente 1: 27 meses post-Belatacept, Creatinina 1,7mg/dl, CKD-EPI 40 ml/min, Proteinuria negativa; Paciente 2: 19 meses Post-Belatacept, Creatinina 1,6mg/dl, CKD-EPI 46ml/min, Proteinuria 0,4g/24h; Paciente 3: 10 meses post-Belatacept, Creatinina 1,6mg/dl, CKD-EPI 40ml/min, Proteinuria 0,16g/24h; Paciente 4: 8 meses post-trasplante, Creatinina 1,8mg/dl, CKD-EPI 48ml/min, Proteinuria negativa; Paciente 5: 7 meses post-Belatacept, Creatinina 2,5mg/dl, CKD-EPI 26 ml/min, Proteinuria 0,4g/24h. No hubo episodios de rechazo agudo tras el cambio en ningún paciente.

CONCLUSIONES: El cambio de tratamiento inmunosupresor permitió mejorar la función del injerto renal en los 5 casos. Dado que la función renal al año de trasplante es un importante factor predictivo de supervivencia del mismo a largo plazo, es necesario identificar el subgrupo de pacientes que pueden beneficiarse del uso de Belatacept.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

890. EFECTOS ADVERSOS COMO MOTIVO DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

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

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. DE VIGO (ALVARO CUNQUEIRO). Avd, Clara Campoamor s/n 341. Pontevedra. España

OBJETIVO: Analizar los efectos adversos de fármacos biológicos que han sido motivo de suspensión del mismo, en una cohorte de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP), espondilitis anquilosante (EA) u otras espondiloartropatías (O).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos aquellos pacientes que habían sido tratados con un fármaco biológico durante al menos 6 meses durante el periodo comprendido entre 01/01/2009 y el 31/08/2014 para el tratamiento de una artropatía inflamatoria crónica. Además de datos sociodemográficos, se recogieron todas las líneas de tratamiento recibidas desde el diagnóstico. Se analizaron los distintos efectos adversos categorizados como motivos de fin de tratamiento.

RESULTADOS: Se estudiaron 484 pacientes, edad media 56 años (DS 14,4), el 54,3% mujeres. La distribución por patología fue: 49% AR, 21,5% AP, 22,6% EA y 6,9% O. La distribución por fármaco fue: adalimumab 45,7% de los pacientes, etanercept 29%, infliximab 12,7%, golimumab 2,6%, certolizumab 0,8%, abatacept 2,6%, tocilizumab 3,4% y rituximab 3%.

Se analizaron 365 líneas de tratamiento finalizadas. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la distribución del motivo de suspensión efecto adverso en función del fármaco biológico administrado. En el 50% de los pacientes con rituximab y en el 38,5% de los pacientes con abatacept el motivo de suspensión fue un efecto adverso, frente al 19% en adalimumab, 19,6% en etanercept, 26,3% en infliximab, 25% en golimumab y 22,2% en tocilizumab.

En cuanto a los efectos adversos observados, que constituyeron un motivo de fin fueron: reacción relacionada con la infusión/pinchazo en 19 pacientes (22,35%), síntomas generales en 16 pacientes (18,82%), complicación infecciosa bacteriana en 12 pacientes (14,18%), otros tipos de toxicidad dermatológica 11 pacientes (12,94%), anafilaxia en 8 pacientes (9,41%), toxicidad hepática en 4 pacientes (4,71%), tumor hematológico en 2 pacientes (2,35%), tuberculosis en 2 pacientes (2,35%), reacción psoriasiforme 2 pacientes (2,35%), infección vírica 2 pacientes (2,35%), enfermedad intersticial 1 paciente (1,18%), tumor sólido en 1 paciente (1,18%), alteraciones psiquiátricas en 1 paciente (1,18%), alteraciones lipídicas 1 paciente (1,18%), toxicidad hematológica 1 paciente (1,18%) y efecto adverso no recogido en historia clínica en 2 pacientes (2,35%).

CONCLUSIONES: El motivo de suspensión efecto adverso es frecuente. La frecuencia de aparición de un efecto adverso como motivo de suspensión de tratamiento es diferente en función del fármaco biológico empleado. Entre los efectos adversos motivos de fin de tratamiento destacan las reacciones relacionadas con la infusión y las infecciones bacterianas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

415. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES: VILLAMAYOR BLANCO L, ARAUJO MOSQUERA M, DE MIGUEL BOUZAS JC, HERRERO POCH L, FORTES GONZALEZ S, FREIRE VAZQUEZ MC.

HOSPITAL POVISA. C/ Salamanca, 5. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Dimetilfumarato (DMF) es un fármaco oral comercializado en España en enero de 2015 para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR). El objetivo de este estudio es analizar su uso en la práctica clínica y evaluar la eficacia y seguridad en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, longitudinal y observacional de los pacientes que inician tratamiento con DMF en un hospital general desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica en abril de 2015 hasta la actualidad.

Criterios de inclusión: pacientes adultos con diagnóstico de EMRR, tratados con DMF.

Para el análisis de utilización se recogieron las variables de edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico, líneas de tratamiento anteriores, pauta posológica de DMF y adherencia al tratamiento. La tasa de adherencia se cuantificó mediante el índice de posesión de medicación (IPM), definiéndose como la relación entre las dosis de fármacos dispensadas y las dosis necesarias, tomando como referencia la siguiente vez en que el paciente acude a recoger medicación.

La eficacia se valoró en base a la aparición de brotes, otros síntomas de enfermedad y evidencia de nuevas placas en la resonancia magnética nuclear (RMN). La seguridad por la aparición de reacciones adversas.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes tratados con DMF, 13 (68,4%) mujeres y 6 (31,6%) hombres, con una media de edad 39 años (19-69 DS), tiempo desde el diagnóstico 18 meses (1-82 SD), número de tratamientos previos 1 (0-1 SD).

Con respecto a la posología, todos mantuvieron la dosis de inicio de 120 mg cada 12 horas durante un tiempo superior al indicado en ficha técnica de una semana: 15 pacientes (78,9 %) durante 15 días; 2 (10,5 %) durante 16 semanas, 1 (5,3%) 6 semanas y otro (5,3%) 4 semanas.

El 100% de los pacientes han mantenido la adherencia al tratamiento hasta la actualidad o hasta la suspensión del mismo.

17 pacientes (89,5%) continúan con el tratamiento y 2 (10,5%) lo suspendieron debido a reacciones adversas gastrointestinales.

Con respecto a la eficacia, desde el inicio del tratamiento 11 pacientes (57,9%) están estables, 1 (5,3 %) ha presentado un nuevo brote con hemiparesia izquierda, en 2 (10,5%) se evidenciaron modificaciones en la RMN con aparición de nuevas placas, en 5 (26,3%) aparecieron episodios de espasticidad y/o dolor en miembros inferiores.

Las reacciones adversas, frecuentes pero ordinariamente bien toleradas, fueron: 10 pacientes (52,6 %) rubefacción, 9 (47,4%) molestias digestivas, 3 (15,8%) cefaleas, 2 (10,5%) elevación de transaminasas, 1 (5,3%) dolores óseos, 1 (5,3%) palpitaciones, 1 (5,3%) ansiedad y 1 (5,3%) depresión.

CONCLUSIONES: A pesar de la preocupante alerta del ministerio de leucoencefalopatía multifocal, en nuestros pacientes el DMF está demostrando ser un fármaco con un perfil de eficacia y seguridad aceptables en el tratamiento de pacientes con EMRR. Continuar más tiempo con la dosis de inicio parece facilitar la tolerancia al fármaco ya que presenta mayor incidencia de reacciones adversas al inicio. La administración oral facilita la adherencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1128. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS INMUNOMODULADORES ORALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE: DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA.

AUTORES: ANIDO GARCÍA M, LÓPEZ RODRÍGUEZ I, TAJES GONZÁLEZ YM, LÓPEZ GARCÍA VM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. San Cibrao, s/n. Lugo. España

OBJETIVO: Dimetilfumarato (Tecfidera®) y Teriflunomida (Aubagio®) son dos nuevos medicamentos orales para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR). Evaluar eficacia y seguridad en pacientes naïve y pretratados, así como el motivo de cambio desde otras terapias, tanto inyectables de 1º línea, interferones y acetato de glatiramer, como orales de 2º línea, fingolimod.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo julio 2015 - enero 2016 de pacientes tratados con dimetilfumarato y teriflunomida. Fuentes de datos: historia clínica electrónica (Ianus®) y programa de dispensación de medicamentos a pacientes externos (Silicon®). Datos registrados: edad, sexo, naïve o pretratado, motivo de cambio, tratamiento recibido, evolución clínica y efectos adversos (EA).

RESULTADOS: 30 pacientes, 17 mujeres (56.7%) y 13 hombres (43.3%), con EMRR con edad media de 39.8 años (29-59) reciben los nuevos inmunomoduladores orales. La duración media del tratamiento es de 5 meses.

20 (66.6%) reciben Tecfidera®: 7 naïve (35%) y 13 pretratados (65%).

5 naïve (71.43%) no han presentado brotes ni progresión de la enfermedad y tampoco actividad en las resonancias; 2 (28.57%) sufrieron brotes: 1 no se puede considerar fallo terapéutico porque pasaron menos de 6 meses desde el inicio, y otro desarrolló el brote en el momento previsto para iniciar el tratamiento.

13 cambiaron a dimetilfumarato tras recibir: 2 (15.38%) Copaxone®, 4 (30.47%) Avonex®, 2 (15.38%) Rebif® y 5 (38.46%) Extavia®. Los motivos de cambio incluyen: 10 (76.92%) por EA y mala tolerancia (fatiga, síndrome pseudogripal, reacciones en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento, hinchazón, lesión necrótica), lipoatrofia, motivando la interrupción del tratamiento y desembocando en la petición por parte del paciente de un agente oral. 3 (23.08%) por fallo terapéutico.

Los 13(100%) se encuentran bien, sin brotes, sin actividad en la resonancia y sin progresión de la discapacidad.

La tolerancia a dimetilfumarato es adecuada, 8 (40%) han presentado rubefacción facial al inicio, 5 (25%) molestias gastrointestinales aisladas y leves, 5 (25%) alteraciones sanguíneas (linfopenia, leucopenia), 8 (40%) flushing ocasional y fatiga. 1 ha interrumpido el tratamiento por embarazo.

10 pacientes (33.33 %) reciben teriflunomida: 5 naïve (50%) y 5 pretratados (50 %).

Todos los naïve están clínicamente estables aunque 1(20%) presenta actividad en la resonancia.

5 pasaron a teriflunomida tras recibir: 1(20%) Copaxone®, 2 (40%) Avonex® y 2 (40%) Gilenya®. 2 (40%) cambiaron por fallo terapéutico, 3 (60%) por EA: 2 por mala tolerancia y 1 por desencadenar fibrilación auricular paroxística con fingolimod.

2 (40%) están estables con Aubagio®; 1(20%) sufre un brote, 1 (20%) pendiente de iniciar por pancreatitis y colestiasis y 1 (20%) sin datos.

La tolerancia con Aubagio® es buena; 4 (40%) presentan alteraciones sanguíneas (anemia hipocrómica microcítica, disminución de neutrófilos y linfocitos, eosinofilia leve), 1 (10%) dislipemia, y 2 (20%) malestar gástrico ocasional con dolor leve.

CONCLUSIONES: teriflunomida y dimetilfumarato parecen ser medicamentos eficaces, seguros y mejor tolerados que otros tratamientos, ya que el principal motivo de cambio a estos fármacos se debe a EA. Por lo tanto, ambos son dos alternativas orales razonables de primera línea de tratamiento para pacientes con EMRR.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

922. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES: SUÁREZ DEL OLMO D, LEGARIA GAZTAMBIDE E, SALCEDO MINGOARRANZ ÁL, CORREGIDOR LUNA L, GARCÍA BENAYAS E, GARCÍA DÍAZ B.

HOSPITAL SEVERO OCHOA. Avenida Orellana s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de teriflunomida en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) que han iniciado tratamiento en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes con EMRR que han iniciado tratamiento con teriflunomida desde agosto de 2014 hasta abril de 2016 en nuestro hospital. Los pacientes recibieron 14 mg de teriflunomida cada 24 horas por vía oral. Los datos fueron obtenidos de la revisión de la historia clínica electrónica (Selene®) y de la prescripción electrónica (FarHos®). Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos previos, motivo del cambio de tratamiento, tiempo de tratamiento con teriflunomida, efectos adversos, número de brotes en los 12 meses previos al inicio de tratamiento con teriflunomida y tras el inicio con teriflunomida.

RESULTADOS: Durante los 21 meses de seguimiento un total de 20 pacientes han iniciado tratamiento con teriflunomida (6 hombres y 14 mujeres). La mediana de edad es de 49,5 años (42,5-54,5) y la mediana de años de evolución desde el diagnóstico primario es de 12,5 años (7-17,25). Del total de pacientes analizados, 4 (20 %) no habían recibido tratamiento previo, 12 (60 %) al menos un interferón beta-1A (Avonex®, Rebif® o Betaferon®), 6 (30 %) acetato de glatirámico, 1 (5 %) mitoxantrona y 1 (5 %) dimetilfumarato. La mediana de meses de tratamiento con teriflunomida es de 21 meses (11-27). La media de número de brotes en los 12 meses previos al inicio de tratamiento fue de 0,7 brotes por paciente. Tras el inicio con teriflunomida hubo un buen control de la enfermedad, objetivándose un brote leve en un único paciente.

Los motivos del cambio de tratamiento en los pacientes tratados previamente fueron: problemas en el lugar de inyección (10), signos de actividad de la enfermedad (7), fatiga persistente (3) y lipoatrofia (1).

Los efectos adversos recogidos han sido: leve elevación de las enzimas hepáticas (6), ligera caída del cabello (5), hipercolesterolemia (3), aumento de la tensión arterial (2), diarrea leve (2), aumento de la bilirrubina (2), afinamiento del cabello (1), aumento de hormonas tiroideas (1), estomatitis (1) y calambres (1). No ha sido necesario suspender el tratamiento de ningún paciente por efectos adversos u otros problemas relacionados con el medicamento.

CONCLUSIONES: Teriflunomida es una alternativa eficaz y segura para el control de la EMRR tanto en pacientes que no han recibido tratamiento previo como en pacientes tratados previamente con medicamentos por vía parenteral. Su administración por vía oral aporta una evidente mejoría en la calidad de vida de los pacientes con respecto a los tratamientos parenterales previos, si bien la indicación de tratamiento debe fundamentarse en criterios de eficiencia clínica.

Es imprescindible realizar una vigilancia intensiva para detectar efectos adversos que pudieran aparecer a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

960. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE STENT

AUTORES: Casamira Ruiz N, Sambola Ayala A, Montoro Ronsano JB.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento con doble antiagregación plaquetaria (DAP) comparado con la combinación de DAP con anticoagulación (triple terapia) en pacientes con fibrilación auricular (FA) sometidos a intervencionismo coronario percutáneo mediante la implantación de stents coronarios (ICP-S) en un periodo de seguimiento de 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes, unicéntrico, retrospectivo, en el que se han incluido pacientes con FA y síndrome coronario agudo (SCA) o angina estable sometidos a PCI-S en el Servicio de Cardiología de nuestro centro durante los años 2013 - 2015 y tratados con DAP o triple terapia (TT), de los que se disponían datos de seguimiento de al menos 12 meses post-intervención. Se recogieron datos demográficos, clínicos y terapéuticos, así como los eventos adversos que ocurrieron durante el seguimiento. La seguridad fue definida como la tasa de eventos hemorrágicos, y la efectividad como ausencia de trombosis del stent, la tasa de eventos adversos cardíacos mayores (MACE), incluyendo exitus, trombosis de stent, infarto de miocardio o fallo del vaso revascularizado y la tasa de eventos adversos (MAE) que incluía MACE así como embolismo sistémico o ictus y sangrados.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 83 pacientes (66 hombres y 17 mujeres) con edad media de 73 años (intervalo, 42-92). El 40,7% tenía FA permanente y el 59,3% FA paroxística, el 88,0% tenía una puntuación de CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 y en el 32,5% de los casos la fracción de eyección era $\leq$ al 40%. El motivo del ICP-S fue un síndrome coronario agudo y angina estable en el 71,1% y 28,9% de los casos, respectivamente.

Tras la intervención, 19 pacientes (22,9%) recibieron tratamiento con DAP y 64 (77,1%) recibieron TT, con una prescripción de tratamiento media de 145 días. El 37,3% de los pacientes presentó alguna complicación durante el periodo de seguimiento, 57,9% en el caso de DAP y 31,3% en TT (P=0.035). El 10,8% sufrió una hemorragia:

15,79% en el grupo DAP y 9,38% en el TT. La incidencia total de trombosis del stent fue del 3,6%, todos los casos en el grupo DAG (15,79%) con significación estadística (15,79% DAP vs 0,00% TT, $p < 0.001$). La incidencia total de MACE fue del 21,7% (36,84% en DAP y 17,19% en TT, $p=0.069$), MAE 30,1% (47,37% en DAP y 25,00% en TT, $p=0.063$) y exitus 15,7% (26,32% en DAP y 12,50% en TT, $p=0.149$), con diferencias no significativas entre ambos grupos.

CONCLUSIONES: Los pacientes con FA sometidos a ICP-S, en tratamiento con DAP o TT, presentan un elevado número de complicaciones, tras 12 meses de seguimiento. La incidencia de complicaciones fue significativamente superior en los pacientes tratados con DAP comparados con los que recibieron TT, especialmente la trombosis del stent.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

643. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN Y MATERIAL RECIBIDO AL ALTA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES: Sautua Larreategui S, Castaño López M, Serrano De Lucas L, Belaustegui Foronda A, Bustinza Txertudi A, López Giménez LR.

Hospital Universitario Cruces. Plaza de Cruces s/n 48903. Vizcaya. España

OBJETIVO: Determinar el grado de satisfacción sobre la información verbal, el material informativo y la cantidad de medicación proporcionada al alta hospitalaria de los pacientes trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Servicio de Farmacia tiene implantado desde 2005 un programa de atención farmacéutica al alta del paciente trasplantado renal. Durante el año 2015, se estableció la entrega de una encuesta de satisfacción en el momento del alta hospitalaria. La participación fue voluntaria y anónima, y se dieron instrucciones para que una vez cumplimentada entregaran la encuesta en sobre cerrado en su siguiente Consulta Externa de Trasplante Renal.

La encuesta recogió los siguientes datos de pacientes: rangos de edad (18-40 años, 41-65 años, mayores de 65 años), nivel de estudios (sin estudios, primaria, secundaria, formación profesional y universidad), sexo, si se trataba de su primer trasplante de riñón y si tenía apoyo de terceras personas para realizar su tratamiento. Cada uno de los ítems que componía el cuestionario de satisfacción fue valorado mediante una escala del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más negativa y 5 la más positiva.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0. Para analizar si existían diferencias en el grado de satisfacción en función de distintos factores (grupo de edad, primer trasplante, apoyo social) se empleó la prueba chi cuadrado.

RESULTADOS: Se recibieron 58 encuestas de un total de 133 pacientes informados (44%).

El 57% de los encuestados tenía una edad comprendida entre los 41 y 65 años, el 70% habían cursado estudios de educación secundaria o superior y el 66% fueron hombres. El 85% se sometían a un trasplante renal por primera vez y el 79% tenían apoyo de terceras personas para realizar su tratamiento.

La puntuación media de cada uno de los ítems del cuestionario de satisfacción fue el siguiente: 4,76 para las explicaciones para la correcta cumplimentación del tratamiento farmacológico. 4,36 para la información sobre los efectos secundarios de los medicamentos. 4,74 para la información sobre cómo adquirir los medicamentos tras el alta hospitalaria. 4,78 para la resolución de las dudas planteadas. 4,88 para el material e informe entregado. 4,50 para la cantidad de medicamentos dispensados. 4,81 para la valoración global del programa.

En el análisis por subgrupos no se detectaron diferencias estadísticamente significativas, pero sí que se observó una tendencia a una mejor valoración en aquellos pacientes que no disponen de apoyo de terceras personas.

CONCLUSIONES: El grado de satisfacción de los pacientes encuestados fue elevado. Extrapolar esta valoración al total de los pacientes informados debe realizarse con cautela ya que el cuestionario fue cumplimentado por menos de la mitad de los mismos.

Una valoración tan positiva afirma la importancia que tiene el programa de atención farmacéutica para el paciente trasplantado renal, debido a la complejidad del tratamiento y las consecuencias de una mala adherencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

724. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL PERTUZUMAB EN CANCER DE MAMA METÁSTASICO

AUTORES: VIÑA ROMERO MM, GUTIERREZ NICOLAS F, GONZALEZ DE LA FUENTE G, MERINO ALONSO J, NAZCO CASARIEGO J, NAVARRO DAVILA MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO S/N. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: El estudio de aprobación del pertuzumab en primera línea en cáncer de mama metastásico (CLEOPATRA), está realizado sobre un tipo de pacientes con unas características diferentes a las de la población actual ya que en este estudio prácticamente no había pacientes previamente tratadas con trastuzumab. Además, el análisis de subgrupos indicó que las pacientes con metástasis no viscerales no se beneficiaban del tratamiento frente a trastuzumab. El objetivo principal del presente estudio ha consistido en analizar la efectividad del pertuzumab en la práctica clínica real.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo multicéntrico, retrospectivo, de 27 meses de duración (enero 2014-marzo 2016), en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer de mama metastásico HER2+ tratados con pertuzumab en primera línea. Los datos de supervivencia y características demográficas han sido obtenidas de las historias clínicas de los pacientes y el soporte informático Oncofarm®.

El cálculo de la mediana de supervivencia libre de progresión (PFS) se ha realizado mediante una estimación de tipo Kaplan-Meier.

RESULTADOS: En el estudio se han incluido 25 pacientes (100% mujeres) pertenecientes a dos hospitales de tercer nivel. La edad media de las pacientes fue de 53,4 años (39 - 74). Un 16% de las pacientes presentaban enfermedad no visceral (todas ellas con enfermedad ósea exclusivamente) y única mente una de las pacientes mostró un EGOC de 2. A diferencia de la población incluida en el estudio CLEOPATRA el 88% de las pacientes habían llevado tratamiento adyuvante o neoadyuvante previo, en todos los casos con trastuzumab. El resto de características de las pacientes fueron similares a las incluidas en dicho ensayo.

La mediana de PFS fue de 13,3 meses (1-25), dato inferior al publicado en el estudio CLEOPATRA (18,5 meses)

CONCLUSIONES: Nuestros resultados muestran como la efectividad del pertuzumab es menor a la eficacia indicada en el ensayo pivotal CLEOPATRA. Realizar este tipo de análisis nos acerca a conocer la incertidumbre que existe entre la eficacia y la efectividad de los tratamientos.

Futuros estudios, con un número superior de pacientes, permitirán comparar estos resultados con series de pacientes tratados únicamente con trastuzumab en periodos de tiempo previos a la aparición del pertuzumab. Esta información permitirá aclarar dos aspectos importantes: si el tratamiento previo en adyuvancia con trastuzumab resta eficacia al pertuzumab y si, en efecto, en las pacientes con metástasis no viscerales no se obtiene una mejoría en términos de supervivencia en comparación con el tratamiento en monoterapia de trastuzumab.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

967. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR TRAS LA SUSTITUCION DE LA MARCA ORIGINAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: Morales Barrios JA, Viña Romero MM, Merino Alonso J, Suárez González M, Gómez Mellini E, Gutiérrez Nicolás F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA. carretera del Rosario 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Estudiar el impacto de la introducción de la molécula biosimilar (switching) de infliximab en la eficacia del tratamiento de la enfermedad de inflamatoria intestinal (EII)

Material

Los datos utilizados en el estudio se han obtenido de la historia clínica electrónica de los pacientes pertenecientes al servicio de Digestivo así como de los registros de administración del servicio de farmacia integrados en el programa Farmis-Oncofarm®.

Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico, de un año de duración en el que se comparan dos periodos de 6 meses de tratamiento: los anteriores al cambio ó pre-switching (octubre/2014-marzo/2015) con pacientes en tratamiento con Infliximab (Remicade®) y los posteriores al cambio ó post-switching (abril-septiembre 2015) con pacientes en tratamiento con Infliximab biosimilar (Inflectra®).

Los criterios de inclusión fueron: tener una enfermedad controlada, no tener patologías concomitantes graves y haber estado en tratamiento con infliximab los seis meses anteriores.

Los puntos de evaluación se centraron en parámetros analíticos dada la gran subjetividad observada en los parámetros clínicos de evolución del paciente. Con el objetivo de maximizar la sensibilidad de cualquier cambio en la evolución del paciente se seleccionan seis parámetros analíticos diferentes que se consideran de importancia en las guías de seguimiento de la enfermedad: Calprotectina en heces, PCR, leucocitos, hematocrito, velocidad de sedimentación y albúmina, todos ellos marcadores inflamatorios descritos en la bibliografía como útiles en el seguimiento de la enfermedad.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio un total de 40 pacientes que cumplían los requisitos citados, con una media de edad de 45 años y el 50% de cada sexo. Todos los pacientes realizaron el switching del Remicade® al Inflectra®.

Una vez recogidos todos los datos analíticos de eficacia para un periodo de un año y para cada paciente son tratados estadísticamente para obtener los valores promedio y las desviación estándar.

Los resultados promedio de los seis meses donde se usó Infliximab (Remicade®): Calprotectina: 203 mcgramos/gramo (SD=115), PCR: 1,42mg/l (SD=3,65), VSG: 16,14mm/h (SD=13,4), leucocitos: $7,86 \times 10^9/l$ (SD=2,82), hematocrito: 39,26% (SD=5,38), albúmina: 4167mg/dl (SD=420).

Tras seis meses de la introducción y sustitución por Infliximab biosimilar (Inflectra®) los resultados fueron: Calprotectina: 185mcgramos/gramo (SD=123,8), PCR: 0,99mg/l (SD=2,06), VSG: 14,77mm/h (SD=11,87), leucocitos: $7,4 \times 10^9/l$ (SD=2,46), hematocrito: 39,39% (SD=5,64), albúmina: 4265mg/dl (SD=316).

CONCLUSIONES: La introducción del Infliximab biosimilar (Inflectra®) y la sustitución en los pacientes que ya estaban en tratamiento con Infliximab (Remicade®) no ha demostrado pérdida de eficacia en ninguno de los parámetros analíticos estudiados, tras seis meses de evolución en nuestro estudio. Sí observamos una ligera tendencia hacia la normalización y/o mejoría de estos valores atribuida al correcto control de la enfermedad con las sucesivas dosis.

Podemos concluir, a la luz de los resultados obtenidos, que no observamos diferencias significativas en la evolución de los pacientes tras el cambio de la marca comercial de infliximab a su biosimilar.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

823. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE UREA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA

AUTORES: VINEY - AC, FERNÁNDEZ-LOBATO - B, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, GARCÍA LAGUNAR MH, CHICA MARCHAL AM.

C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar las condiciones de uso y efectividad de urea en el tratamiento de la hiponatremia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de la historia clínica electrónica (Seleno®) y el programa de gestión farmacoterapéutica (Savac®), de todos los pacientes con hiponatremia tratados con urea durante el periodo de septiembre 2015 a abril 2016. Los parámetros recogidos fueron: datos demográficos (sexo, edad), causa de la hiponatremia, tratamiento y parámetros analíticos: sodio plasmático (Nap); urea plasmática (Up); osmolalidad plasmática (Osm_p); osmolalidad urinaria (Osm_u) y natriuria (Nau).

RESULTADOS: En el periodo de estudio, seis pacientes recibieron tratamiento con urea para la hiponatremia, dos hombres y cuatro mujeres, siendo la mediana de edad 83,5 años (38-96). Los pacientes 1, 2 y 3 fueron diagnosticados de SIADH, de etiología idiopática en dos pacientes y secundaria a linfoma linfoplasmatoide en el paciente 3. El paciente 4 diagnosticado de carcinoma ductal infiltrante de mama, presentó un cuadro de alteración hidroelectrolítica que podía ser justificada por un SIADH, una insuficiencia suprarrenal o un déficit hormonal. En los pacientes 5 y 6, la hiponatremia se clasificó como multifactorial, siendo en un caso por insuficiencia cardíaca, hipertiroidismo y tratamiento concomitante (antidepresivos, diuréticos), y en el otro caso por deshidratación y desnutrición con posterior componente dilucional debido a las patologías de base (celiaquía y colitis ulcerosa). Todos los pacientes al ingreso presentaban valores inferiores al normal con una media de Nap=119,8±2,8mEq/L (valor normal 136-145mEq/L). Los pacientes 2 y 3 presentaban una Osm_p < 280mOsm/kg (hiposmolar) indicando una hiponatremia hipotónica. El paciente 5 presentaba hiponatremia isotónica (280< 295mOsm/kg) y el paciente 6 presentaba hiponatremia hipertónica con Osm_p > 295mOsm/kg (hiperosmolar.) No disponemos de los datos de osmolalidad plasmática para los pacientes 1 y 4.

Las medidas terapéuticas aplicadas inicialmente fueron restricción hídrica, administración de solución salina hipertónica al 3% y furosemda. Se inició tratamiento con urea en todos los pacientes. La forma farmacéutica administrada fue urea en sobres de 17,2g. La pauta posológica prescrita en 5 pacientes fue de 17,2g cada 12 horas y en el paciente 5 cada 24 horas. Se observó un aumento medio de 7,3±2,3mEq/L en el Nap tras 6 dosis de tratamiento con urea. La estancia hospitalaria media fue de 20,8±10,0 días, alcanzando niveles medios de Nap=132,7±6,1mEq/L a los 6 días. Cinco pacientes siguieron tratamiento ambulatorio con urea al alta, los pacientes 2, 3 y 4 continuaron con la pauta posológica 17,2g/12h, el paciente 5 con 17,2g/24h y en el paciente 1 se aumentó la pauta a cada 8 horas. En el caso del paciente 6, al ser la hiponatremia en contexto de deshidratación y desnutrición, el paciente recibió tratamiento dietético con suplementos proteicos sin continuar con el tratamiento de urea al alta.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la hiponatremia con urea parece una alternativa efectiva consiguiendo aumentar los niveles de Nap en un corto periodo de tiempo, con buena tolerancia y bajo coste. El tratamiento con urea puede ser administrado a pacientes celíacos y alérgicos e intolerantes al huevo/lactosa, siendo esto relevante en uno de los pacientes de nuestro estudio.

222. ESTUDIO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA SEGÚN LA INFLUENCIA DEL TIPO DE ANEMIA Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE COLESTEROL Y FUNCIÓN RENAL

AUTORES: RECUERO GALVE L, MARCO TEJÓN E, MARCOS PÉREZ G, SÁNCHEZ GUNDÍN J, MARTÍ GIL C, BARREDA HERNÁNDEZ D.

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. C/Hermandad Donantes de Sangre. Cuenca. España

OBJETIVOS: Análisis de la respuesta al tratamiento con hierro carboximaltosa (HC) en pacientes con anemia según las variables cualitativas tipo de anemia, niveles de colesterol y función renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (abril 2013-enero 2016) en un hospital general de segundo nivel de 378 camas. Se revisaron analíticas e historia clínica electrónica (Mambrino XXI®). Se diseñó una base de datos con la aplicación informática Microsoft Office Excel® en la que se recogieron los siguientes datos: demográficos (sexo, edad), clínicos [origen de la anemia (hematológica, digestiva, ginecológica)], y analíticos [parámetros de anemia (hemoglobina (Hb), ferritina sérica (FS) y parámetros bioquímicos (colesterol, creatinina y filtrado glomerular (FG)). Las variables del estudio para determinar la efectividad fueron:

1.- Variable principal: % de pacientes respondedores de forma global y según tipo de anemia.

2.-Variables secundarias:

- Niveles de colesterol: % de pacientes respondedores con niveles de colesterol normales y con niveles de colesterol bajos (rango normal 150-220 mg/dL).

- Función renal, se determinó el porcentaje de pacientes respondedores con insuficiencia renal (FG

Para ambas variables, el tratamiento estadístico utilizado fue el Contraste de Fisher (CF) de independencia de caracteres para determinar si las variables estudiadas influyen en la respuesta a HC.

El paciente respondedor se definió como aquel que tras 12 semanas de la administración de la 1ª dosis de HC alcanzó valores de Hb>12g/dL en mujeres y Hb>13g/dL en hombres y valores de FS dentro de los límites normales 30-300 mg.

RESULTADOS: 31 pacientes (19 mujeres), edad media 67,2 años. Según el origen de la anemia encontramos: 8 pacientes con anemia ginecológica, 16 pacientes con anemia digestiva y 7 pacientes con anemia hematológica.

En la variable principal, la respuesta global fue 64%. Esta respuesta estratificada según el tipo de anemia, se encontró con los siguientes **RESULTADOS:** ginecológica 100% pacientes respondedores, anemia digestiva 56% y anemia hematológica 42%. El CF de independencia demostró correlación entre el origen de la anemia y la respuesta a HC. P-valor=0,03551.

En cuanto a la variable secundaria de colesterol, el 51,6% de los pacientes con niveles de colesterol normales fueron respondedores, frente al 16,1% de los pacientes con niveles de colesterol bajos. El CF de independencia corroboró esta dependencia de manera significativa. P-valor=0,0381.

Para la variable función renal, el 45,2% de los pacientes que presentaban función renal normal fueron respondedores frente al 25,8% de los pacientes que presentaron insuficiencia renal. El CF de independencia confirma que no existe dependencia entre la respuesta y la presencia de insuficiencia renal. P-valor=1.

CONCLUSIONES: La reproducibilidad de los resultados obtenidos debería confirmarse mediante el diseño de estudios observacionales de mayor tamaño muestral. Ante los resultados obtenidos, sería conveniente que antes de iniciar tratamientos con HC, se realice un análisis del estado global del paciente, no sólo atendiendo a los parámetros de anemia que justifiquen su utilización, para poder pronosticar la posible respuesta del paciente al tratamiento.

509. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, TENA ALEJANDRE P, HERNÁNDEZ GUÍO A, REBOLLO DÍAZ N, FERNÁNDEZ DE LA FUENTE MA, OTERO LÓPEZ MJ.

COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº de San Vicente, 258-182. Salamanca. España

OBJETIVO: El tratamiento con fármacos biológicos (FB) ha conseguido un mejor control de la actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoide (AR). Aunque no se disponen de estudios comparativos directos entre ellos, distintas sociedades científicas los consideran equivalentes, por lo que es fundamental considerar criterios económicos a la hora de elegir la estrategia terapéutica.

El objetivo del estudio es hacer un análisis del uso de FB en nuestro hospital para el tratamiento de AR como punto de partida a la elaboración de un protocolo dirigido a hacer un uso racional de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo de cinco años de duración (2011-2015).

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con AR tratados con FB en el servicio de Reumatología y los registros de dispensación y preparación de los módulos de ambulatorios y externos del programa Farmatools®. Se registraron datos demográficos (edad y sexo) y relacionados con el tratamiento: dosis, intervalo posológico, fecha de inicio, cambios de línea de tratamiento, causa (pérdida de eficacia en función del marcador de la actividad de la enfermedad: DAS28) y fin del tratamiento).

Se analizó el número de líneas de tratamiento distintas recibidas por paciente, así como los fármacos de elección como terapia de inicio y el número de pacientes con reducción de dosis o con aumento del intervalo posológico.

RESULTADOS: Se revisaron los tratamientos de 296 pacientes (178 mujeres) con una mediana de edad de 56 [19-83] años. 217 pacientes (73,3%) tuvieron solo una línea de tratamiento (65 etanercept, 53 adalimumab, 27 rituximab, 23 golimumab, 22 tocilizumab, 19 infliximab y 8 otros), 57 pacientes (19,3%) tuvieron dos líneas de tratamiento por fracaso de la primera de ellas, 16 (5,4%) tuvieron 3 líneas y 6 (2,0%) más de tres. En total se prescribieron 66 secuencias diferentes de tratamiento y hubo una gran variabilidad en el fármaco utilizado en primera línea (82 etanercept (10.572/año/paciente)), 70 adalimumab (12.093/año/paciente), 37 rituximab (8.731/año/paciente), 32 infliximab (6.752/año)

En el punto de corte final del estudio había 175 tratamientos activos de los cuales 71 (40,6%) estaban optimizados (reducción/espaciamiento de dosis) de acuerdo a criterios de remisión clínica (DAS28)

CONCLUSIONES: Se ha detectado una gran variabilidad en el tratamiento de AR y la ausencia de criterios económicos en la elección inicial del FB. Por ello se hace necesario consensuar con el servicio de Reumatología un protocolo para el tratamiento de AR, con el objetivo de hacer un uso más eficiente de estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

804. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INFlixIMAB-BIOSIMILAR EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: SORIA SOTO M, García Motos C, De Béjar Riquelme N, Gómez Gil A, Pascual Barriga M, Arribas Díaz B. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. Avda. Marques de los Velez, s/n. Murcia. España

OBJETIVO: Analizar la utilización y resultados del uso de infliximab-biosimilar en pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de EII que iniciaron tratamiento con infliximab-biosimilar desde su introducción en el hospital en junio 2015 hasta marzo 2016. La Comisión de Farmacia y Terapéutica en base a criterios de eficiencia, aprobó la introducción y utilización de infliximab-biosimilar para todos los inicios y/o retratamientos con infliximab.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, peso, diagnóstico, duración del tratamiento con infliximab-biosimilar, posología, tratamientos biológicos (TB) previos, datos de evolución de la enfermedad, efectos adversos (EA) y causas de suspensión del tratamiento.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del programa informático de dispensación del servicio de farmacia (Savac®).

RESULTADOS: Se incluyeron 12 pacientes, 7 (58,3%) hombres. La mediana de edad fue 48 años (17-71). De ellos, 6 (50%) fueron diagnosticados de Enfermedad de Crohn y 6 (50%) de colitis ulcerosa. De los 12 pacientes, 5 (41,7%) recibieron infliximab-biosimilar como primera línea de TB, de ellos 4 continúan en tratamiento y 1 se suspendió por remisión clínica. De los 6 (50%) pacientes que lo recibieron en segunda línea tras un TB previo, 4 continúan y 2 suspendieron por fallo primario. El paciente que lo recibió en tercera línea de TB suspendió tratamiento por presentar reacción alérgica.

Sin considerarlo como otra línea de TB, hubo 3 pacientes que iniciaron infliximab-biosimilar tras haber recibido previamente infliximab original, es decir en retratamiento tras haber transcurrido al menos 8 meses desde su suspensión. De ellos 1 continúa, otro suspendió por falta de eficacia y el tercero se suspendió por síndrome de hipersensibilidad retardada.

La posología usada siempre fue de 5 mg/kg las semanas 0,2 y 6 y posteriormente cada 8 semanas. En ningún caso hubo modificaciones en la dosis ni en el intervalo.

En cuanto a los EA descritos, 1 paciente sufrió reacción sistémica retardada que llevó a la suspensión (había recibido infliximab anteriormente), otro paciente presentó intolerancia gastrointestinal tras la administración y un tercero describió astenia y dolores articulares en rodilla y cadera. Todos los pacientes con EA a infliximab-biosimilar habían recibido TB anteriormente.

CONCLUSIONES: -El infliximab-biosimilar ha sido un tratamiento eficaz y bien tolerado por los pacientes.

-La introducción de infliximab-biosimilar no ha supuesto ningún problema de eficacia y/o seguridad.

-El uso de medicamentos biosimilares está garantizado por el marco regulatorio establecido por autoridades reguladoras como la EMA. Sin embargo debemos establecer programas de seguimiento para detectar cualquier problema relacionado con la seguridad.

-La disponibilidad de medicamentos biosimilares supone un beneficio económico real, introduciendo una opción de tratamiento a un menor coste. Su introducción en la práctica clínica conlleva a una reducción importante del gasto farmacéutico y por ello deben llevarse a cabo estudios de evaluación de este tipo de fármacos para su inclusión como alternativa al producto de referencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

224. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA PROFILAXIS DE LA ÚLCERA DUODENAL Y/O GÁSTRICA INDUCIDA POR EL TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

AUTORES: MARTINEZ ORTEGA PA, DURAN GARCIA ME, GARCIA SANCHEZ R, SANJURJO SAEZ M.
HOSPITAL GRAL. UNIV. GREGORIO MARAÑÓN. DOCTOR ESQUERDO 46. Madrid. España

OBJETIVOS:

El objetivo principal fue evaluar la adecuación de las prescripciones de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) en la profilaxis de úlcera duodenal y/o gástrica inducida por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (PUDGIA) en pacientes adultos y adolescentes ingresados en un hospital de tercer nivel. Como objetivo secundario se estableció la propuesta de diferentes estrategias de desprescripción de IBPs.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal de prescripción-indicación llevado a cabo en 26 unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas. Durante un periodo de 10 días se incluyeron aleatoriamente pacientes adultos y adolescentes ingresados en las mismas. Se excluyeron pacientes de unidades de críticos por ser motivo de la prescripción la prevención de la úlcera de estrés o el tratamiento de la hemorragia digestiva alta.

Se consideraron criterios de correcta utilización los establecidos por el documento del Servicio Madrileño de Salud ☐ Criterios de selección de inhibidores de la bomba de protones ☐ publicado en 2011, modificados y consensuados por la Comisión de Continuidad Asistencial y el Servicio de Digestivo del hospital.

Se recogieron las variables demográficas, las relacionadas con la prescripción de IBPs y otros fármacos relevantes, así como comorbilidades y otros antecedentes clínicos, desde el programa de prescripción Prescriplant® y el de documentación clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron 252 pacientes (52,78% mujeres). La mediana de edad fue 68 años (rango 13-98).

Hubo prescripción inadecuada de IBPs en 130 pacientes (57,5%): por omisión en 4 (3%) y por prescripción sin indicación en 126 (97%).

De los 201 pacientes que llevaban prescrito un IBP, en 126 (62,7%) no se cumplían los criterios de prescripción. Los motivos de inadecuación fueron: en 120 pacientes (95,2%) no se estaba administrando un AINE a la vez, y en los restantes 6 (4,8%) a pesar del AINE no existía ningún factor de riesgo que indicara la prescripción de un IBP.

Por servicios, el porcentaje de prescripción inadecuada sobre el total de pacientes a los que se administró un IBP fueron:

75% en Cardiología, 44,4% en Digestivo, 63,0% en Geriatria, 79,4% en Medicina Interna, 77,8% en Neumología, 87,5% en Neurología, 53,9% en Oncología, 100% en Psiquiatria, 48,5% en Cirugía General y Vascular y 45% en Traumatología.

Se ha propuesto una serie de medidas para la desprescripción de IBPs no justificados en nuestro centro: la difusión de los resultados de este estudio en los servicios implicados, un recordatorio del documento de consenso aprobado en el hospital, la incorporación de un asistente a la decisión clínica en el programa de prescripción electrónica que incluya las condiciones clínicas avaladas para el uso de IBPs, y la incorporación de reglas clínicas en el programa de ayuda a la validación Higea® que permita detectar prescripciones inadecuadas.

CONCLUSIONES: Se ha encontrado un alto porcentaje de prescripciones inadecuadas de IBPs para la PUDGIA en pacientes ingresados sin aparente justificación. En la mayoría de los casos se debe probablemente al uso indiscriminado como gastroprotección en polimedicados. Es necesario desarrollar estrategias que permitan detectar un uso inapropiado de estos fármacos, evitando ineficiencia e iatrogenia.

833. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN UN HOSPITAL PROVINCIAL DE REFERENCIA

AUTORES: DE DIOS LÓPEZ A, JORNET MONTAÑA S, SÁNCHEZ PARADA L, MARTÍN MARQUÉS M, LÓPEZ BROSETA PA, CANELA SUBIRADA M.

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII DE TARRAGONA. C/ Dr. Mallafrè Guasch, 4. Tarragona. España

OBJETIVOS:

Evaluar la utilización de Omalizumab en sus distintas indicaciones, tanto incluidas como excluidas de la ficha técnica, y determinar su grado de eficacia y seguridad en un hospital provincial de referencia tras 10 años de experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con Omalizumab, desde su comercialización en abril de 2006 hasta abril de 2016, mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas. Para ello se han recogido datos demográficos de los pacientes, indicación del tratamiento, servicio médico prescriptor, posología inicial y los cambios de ésta, motivos de suspensión del tratamiento, el número de exacerbaciones documentadas, los niveles de IgE basal y los efectos adversos relacionados con la administración.

RESULTADOS: Se han tratado un total de 45 pacientes con Omalizumab: 16(35,55%) hombres y 29 (64,44%) mujeres. Por indicación, 20 pacientes fueron diagnosticados de asma (44,44%), 19 de urticaria crónica Espontánea (UCE) (42,22%), 5 de alergias alimentarias (11,11%) y 1 de mastocitosis sistémica (2,22%); siendo estas dos últimas, indicaciones no incluidas en ficha técnica.

Las prescripciones se realizaron desde los siguientes servicios: 31 alergología (68,88%), 10 neumología (22,22%), 2 en pediatría (4,44%) y 2 dermatología (4,44%).

Actualmente, 25 (55,56%) pacientes siguen en tratamiento, 14 (34,11%) finalizaron y 6 (13,33%) no han mantenido el seguimiento en nuestro centro. Los motivos de suspensión fueron: mejoría clínica (50%), no respuesta al tratamiento (21,43%), suspensión por embarazo (14,29%) y aparición de efectos secundarios no manejables (14,29%). En cuanto a efectos adversos, 4 pacientes presentaron rash cutáneo, 3 artromialgias, 2 alteraciones térmicas y 1 astenia.

En asma alérgica y UCE también se valoró la aparición de exacerbaciones durante el tratamiento. Se observó que de los 20 pacientes tratados con omalizumab para la indicación de asma alérgica, sólo 7 (35%) presentaron brotes durante el tratamiento: 5 de ellos presentaron 1 único brote y 2 pacientes presentaron >1brote. En el caso de UCE, de los 19 pacientes tratados, 8 (42,10%) de ellos presentaron brotes durante el tratamiento: 6 presentaron 1 único brote durante el tratamiento y 2 presentaron 2 brotes. En ambas patologías, la aparición de brotes viene determinada por criterio del médico especialista que realiza el seguimiento del paciente.

La posologías más frecuentes fueron de 300 mg cada 28 días (35,56%) y 150 mg cada 28 días (33,33%). Un 40% (18 pacientes) requirieron ajuste posológico durante el tratamiento y un 60% (27) no. No se observó una correlación entre los niveles de IgE y la respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES: Las indicaciones mayoritarias de Omalizumab en nuestro centro han sido Asma y UCE (86,66%), que son indicaciones incluidas en ficha técnica. Los servicios médicos prescriptores fueron mayoritariamente alergología y neumología.

La mayoría de pacientes tratados fueron mujeres.

Podemos determinar que, en general, Omalizumab es un fármaco bien tolerado y eficaz ya que sólo 7 pacientes (15,55%) presentaron algún efecto adverso y la mayoría de pacientes (61,54%) no ha presentado brotes durante el tratamiento.

698. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PACLITAXEL-ALBÚMINA EN CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: PELEGRIN TORRES P, HERNANDEZ SEGURADO M, GARCIA JIMENEZ L, MARTIN GOZALO EM, CASTILLO BAZAN E, FORTE PEREZ MINAYO M.

HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Avda. Reyes Catolicos, 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de paclitaxel-albúmina en cáncer de páncreas metastásico, para comparar los resultados en supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y efectos adversos más frecuentes con respecto a los resultados del ensayo clínico recogido en ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 4 años de duración (febrero 2012 □ febrero 2016). Se recogieron los siguientes datos: edad de los pacientes, ECOG, tratamiento previo, número de líneas de tratamiento, número de ciclos recibidos y efectos adversos.

RESULTADOS

Recibieron tratamiento con paclitaxel-albumina en combinación con gemcitabina un total de 19 pacientes. La mediana de edad fue de 59 años (32-79). En un 52.63% (n=10) de los casos fue primera línea de tratamiento y en un 47.37% (n=9) fue segunda línea de tratamiento. De los pacientes tratados previamente un 88,9% de los casos (n=8) recibió el esquema folfirinox. Los pacientes tratados en primera línea (n=10) tenían: un 20% ECOG 0 (n=2), un 50% ECOG 1 (n=5) y un 30% ECOG 2 (n=3). Los pacientes tratados en segunda línea presentaban el 66.7% ECOG 0 (n=6) y el 33.3% ECOG 1 (n=3). Continúan en tratamiento tras finalizar el estudio 6 de los 19 pacientes. La mediana de la SLP fue 4 meses (n=12); en los pacientes tratados en primera línea fue de 2.5 meses (n=6) y en los pacientes tratados en segunda línea fue de 4.5 meses (n=6). La mediana de la SG fue 8 meses (n=8); para los que recibieron la combinación en primera línea fue de 6 meses (n=3) y para los que recibieron la combinación en segunda línea fue de 10 meses (n=5). Los efectos adversos más frecuentes fueron alteraciones hematológicas 59% (n=10), astenia 53% (n=9), neuropatía 47% (n=8), alopecia 24% (n=4), diarrea 24% (n=4), emesis 24% (n=4), edemas 18% (n=3), mucositis 12% (n=2), e ITU 12% (n=2).

CONCLUSIONES: Los datos de SLP y de SG de los pacientes tratados en nuestro hospital son muy similares a los publicados en el ensayo clínico de paclitaxel -albúmina en páncreas metastásico, mediana de SLP 4 meses versus 5,5 meses en el ensayo clínico recogido en ficha técnica y mediana de la SG 8 meses versus 8.5 meses en el ensayo clínico recogido en ficha técnica. Tanto los datos obtenidos en SLP como en SG muestran medianas ligeramente superiores para los pacientes tratados en segunda línea, lo que podría deberse al ECOG, en primera línea pacientes mayoritariamente con ECOG 1 Y 2 y en segunda línea ECOG 0. Todos los efectos adversos encontrados están descritos en ficha técnica como frecuentes y muy frecuentes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

267. ESTUDIO DE UTILIZACION DE PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: FORTE PÉREZ-MINAYO M, HERNÁNDEZ SEGURADO M, CASTILLO BAZÁN E, MARTÍN GOZALO EM, BÉ-CARES MARTÍNEZ FJ, PELEGRIN TORRES P.

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. AVDA. REYES CATÓLICOS 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Revisar la eficacia en los pacientes tratados con pirfenidona en nuestro hospital para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) durante un período de 15 meses de uso del fármaco.

La pirfenidona se comercializó en septiembre de 2014 para el tratamiento en adultos de la FPI de leve a moderada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 15 meses de duración (enero 2015-abril 2016), donde se incluyeron a todos los pacientes con FPI tratados con pirfenidona en nuestro hospital.

Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: edad, variación en el porcentaje de la capacidad vital forzada (CVF) esperada entre el momento basal y la semana 48, variación en el porcentaje de la CVF esperada entre el momento basal y el actual, y registro de la evolución de la enfermedad, considerando como progresión de la enfermedad una caída en la CVF mayor del 10% a los 12 meses del inicio del tratamiento.

RESULTADOS: Un total de 8 pacientes iniciaron tratamiento con pirfenidona durante el período de estudio, obteniéndose una mediana de edad de 73.5 años (60-81).

En el total de pacientes, la evolución de la enfermedad fue: 2 pacientes (25%) fallecieron antes de poder evaluar la eficacia; 2 pacientes (25%) alcanzaron los 12 meses de tratamiento, en los cuales la variación en el porcentaje de la CVF esperada entre el momento basal y la semana 48 fue de un 8% y un 9% respectivamente, por lo que no se consideró progresión de la enfermedad; 4 pacientes (50%) aún no han alcanzado la semana 48 de tratamiento, si bien los porcentajes de variación de la CVF tienden a mantenerse en 3 de los 4 pacientes (75%), con caídas menores del 10% entre el momento basal y el actual (2%, 4%, 6% y 13%, respectivamente).

Se calculó también la mediana global de la variación en el porcentaje de la CVF esperada entre el momento basal y el momento actual de los 6 pacientes que continúan en tratamiento, siendo del 7% (2%-13%).

CONCLUSIONES: Nuestros datos de práctica clínica muestran una tendencia al mantenimiento en el tiempo de los porcentajes de la CVF.

El criterio de valoración principal de eficacia en los estudios pivotaes de pirfenidona (PIPF-004 y PIPF-006) fue la variación en el porcentaje de la CVF esperada entre el momento basal y la semana 72, si bien una caída del porcentaje

de la CVF mayor del 10% a los 12 meses de tratamiento (semana 48) ya puede considerarse una progresión de la enfermedad y por lo tanto un criterio de suspensión del fármaco.

Aunque se trata de una enfermedad poco prevalente y con pocas alternativas de tratamiento, se necesita una muestra más grande y un mayor tiempo de seguimiento para poder establecer la eficacia del fármaco en la práctica clínica. Es necesario obtener resultados de supervivencia global, ya que los estudios no los contemplan entre sus variables.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

965. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL COLIRIO SUERO AUTÓLOGO AL 20%

AUTORES: GARCIA MARTIN E, PERNIA LÓPEZ MS, PÉREZ CASTÁN PM, MAÑES SEVILLA M, RUIZ MARTÍNEZ C, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar el perfil de utilización de los colirios de suero autólogo 20% (SA) en un hospital de tercer nivel. Evaluar su efectividad y seguridad en pacientes con diversas patologías oculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento con SA desde diciembre 2006 hasta enero 2016.

Se revisaron las prescripciones en el programa electrónico Preciplant® y las historias clínicas para elaborar una base de datos que incluía: variables demográficas (edad y sexo) y farmacoterapéuticas (indicación, número de dispensaciones, duración de tratamiento, posología, ojos tratados y otros colirios, administrados previamente o de forma concomitantemente, elaborados y dispensados por el Servicio de Farmacia (SF)). La efectividad se valoró subjetivamente según la opinión de los pacientes y la seguridad por los efectos adversos registrados en la historia clínica.

Para la elaboración se extraen 4 tubos de gelosa sin anticoagulante y se mantienen 2 horas a temperatura ambiente y reposo. Se centrifugan los tubos 8 min a 4800 rpm. Se elaboran, mediante técnica abierta en cabina de flujo laminar, diluyendo el suero del paciente con fisiológico. Los colirios se conservan en congelador 3 meses y 5 días en nevera, una vez descongelados.

RESULTADOS: Se incluyeron 173 pacientes, la mediana de edad fue 66 años (RIC 51-78), 78 % mujeres. Las indicaciones más relevantes en el tratamiento con el colirio fueron: úlceras corneales (34,32%), síndrome de Sjögren 1º (17,16%), síndrome de Sjögren 2º (15,38%) y afecciones palpebrales (12,43%).

La mediana de dispensaciones por paciente fue 7 y 76 días (RIC 60,33-90,88) entre dispensaciones. El 78% de los pacientes acudieron a recoger los colirios a intervalos ≤ 3 meses.

El 38% de los pacientes se administraban el SA cada 3-4 horas. El 76% de los pacientes recibía el tratamiento en ambos ojos (AO) y el 94% continúan con el tratamiento desde el inicio del mismo.

El 55,49% de los pacientes utilizaron otros colirios elaborados en el SF, de forma previa o concomitante al tratamiento con SA: Ciclosporina 0,05, 1 o 2% (79,17%), Tobramicina 1,5% (8,33%), Acetilcisteína 10% (5,21%), Ceftazidima 5% (5,21%), Mitomicina 0,02% (1,04%) y Vancomicina 5% (1,04%).

No se detectaron efectos adversos y el 99,42% de los pacientes refirió mejoría clínica con el tratamiento.

CONCLUSIONES: El ojo seco consecuencia de úlceras corneales es el principal motivo del tratamiento con SA. Los pacientes acuden a renovar el tratamiento con frecuencia inferior a tres meses, mostrando gran adherencia al mismo, pese al carácter crónico del tratamiento. Se evidencia como un tratamiento de elevada seguridad y eficacia. Destaca el uso de colirios de ciclosporina de forma previa o concomitante.

La elaboración de los colirios de SA en el SF se evidencia como una aportación relevante para el tratamiento de los pacientes con ojo seco, en especial, el SA permite la individualización del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

789. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ELTROMBOPAG EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA

AUTORES: FORTES GONZALEZ S, VÁZQUEZ BLANCO S, GARCÍA MAYO ME, GONZÁLEZ FREIRE L, VEIGA VILLAVARDE AB, CRESPO DIZ C.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. Mourente, s/n. Pontevedra. España

Objetivo. Valorar la efectividad y seguridad de eltrombopag en pacientes diagnosticados de Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI) crónica refractaria a otros tratamientos.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de 39 meses de duración de pacientes tratados con eltrombopag. Los datos se obtuvieron a partir del aplicativo informático de dispensación a pacientes externos (Silicon®) y de la revisión de las historias clínicas electrónicas (IANUS®). Las variables recogidas fueron: sexo, edad al inicio de tratamiento con eltrombopag, tratamientos previos, esplenectomía, dosis y duración del tratamiento.

La efectividad se evaluó mediante el recuento plaquetario (RP) de acuerdo a los criterios definidos en el documento consenso: □Directrices de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la PTI□ de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). La respuesta (R) se definió como un RP superior a 30 x 109/L sin hemorragia, alcanzándose la respuesta completa (RC) si RP mayor a 100 x 109/L. Se cuantificó la mayor respuesta obtenida durante el tratamiento. La seguridad se valoró mediante la aparición de reacciones adversas.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron 5 pacientes (80% mujeres) diagnosticados de PTI con una mediana de edad de 77 (55-85) años. Los pacientes recibieron una media de 3 líneas de tratamiento previas: corticoides (n=5), inmunoglobulinas (n=5), romiplostim (n=3) y rituximab (n=2). El 40% de los pacientes (n=2) habían sido esplenectomizados previamente.

La dosis media diaria de eltrombopag fue de 55,6 mg. El 80% de los pacientes recibió corticoides concomitantemente. El otro 20% precisó rescate con inmunoglobulinas.

La mediana de RP basal fue de 21 (5-125) x 109/L. En función del RP, todos los pacientes tenían indicación de tratamiento, a excepción del paciente con RP de 125 x 109/L al que se realizó un switch por imposibilidad de acudir a hospital de día a administrarse semanalmente romiplostim.

El 40% de los pacientes alcanzó RC y el 20% R. El resto (40%) no respondió al tratamiento.

La mediana de duración del tratamiento hasta la fecha del estudio fue de 293 (22-442) días.

Los principales efectos adversos fueron: edema periférico (n=2), astenia (n=1), tromboembolismo venoso profundo (n=1) y aumento de las transaminasas (n=1).

Conclusiones. Aunque la remisión completa exige un recuento superior a 100 x 109/L, el 60 % de nuestros pacientes alcanzó recuentos superiores a 30 x 109/L, que reducen notablemente el riesgo de hemorragia.

Los efectos adversos descritos con mayor frecuencia fueron leves, destacando la aparición de edema periférico.

Además la forma de administración oral supone una ventaja para aquellos pacientes con dificultades para acudir a hospital de día.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

885. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO

AUTORES: TAJES GONZÁLEZ YM, 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:** investigar la eficacia y seguridad de aflibercept intravítreo tanto en pacientes pretratados con otros antiangiogénicos como en pacientes naïve en un intervalo de tiempo extendido.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo noviembre 2014-marzo 2016 de los pacientes tratados con aflibercept intravítreo. Fuentes de datos: historia clínica electrónica (lanus®) 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 relacionado con aflibercept.

RESULTADOS: durante el estudio 82 pacientes con edad media de 74 años (45-94) recibieron aflibercept intravítreo, 45 hombres (55%) y 37 mujeres (45%). Indicación: DMAE 32 (39%) pacientes, EMD 21 (25,6%) pacientes, edema secundario a OVR 28 (34,2%) pacientes y teleangiectasia (indicación fuera de ficha técnica) 1 (1,2%) paciente. Recibieron tratamiento previo con otros antiangiogénicos 64 pacientes (78%), 54 fueron tratados con ranibizumab y a 10 pacientes se les trató tanto con ranibizumab como con bevacizumab. Las dosis medias administradas de ranibizumab fueron 9.61 (2-29) y de bevacizumab 5.4 (2-16). El motivo de cambio en estos 64 pacientes fue refractariedad a antiangiogénico previo. Se administraron 4,23 dosis medias de aflibercept (2-10). Evolución clínica: en 15 pacientes (18,3%) no se registró ningún dato en lanus® (pendientes de evaluar tras finalizar dosis de carga, se administraron 2,5 dosis medias), en 45 pacientes (55%) se objetivó mejoría con desaparición total de líquido subretiniano (LSR), en 14 (17%) pacientes se registró mejoría con mínimo LSR residual, 5 pacientes (6,1%) experimentaron leve mejoría y 3 pacientes (3,7%) no obtuvieron mejoría. De estos 3 pacientes, dos cambiaron a dexametasona intravítrea y el otro está pendiente de actitud terapéutica. Destacar que de los pacientes con fallo terapéutico únicamente uno había recibido previamente ranibizumab y bevacizumab. De los 18 pacientes naïve: en 12 pacientes se objetivó mejoría con desaparición total de LSR, 2 pacientes no mostraron mejoría (suspendiendo un tratamiento) y 4 pacientes no disponen de datos de eficacia. No se registró ninguna incidencia relacionada con aflibercept.

CONCLUSIONES: aflibercept intravítreo ha demostrado ser eficaz en nuestros pacientes, sobre todo en pacientes refractarios a tratamientos previos. Los candidatos idóneos a este nuevo tratamiento serían los refractarios a otros antiangiogénicos a la vista de los resultados de nuestro estudio. La administración bimestral de aflibercept podría

disminuir la falta de adherencia y suponer un menor riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con la inyección, por ello, la seguridad fue adecuada en todos los pacientes sin necesidad de llevar a cabo una vigilancia especial como ocurre con muchas novedades terapéuticas.

Aunque los resultados obtenidos hasta el momento son satisfactorios, sería recomendable prolongar los estudios para verificar si la eficacia se mantiene en el tiempo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

157. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FAMPRIDINA EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: HERRERA HIDALGO L, SORIANO MARTINEZ M, GUIADO GIL AB, SIERRA TORRES MI, LLUCH COLMENER A.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. C/ Manuel Siurot sn. Sevilla. España

OBJETIVO: La Fampridina es un fármaco de administración oral indicado para la mejora de la marcha en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM). Actúa sobre las células prolongando la repolarización mediante el bloqueo los canales de potasio, esto conlleva una mejor conducción del impulso nervioso através de axones desmielinizados.

Se propone evaluar de la eficacia y seguridad del tratamiento con Fampridina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes en tratamiento con Fampridina desde enero de 2015 hasta marzo de 2016 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: identificación del paciente, edad, sexo, diagnóstico, años de evolución de la enfermedad, nivel basal en la escala expandida del estado de discapacidad (EDSS), adecuación a los criterios de inicio, eficacia del tratamiento, seguridad y tasa de abandono. Se consideró como criterio de inicio un nivel basal de EDSS entre 4-7 y como tratamiento eficaz una mejoría del test de los 25 pies (T25FW) a las dos semanas de tratamiento superior al 30% respecto al basal, según las recomendaciones de la ficha técnica del medicamento y el protocolo aprobado en el hospital. También se evaluó la eficacia en función del EDSS (de 4-5.5, 6-6.5 y 7). La seguridad se midió en función de los efectos adversos presentados.

RESULTADOS: Se evaluó a un total de 20 pacientes, 12 mujeres(60%) y 8 hombres(40%), edad media $50,4 \pm 10.04$ años. El diagnóstico fue esclerosis múltiple remitente recurrente(EMRR), secundaria progresiva (EMSP), primaria progresiva (EMPP) y transicional (EMT) en un 20%, 60%, 15% y 5% respectivamente. En el momento de inicio la media de evolución de la enfermedad fue de 9.35 ± 5.78 años y el EDSS medio fue de 6.5 ± 0.68 . El T25FW inicial fue de 21.61 ± 9.29 segundos y tras 2 semanas de 11.24 ± 3.90 segundos, la mejoría media fue de un $43.75\% \pm 8.70$. El criterio de inicio se cumplió en el 95% de los pacientes y el de eficacia en el 100% de los que continuaron. Suspendieron el tratamiento en 4 pacientes (20%): 1 por interacciones medicamentosas, 1 por brote de la enfermedad y 2 por reacciones adversas medicamentosas, ninguno por ineficacia. No hubo diferencias relevantes en el porcentaje de mejora del T25WF al evaluar los resultados por subgrupos de EDSS.

CONCLUSIONES: El uso de fampridina está justificado gracias a los buenos resultados obtenidos y a la falta de alternativas. A pesar de los diferentes criterios de efectividad se consideran mejores resultados de los esperados según los ensayos clínicos (34,8-42,9% de respondedores), dado que todos los pacientes que realizaron ambos T25WF obtuvieron una mejoría suficiente para continuar el tratamiento. Se considera un medicamento seguro debido a que solo un 10% de los pacientes tuvieron que suspender el tratamiento por efectos adversos. El seguimiento y control de los pacientes en tratamiento con fampridina es fundamental para conocer su seguridad y eficacia a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

818. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE FÁRMACOS ORALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: HERRERA HIDALGO L, soriano martinez M, guisado gil AB, lluch colmener A.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. C/ Manuel Siurot sn. Sevilla. España

OBJETIVO: Se propone evaluar de la eficacia y seguridad de los tratamientos orales en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM). Teriflunomida y dimetilfumarato son dos fármacos de administración oral autorizados principalmente en primera línea de tratamiento de EM, Fingolimod se considera tratamiento de segunda línea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con EM en tratamiento con fármacos de administración oral entre 2012-2015 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: identificación del paciente, edad, sexo, diagnóstico, nivel en la escala expandida del estado de discapacidad (EDSS) basal y final,

tratamientos previos, motivo de cambio, eficacia y seguridad. Se evaluó la eficacia en función de los tratamientos suspendidos por brotes y la seguridad en función de las reacciones adversas (RAM) limitantes del tratamiento.

RESULTADOS: Se evaluaron 89 pacientes, 69 mujeres (77,53%) y 20 hombres (22,47%) de $40,42 \pm 8,97$ años. El EDDS inicial de los pacientes en tratamiento con dimetilfumarato, teriflunomida y fingolimod fue de $2,9 \pm 1,9$, $3 \pm 1,8$ y $3,96 \pm 1,99$ respectivamente, el cual se mantuvo en el 78,26%, 85,71% y 55,55% de los mismos.

El tratamiento con dimetilfumarato se inició por brotes, RAM o ambos a los tratamientos previos en un 50%, 40.63 y 9.38% de los casos respectivamente. Un 34.28% de los tratamientos iniciados fueron suspendidos, 2.86% por brotes y 31.42% por RAM (en su mayoría alteraciones digestivas (54.5%) o linfopenia (27.2%)). Las RAM sufridas por los pacientes que continuaron en tratamiento fueron: flushing ocasional, linfopenia leve, alteraciones digestivas, y reacciones atópicas en un 43.47%, 30.43%, 17.39%, y 4.34% respectivamente.

El inicio de tratamiento con teriflunomida se debió a RAM, brotes o ambos en un 86.67%, 6.67% y 6.67% de los casos respectivamente. Se suspendieron el 12.5% de los tratamientos con teriflunomida por RAM (50% digestivas, 50% crisis hipertensiva), ninguno por brote. Las RAM sufridas por los pacientes que continuaron el tratamiento fueron: Linfopenia leve, caída de pelo, alteraciones digestivas e hipertensión en un 14.28%, 7.14%, 7.14% y 7.14% respectivamente.

El tratamiento con fingolimod se inició por: Seroconversión del virus JC, brotes, RAM o ambos en un 47,06%, 32,35%, 11.76% y 8,82% de los casos respectivamente.

El 28,94% de los tratamientos iniciados con fingolimod fueron suspendidos, 54,54% por RAM, siendo la linfopenia la más común (33.3%), 36,36% por brote, 9,09% por abandono voluntario. Las RAM sufridas por los pacientes que continuaron el tratamiento fueron: 74,07% linfopenia y 11,11% brotes leves.

CONCLUSIONES: Los tres fármacos de administración oral en el tratamiento de la EM se consideran alternativas seguras y eficaces a los tratamientos convencionales. Un pequeño porcentaje de los pacientes con tratamientos de primera línea sufrieron brotes limitantes del tratamiento, demostrando su efectividad. Fingolimod tuvo un mayor porcentaje de pacientes que sufrieron brotes limitantes del tratamiento, explicable por el estadio más avanzado de la enfermedad, demostrando igualmente su eficacia. Las reacciones adversas que produjeron se encuentran dentro de las descritas en ficha técnica y esperadas para dichos fármacos, siendo destacable la linfopenia, demostrando también ser seguros. El seguimiento a largo plazo de la seguridad y eficacia del tratamiento con estos fármacos es fundamental debido a su corta experiencia de uso.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

726. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA (RESTASIS®)

AUTORES: Trelles Campa A, Riestra Ayora AC, Berisa Prado S.

INSTITUTO OFTALMOLÓGICO FERNÁNDEZ VEGA. AVENIDA DOCTORES FERNÁNDEZ VEGA 34. España

OBJETIVO: Evaluar el tratamiento y la tolerancia de una muestra de pacientes actualmente en tratamiento con ciclosporina 0.05% (Restasis®) (CO 0.05%) como medicamento extranjero en un hospital privado.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo la selección de 60 pacientes, elegidos al azar, extraídos de nuestra base de datos con Microsoft Access 2010, en la cual registramos las dispensaciones de medicamentos extranjeros, incluida la CO, 0.05%. Recogemos nombre y número de historia del paciente, medicamento prescrito, doctor responsable, día y cantidad de la dispensación, tramitación a través de la plataforma de medicamentos extranjeros y recepción de la misma. Se les realizó una encuesta telefónica y de forma presencial (a los pacientes que se les dispensó CO 0.05% en el Servicio de Farmacia). Se les preguntó por la tolerancia tras su administración así como la presencia de algún tipo de reacción adversa. El picor lo clasificamos en una escala del 1 al 10 para así cuantificar la intensidad del mismo; dicha escala se divide posteriormente en 3 categorías: Leve (0-3), moderado (4-6), alto (6- 10). Se recogieron a su vez, los siguientes datos de los pacientes: sexo, edad e indicación terapéutica del tratamiento a través de la historia clínica informatizada. Posteriormente se agruparon los datos obtenidos en una hoja de cálculo para su evaluación y análisis.

RESULTADOS: De la muestra de 60 pacientes, 51 (85%) son mujeres y 9(15%) son hombres, con edad media de 53.15 años (rango: 6-83). En cuanto a las indicaciones terapéuticas del tratamiento: 53 pacientes (88.4%) presentan síndrome de ojo seco, 6 pacientes (10%) infiltrados corneales y 1 paciente (1.66%) queratoconjuntivitis vernal. Desglosando los pacientes que presentan ojo seco: 39 (60.37%) es debido a una blefaritis, 10 (18.86%) a rosácea ocular, 8 (15.09%) a hiposecreción lacrimal y 3 (5.66%) por exposición.

Respecto a la tolerancia: 48 pacientes (80%) no muestran ningún tipo de reacción adversa al medicamento, 12 pacientes (20%) especifican que notan algún tipo de picor posterior a la administración con la siguiente intensidad: 4 (33.33%) leve, 3 (25%) moderado y 5 (41.66%) alto.

CONCLUSIONES: Según nuestro estudio podemos concluir que la indicación más frecuente para el tratamiento con CO 0.05% es el síndrome del ojo seco de diferentes etiologías. La tolerancia es muy buena en la mayoría de los pacientes encuestados, la única reacción recogida es el picor con diferentes intensidades (aliviándose en el momento), no experimentando ningún otro tipo de reacción adversa significativa.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

974. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y CONDICIONES DE USO DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES: VALDERREY PULIDO M, VICENTE SANCHEZ S, GARCIA SOLER JI, OLMOS JIMENEZ R, MENENDEZ NARANJO L, DE LA RUBIA NIETO MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar las condiciones de uso y seguridad de alemtuzumab en pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR).

Describir los efectos adversos encontrados y compararlos con los recogidos en los ensayos pivotaes del fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de todos los pacientes (junio 2015 hasta abril de 2016) a los que le ha sido administrado el ciclo de un año de alemtuzumab (5 dosis durante 5 días consecutivos) en un hospital de tercer nivel; aún sería necesario otro ciclo al año siguiente (3 dosis durante 3 días consecutivos). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, número de líneas previas, datos analíticos, coste, motivo de cambio a alemtuzumab, EDSS (escala de 0-10 de menor a mayor discapacidad en esclerosis múltiple) y fecha de administración de alemtuzumab. En cuanto a la seguridad, se registraron las reacciones adversas descritas en la historia clínica del paciente. Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción electrónica del hospital (Silicon®), del programa de analíticas del hospital (Modulab®) y de la historia clínica (Selene®).

RESULTADOS: Se incluyó un total de 11 pacientes, 7 hombres, media de edad $37,2 \pm 10,1$ años, mediana EDSS de 3,5 (1-7). El 100% de los pacientes tenía EMRR y comenzaron alemtuzumab por ineficacia a tratamientos previos (progresión clínica y radiológica): el 91% por alto riesgo de Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva con natalizumab y el 9% por progresión a otras alternativas previas. A todos los pacientes se le hizo una analítica previa al inicio del tratamiento y se compararon con otras posteriores (1ª analítica el día de finalización del tratamiento, en 10 pacientes; 2ª analítica al mes de terminar el tratamiento, 7 pacientes; y 3ª analítica a los 4-6 meses, 5 pacientes). A 1 paciente no se le solicitó analítica posterior al tratamiento. La mediana de líneas previas fue de 3 (2-4). El coste del tratamiento con alemtuzumab fue de 7.140€, por vial/dosis por paciente.

El efecto adverso más destacado durante la administración fue rash cutáneo en un 54% (6) de los pacientes. Otros efectos adversos descritos fueron hipofonía y picor faríngeo en un paciente, y fiebre en otro.

A los pocos días de la administración 4 pacientes acudieron a urgencias, 2 de ellos con afectación respiratoria (1 con infección y otro afectación leve); 1 con diarrea y fiebre; y 1 con infección respiratoria, diarrea y fiebre.

En la 1ª analítica el 100% de los pacientes objetivó linfopenia. En la 2ª analítica apareció leucopenia en el 71%. En la 3ª analítica en el 60% aparecieron leucocitos en orina.

Todas las reacciones adversas y desviaciones analíticas encontradas se encuentran recogidas en la ficha técnica del fármaco.

CONCLUSIONES: -Los tratamientos con alemtuzumab se ajustan a su indicación y se han pautado correctamente descartando otras alternativas.

-Alemtuzumab es un fármaco de alto coste y con numerosos efectos adversos (descritos en la ficha técnica) por lo que son necesarios más estudios para evaluar el beneficio/riesgo de este fármaco.

-Habría que valorar la necesidad de establecer un protocolo de premedicación para evitar las reacciones infusionales durante la administración.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

648. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: PELEGRÍN CRUZ R, HERMENEGILDO CADEVILLA M, MOLINA CASABÁN C, MARTÍNEZ BENAVIDES J, LÓPEZ NAVARRO AÁ, CLIMENTE MARTÍ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET ALEIXANDRE. Avda. de Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la implantación de un protocolo de utilización de nintedanib para el tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) leve-moderada en un Hospital General, así como los resultados en términos de efectividad y seguridad durante los primeros doce meses de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, de 12 meses de duración (abril 2015 - marzo 2016).

Por consenso entre los servicios de Farmacia y Neumología se elaboró un protocolo de utilización de nintedanib en FPI leve-moderada.

Criterios de inclusión: edad inferior a 80 años, ausencia de patología renal grave (Clcr50% y Capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLco) >35%.

Criterios de valoración: Para el perfil de seguridad se recogieron desde el inicio de la terapia los efectos adversos producidos, alteraciones bioquímicas (AST, GPT, GGT), cambios en las pautas de dosificación y/o suspensión del tratamiento.

Para el perfil de eficacia se valoró la respuesta al tratamiento mediante la variación en FVC y DLco a los 12 meses respecto del valor basal al inicio del tratamiento. Se consideró respuesta favorable un incremento de FVC y DLco respecto de su valor basal, y respuesta estable cuando FVC no disminuyó más de un 10% y/o DLco no disminuyó más de 15%.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes diagnosticados de FPI en tratamiento con nintedanib (6 hombres), 2 habían recibido tratamiento previo con pirfenidona y 2 procedían de ensayo clínico con nintedanib.

La mediana de edad de los pacientes fue de 67,2 años (IQR= 61,3-78,8). La mediana de tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico y el comienzo de tratamiento con nintedanib fue de 33 meses (IQR=3,6-76,4). Las medianas de la FVC y DLCO basales fueron de 68% (IQR=49-117) y 52% (IQR=25-79) respectivamente.

Todos los pacientes (n=7) mostraron algún efecto adverso relacionado con la administración del fármaco. La toxicidad de nintedanib obligó a suspender tratamiento durante un periodo inferior a una semana en 3 casos, dos por vómitos y uno por cuadro gripal. El 100% (n=7) de los pacientes tuvieron que reducir la dosis de nintedanib de 150 mg/12h a 100 mg/12h, siendo las causas: diarreas 57% (n=4), vómitos 29% (n=2), cuadro gripal 29% (n=2), tos 14% (n=1) y epistaxis 14% (n=1) y elevación de enzimas hepáticas 14% (n=1). La mediana de tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la reducción de la dosis fue de 7,6 meses (IQR=0-29,6)

Ningún paciente presentó alergia al fármaco.

Se estimó la efectividad en los 2 pacientes que habían completado 12 meses de tratamiento, evaluándose como respuesta estable; el resto de pacientes (5/7) continúan en tratamiento.

CONCLUSIONES: La aplicación de un protocolo de inclusión y seguimiento ha permitido establecer criterios de uso racional en la administración de nintedanib a pacientes diagnosticados de FPI. El 100% de los pacientes experimentaron efectos adversos que obligaron a la reducción permanente de la posología, superior al obtenido en los ensayos clínicos INPULSIS 1 (n=513) INPULSIS 2 (n=548), en los que se registró una frecuencia de reducción de dosis de 15,8%.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

47. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: Serrano Barrena D, Blasco Duatis M, Fernandez Morató J, Brandariz Nuñez D, Pertiñez Sanson F, Roig Perez S.

centro médico Teknon. C/Vilana 12. Barcelona. España

OBJETIVO: Evaluación de la utilización y efectividad de Hierro carboximaltosa en pacientes hospitalizados tras la inclusión en Guía Farmacoterapéutica.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y prospectivo realizado en un centro privado de primer nivel de 300 camas entre Febrero de 2015 y Febrero de 2016. Se seleccionaron pacientes con al menos una administración de hierro carboximaltosa durante episodios de hospitalización. Se descartaron pacientes con administraciones en régimen de hospital de día. Para la evaluación de la utilidad se registró si se había determinado parámetros analíticos como hemoglobina, ferritina, transferrina, índice de saturación de transferrina y sideremia. También si la dosis se correspondía con el peso de los pacientes según ficha técnica. Se determinó la correlación de los pacientes según la hemoglobina inicial, el peso y la dosis total. La efectividad se determinó a través de la diferencia de hemoglobina antes y después de la administración de hierro, excluyendo aquellos pacientes que recibieron transfusiones y/o estimulantes de la eritropoyesis. Se calculó la t student entre dos medias y su IC95%.

RESULTADOS: Se seleccionaron 193 pacientes, de los cuales un 40% eran hombres. La edad media de los pacientes fue de 62 años. Se recogieron 228 administraciones ya que 30 pacientes precisaron al menos 2 administraciones, 4 pacientes 3 administraciones y 1 paciente 4 administraciones. Un 48% de los pacientes fueron quirúrgicos, especialmente de los servicios de cirugía general y ginecología. Medicina interna fue el servicio prescriptor principal en el

global de los pacientes (39%). La hemoglobina promedio previa a la administración fue de 8,68g/dl (sd 1,48g/dl) y la hemoglobina promedio posterior a la administración fue de 9,04g/dl (sd 1,45g/dl) ($p < 0,05$ IC95% 0,03 a 0,68). El tiempo promedio entre hemoglobinas fue de 5,7 días (rango 3 a 10 días). Un 61% de administraciones fueron inferiores a 10mg/kg/dosis mientras que un 12% fueron superiores a 15mg/kg/dosis y cuatro de ellas fueron superiores a 20mg/kg/dosis. Un 51% de las administraciones totales fueron de 500mg (53% en mayores de 70kg y 47% en menores de 70kg) y un 55% fueron dosis única al alta. Se determinó la sideremia en un 23% de administraciones (87% bajo rango), la ferritina en un 22% (14% bajo rango, 33% por encima del rango), la transferrina en un 19% (52% bajo rango) y el índice de saturación en un 17% (90% bajo rango).

CONCLUSIONES: En el presente estudio, se destaca un uso muy por debajo de lo recomendado en ficha técnica en relación al valor Hemoglobina/peso/dosis total, especialmente por el uso puntual al alta de dosis de 500mg. Se demostró un bajo control analítico de los parámetros recomendados, alguno de ellos, como la ferritina, con valores más altos de la normalidad. La efectividad de hierro carboximaltosa se ha demostrado, observándose un incremento significativo entre la hemoglobina anterior y posterior a la administración. Estos resultados se presentaran en la comisión de farmacia para potenciar un mejor uso del fármaco en estudio.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

65. EVALUACION DE LAS ALTERACIONES METABOLICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO CON ARIPIPRAZOL Y CLOZAPINA

AUTORES: Lozano Ortiz R, Marin Lacasa MR, Lozano Velilla A, Robles Andres M, Dieste Alvarado P, Santacruz Abion MJ.

Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia. Ramon y Cajal 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Comparar las alteraciones metabólicas observadas entre pacientes en tratamiento con aripiprazol (ARI) o clozapina (CLZ), como efecto secundario del tratamiento.

MATERIAL Y METODOS: Dos cohortes constituidas por pacientes en tratamiento antipsicótico, durante más de 5 años, cuyo esquema terapéutico incluía ARI (grupo-ARI; dosis diaria media de 11.5 ± 5 mg) o CLZ (grupo-CLZ; dosis diaria media de 230.6 ± 99 mg), respectivamente, como factor de exposición.

Grupo-ARI (N=32 pacientes), 62.5% mujeres con diagnóstico de esquizofrenia (SQ) 70.1%, trastorno esquizoafectivo (SQaf) 23.6% y trastorno bipolar (BD) 6.3%, edad 49 ± 12.3 años, peso 74.1 ± 16.2 kg y talla 162.1 ± 10.4 cm.

Grupo-CLZ (N=31 pacientes), 42.3% mujeres con diagnóstico de SQ 71%, SQaf 22.6% y BD 6.4%, edad 43 ± 13 años, peso 86 ± 22 kg y talla 169 ± 10.6 cm.

Se analizó, en ambos grupos, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), perímetro abdominal (CA), glucosa (Glu), triglicéridos (TG), colesterol total (Col), HDL, LDL y proteína C reactiva (PCR).

Los datos se presentan como media $\pm$ DS o en porcentajes. Como prueba de significación estadística, en la comparación de datos, se utilizó la -t- de Student y -Z- score, según procediese

RESULTADOS: Grupo-ARI, en tratamiento con estatinas 21.9 % , antidiabéticos orales (ADO) 9.4% y antihipertensivos 25% de los pacientes; IMC 28.4 ± 6.2 kg/m², TAS 117.7 ± 14.0 mmHg TAD 74.5 ± 11 mmHg, CA 98.8 ± 13.5 cm, Glu 102.9 ± 39.9 mg/dL, TG 129.7 ± 78.2 mg/dL, Col 188.5 ± 34.9 mg/dL, HDL 54.8 ± 16.6 mg/dL, LDL 111.7 ± 25 mg/dL y PCR 7.1 ± 12.2 mg/L.

Grupo-CLZ en tratamiento con estatinas 19% , ADO 13% y antihipertensivos 9.7% de los pacientes; IMC 29.7 ± 5.8 kg/m², TAS 118.8 ± 15.9 mmHg, TAD 72.8 ± 8.7 mmHg, CA 107 ± 17 cm, Glu 121 ± 41 mg/dL, TG 165 ± 80 , mg/dL, Col 179 ± 53 mg/dL, HDL 43 ± 13 mg/dL, LDL 111 ± 34 mg/dL y PCR 1.4 ± 2.4 mg/L.

En cuanto al tratamiento con hipolipemiantes, ADO y antihipertensivos no hubo diferencias estadísticamente significativas, entre ambos grupos, con valores para Z-Score de -0.6525 ($P=0.5157$), -0.4455 ($P=0.65272$) y 1.6016 ($P=0.1096$), respectivamente.

Si se hallaron diferencias, estadísticamente significativas, entre ambos grupos, al comparar peso ($t = 2.4818$, IC95%= desde -21.67 a -2.33, $P=0.0158$), CA ($t = 2.1237$, IC95%= -desde 15.921 a -0.479, $P= 0.0378$), TG ($t = 3.2461$, IC95%= desde 24.845 a 104.555, $P=0.0019$), HDL ($t = 3.1345$, IC95%= desde 4.272 a 19.328, $P=0.0026$) y PCR ($t = 2.5533$, IC95%= desde 1.236 a 10.164, $P=0.0132$).

Estos datos, junto a los muy bajos niveles de GH que presentan los pacientes con CLZ, explicarían su mayor masa grasa corporal alrededor de la cintura, y triglicéridos, lo que unido a unos menores niveles de HDL, daría como resultado un mayor riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con aripiprazol, frente a aquellos con clozapina, presentan menor peso, perímetro abdominal y trigliceridemia, y un mayor valor de HDL y, consecuentemente, un menor riesgo cardiovascular.

771. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: Soria Soto M, De Béjar r N, Gómez Gil A, De Gorostiza Frías I, Alonso Domínguez T, Espuny Miró A. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. Avda. Marques de los Velez, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Cuantificar y evaluar las intervenciones farmacéuticas (IFs) realizadas por un residente durante una rotación en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

MATERIAL Y MÉTODOS: El análisis de las IFs se realizó de manera prospectiva en un estudio realizado durante la rotación de un residente de farmacia hospitalaria en UCI a lo largo de 2 meses (Diciembre 2015-Enero 2016). Se recogieron las siguientes variables para cada intervención: edad y sexo del paciente, tipo de intervención, gravedad del error asociado según la clasificación descrita por Overhage et al. y respuesta a la intervención considerándose -aceptadas- las que generaron cambios en la prescripción, -no aceptadas- las rechazadas y -no procede- si no eran intervenciones con el objetivo de generar cambios en la prescripción. Todas las intervenciones farmacéuticas se realizaron mediante comunicación oral.

RESULTADOS: Durante el periodo estudiado se realizaron un total de 70 IFs sobre 45 pacientes (1,55 IFs/paciente), 62% hombres, con una mediana de 71 años (27-88). Los tipos de intervención se clasificaron de la siguiente manera: modificaciones de dosis (40%), cambio de fármaco (11,4%), terapia secuencial y cambios en la vía de administración (11,4%), inicio de nuevo tratamiento (10%), suspensión del fármaco (5,7%), forma de administración (4,2%) y otros (17,1%).

El 38,6% de las intervenciones farmacéuticas se realizaron sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que se consideraron significativos según la clasificación de Overhage et al. El 35,8% fueron sobre PRM clasificados como serios, el 22,9% sobre PRM no significativos, mientras que 2 intervenciones (2,8%) se hicieron sobre PRM de gravedad letal.

De las 70 intervenciones realizadas 50 fueron aceptadas, 6 no aceptadas, 13 no procede y 1 fue exitus antes de poder valorar la aceptación.

CONCLUSIONES: La integración del farmacéutico en las unidades clínicas facilita la detección, prevención y resolución de los PRM en el mismo momento de la prescripción.

Más del 75% de las IFs se realizaron sobre PRM que se consideraron significativos, serios o letales. El grado de aceptación de las intervenciones realizadas fue elevado, de lo que se deduce que la figura del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar supone un valor añadido a la calidad asistencial del paciente.

1011. EVALUACIÓN DEL PERIODO DE LAVADO DE NATALIZUMAB A FINGOLIMOD

AUTORES: LÓPEZ GIMÉNEZ LR, SERRANO DE LUCAS L, SORDO AISA B, CHÁVARRI GIL E, MENDIOLA GARCÍA S, DE MIGUEL CASCÓN M.

Hospital Universitario Cruces. Plaza de Cruces s/n. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Evaluar la evolución de la esclerosis múltiple durante el periodo de lavado entre natalizumab y fingolimod.

MATERIAL Y MÉTODOS: El periodo de lavado recomendado cuando se realiza el cambio de natalizumab a fingolimod es de 3 meses. Esta duración podría resultar excesiva, provocando la reactivación de la enfermedad. Para tratar de evaluar este aspecto, se realizó un estudio retrospectivo en los pacientes a los que se les había modificado el tratamiento de natalizumab a fingolimod. Se revisaron sus historias clínicas recogiendo: edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico de esclerosis múltiple (EM), duración del tratamiento con natalizumab, presencia de anticuerpos frente al Virus JC (VJC), motivo de suspensión de natalizumab, duración del periodo de lavado, número de brotes el año anterior al cambio, número de brotes durante el periodo de lavado, número de brotes durante el primer año de tratamiento con fingolimod, aparición de leucoencefalopatía por VJC y evolución de la enfermedad (cambios en el estudio de imagen o en la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS)) tras el cambio de tratamiento. Se analizaron los datos utilizando el programa estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS: En 15 pacientes (8 mujeres y 7 hombres) se realizó el cambio de natalizumab a fingolimod. La edad media fue de 38 años (desviación estándar (SD) = 9), el diagnóstico de EM se había realizado de media 10 años antes (SD=5), la mediana de la duración del tratamiento con natalizumab fue de 26 meses [13-77], la mediana del número de brotes durante el año anterior al cambio fue de 0 [0-3] y la puntuación media de la EDSS fue de 3,2 (SD=1,8). Los 15 pacientes tenían anticuerpos frente al VJC. El motivo de suspensión del natalizumab en 14 pacientes fue el riesgo de leucoencefalopatía por VJC y en 1 paciente la falta de efectividad. La mediana del periodo de lavado fueron

105 días [83-457]. Durante este periodo hubo un empeoramiento del control de la enfermedad en 5 pacientes (2 por brotes, 2 por empeoramiento del estudio de imagen y 1 por reconstitución inmune). La puntuación media de la EDSS fue de 3,5 (SD=1,5). Tras el primer año de tratamiento con fingolimod 2 pacientes tuvieron brotes y en 7 empeoró el estudio de imagen, siendo la puntuación media de la EDDS de 3,5 (SD=1,8). En ningún caso se detectó leucoencefalopatía por VJC.

CONCLUSIONES: La duración del periodo de lavado en nuestra población no parece aumentar el riesgo de leucoencefalopatía por VJC. Sin embargo, en algunos pacientes, se ha producido un empeoramiento del control de la enfermedad. Es necesario realizar estudios que determinen la población que podría beneficiarse de un acortamiento del periodo de lavado.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

659. EXPERIENCIA AUTORREFERIDA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: CAÑAMARES ORBIS I, SAEZ DE LA FUENTE J, IZQUIERDO GARCIA E, ESTEBAN ALBA C, SUCH DIAZ A, ESCOBAR RODRIGUEZ I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. Avda Gran Vía del Este, 80. Madrid. España

OBJETIVO: Conocer y analizar la experiencia autorreferida de tratamiento de los pacientes VHC que iniciaron tratamiento con agentes antivirales directos (AAD), a tiempo real, de forma proactiva e integrada en el proceso asistencial de atención farmacéutica, utilizando como herramienta un cuestionario prospectivo cumplimentado por los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y transversal desarrollado entre abril (inicio del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C) y diciembre de 2015 en la Consulta Externa del Servicio de Farmacia. El cuestionario diseñado recoge variables relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a través del cuestionario adaptado SF-36, adherencia, efectos adversos (EA), satisfacción con el tratamiento, y valoración y utilidad del programa formativo implementado por el Servicio de Farmacia. El cuestionario incluye 24 preguntas de respuesta categórica así como escalas de autovaloración (1-10) de la adherencia, estado de salud general y atención farmacéutica recibida.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio y se analizó la influencia de las diferentes variables en el grado de adherencia y CVRS. El análisis de las diferencias se realizó mediante el test de chi cuadrado y el cálculo de las OR con un modelo de regresión logística simple. Se utilizó el programa SPSS® versión 20, y se estableció una significación estadística para valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se recogieron 155 encuestas de las 226 enviadas, tasa de respuesta del 68.6%. En referencia a la CVRS (valoración del estado físico y emocional), un 38,7% de los pacientes refieren que su estado físico y emocional es mucho mejor desde el inicio del tratamiento. La adherencia reportada fue 84,5% y el tratamiento fue valorado como muy bueno o bueno por 87% de los pacientes. La presencia de EA y una peor información global de su enfermedad se asoció con un peor estado físico y emocional ($p < 0,05$). Un 52,9% no tuvieron efectos adversos relacionados con la medicación y el proceso formativo realizado por el farmacéutico especialista en la primera consulta el 96,7% lo valora como muy bueno o bueno. La valoración global de la salud en el momento actual fue valorada por los pacientes con una puntuación media de $7,9 \pm 1,8$.

CONCLUSIONES: La experiencia autorreferida obtenida a través de un contacto directo y permanente con los pacientes permite obtener información sobre aspectos importantes del tratamiento. Creemos que estas herramientas, deben incorporarse a los procedimientos de atención farmacéutica como una forma de mantener la continuidad. Además, inducen al paciente a una autoevaluación de diversos aspectos de su propio tratamiento, que pueden ayudar a conseguir una mayor implicación en el mismo y pueden contribuir a conseguir el máximo resultado en salud posible de la farmacoterapia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1038. EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES: REYES TORRES I, LOPEZ MALO DE MOLINA MD, MONTEJANO HÉRVAS P, LÓPEZ VINAU T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVD. MENÉNDEZ PIDAL S/N. Córdoba. España

OBJETIVOS: Evaluar efectividad y seguridad de Pirfenidona en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) a los 6 y 12 meses del inicio del tratamiento.

Pirfenidona es el primer fármaco indicado para la FPI en estadio leve-moderado, enfermedad con pocas alternativas terapéuticas. El seguimiento de estos pacientes se hace necesario por el alto impacto económico.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de pacientes diagnosticados de FPI que recibieron Pirfenidona en un hospital de tercer nivel de acuerdo a las condiciones acordadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (tiempo del diagnóstico de FPI de 6 a 48 meses, edad entre 40 y 80 años, FVC >49 % y 79%, %Dlco >29% y

La efectividad se valoró mediante respuesta clínica a los 6 y 12 meses, considerando mejoría de la enfermedad si los valores CVF%, FEV1 y Dlco% eran superiores a los basales y enfermedad estable si el deterioro de la función pulmonar (CVF y/o FEV1) era $\leq 10\%$.

Se evaluó la seguridad como ausencia de reacciones adversas.

RESULTADOS: 7 pacientes (6 hombres) con una media de edad de 71 años (64-79 años) fueron incluidos en el estudio. Los valores medios basales de CVF, Dlco y FEV1 fueron $63,88 \pm 8,45\%$, $45,05 \pm 14,68\%$ y $75,5 \pm 10,08\%$ respectivamente. Dos pacientes mejoraron su función pulmonar a los 6 meses de tratamiento, uno aumentó la CVF y su FEV1 un 4% y un 10% respectivamente y otro paciente en un 9% y un 5% respectivamente. En tres pacientes la función pulmonar se mantuvo estable con descensos en CVF de -2%, -2%, -10% y -4,8%, -3,5%, -2, así como de FEV1 -2,1%, -3%, 0% y -9%, -2%, -7% a los seis y doce meses respectivamente.

2 pacientes interrumpieron el tratamiento a los tres meses, uno por intolerancia (pirosis, náuseas, vómitos, sequedad de piel y aparición de quiste hepático y renal) y otro por elevación enzimas hepáticas y agudización de la enfermedad. 5 mantienen la enfermedad estable y continúan con el tratamiento a los 12 meses.

CONCLUSIONES: Pirfenidona podría enlentecer la progresión de la FPI, ya que todos los pacientes mantienen una disminución

Son necesarias revisiones continuas ya que los efectos adversos pueden ser graves y requerir la suspensión del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

413. EXPERIENCIA DE USO Y EFECTIVIDAD DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO

AUTORES: Sánchez Casanueva T, López Sánchez P, Márquez Nieves JJ.

Hospital General de Tomelloso. Verereda de Socuéllamos S/N. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Analizar el uso de aflibercept intravítreo en nuestro hospital, así como su efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, sobre aquellos pacientes a los que se administró alguna dosis de aflibercept 2 mg intravítreo, de 10 meses de duración durante el periodo comprendido desde el mes de inicio de tratamientos con aflibercept (junio de 2015) hasta marzo de 2016. En nuestro hospital se fraccionan los viales de aflibercept (Eylea®), obteniéndose entre 2-3 dosis de 2 mg por cada uno de ellos.

Por medio del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes de Farmatools® se recopilaban las dispensaciones realizadas por paciente, los tratamientos previos y el coste generado a PVL+IVA. A través de la historia clínica electrónica y los protocolos de administración enviados por el Servicio de Oftalmología se recopilaban datos de efectividad: agudeza visual (AV).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se administraron 161 dosis de aflibercept a 81 pacientes: 30 mujeres y 51 hombres con una media de edad de 69,5 años (desviación estándar (DE) $\pm 11,5$ años). 37 pacientes fueron tratados para la indicación de degeneración macular asociada a la edad (DMAE), 22 para el edema macular diabético (EMD), 11 para la membrana neovascular miópica o idiopática (MNVRS), 9 para la oclusión de la rama venosa retiniana (ORVR) y 2 para la neovascularización coroidea miópica (NVCM). El intervalo medio de administración entre dos dosis de aflibercept fue de 68 días (DE $\pm 15,34$ días).

38 pacientes (46,9 %) habían recibido previamente tratamientos con bevacizumab, 7 con ranibizumab (8,6 %) y 36 comenzaron de inicio con aflibercept (44,5 %). Se ha observado un incremento considerable del número de pacientes tratados con aflibercept: durante los 5 primeros meses del estudio aflibercept supuso el 7,5 % de las inyecciones intravítreas de fármacos antiangiogénicos, mientras que durante los últimos 5 meses supuso el 26,7 %.

La AV media antes de la administración de aflibercept fue de 0,31 puntos en la escala decimal (DE $\pm 0,22$ puntos). En los 35 pacientes que disponían de mediciones previas y posteriores de AV a la administración de aflibercept, se observó que en al menos un 86 % de ellos conservaron la AV. A su vez la media de la mejora obtenida en la AV fue de 0,08 puntos (DE $\pm 0,2$ puntos).

El coste generado durante el periodo de estudio fue de 33.296 euros gracias al fraccionamiento, si se hubiese utilizado un vial por paciente el coste habría aumentado hasta los 98.532 euros.

CONCLUSIONES: Aflibercept se está empleando cada vez más en nuestro medio, sobre todo como terapia de rescate en el tratamiento de las patologías para las que habitualmente se estaba utilizando el bevacizumab intravítreo. En esta línea ha demostrado ser un fármaco efectivo bajo las condiciones de práctica habitual. El intervalo de administración fue superior a dos meses, comparado con la posología mensual habitual para el bevacizumab intravítreo, lo

que conlleva un menor número de administraciones para el paciente. El ahorro que se obtiene gracias al fraccionamiento resulta también significativo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

46. EXPERIENCIA DEL USO DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA MODERADA-GRAVE

AUTORES: PÉREZ DÍAZ I, QUINTANA HOLGADO AM, JIMENEZ HERNANDEZ MP.

HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA. BUENAVISTA DE ARRIBA S/N. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Secukinumab es un anticuerpo monoclonal con estructura IgG1/K frente a interleucina 17A (IL17A), citoquina proinflamatoria que ejerce un papel importante en la patogenia de la psoriasis. La unión de secukinumab a IL17A impide la activación del receptor de la citoquina en los queratinocitos, disminuyendo la liberación de más citoquinas proinflamatorias, quimiocinas y mediadores del daño tisular.

Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de secukinumab en el tratamiento de psoriasis en placa de moderada a grave.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con secukinumab desde septiembre de 2015 a marzo de 2016 en un hospital de segundo nivel.

A partir del programa de historia clínica (Drago®) y del programa de prescripción de pacientes externos (Dominion-FarmaTools®) se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, años de diagnóstico de la psoriasis, datos clínicos relevantes, número de tratamientos previos, PASI basal, PASI actual y semanas de tratamiento con secukinumab. El PASI (□Psoriasis Area Severity Index□) es un índice utilizado para expresar el grado de psoriasis que combina la gravedad (eritema, induración, descamación) y el porcentaje del área afectada en una sola puntuación en un rango de 0 a 72.

La eficacia fue evaluada mediante la reducción del índice PASI (mejoría en porcentaje del PASI actual respecto al basal, siendo recomendable conseguir un valor entre 75%-90%) y la seguridad mediante el registro de efectos adversos y modificaciones de dosis.

RESULTADOS: Se incluyeron seis pacientes (50% varones y 50% mujeres) con edades comprendidas entre 33 y 61 años y diagnosticados de psoriasis en placa moderada-grave. Todos ellos habían sido tratados previamente con tratamientos convencionales (acitretina, ciclosporina y/o metotrexato) y casi todos con fármacos anti-Factor de Necrosis Tumoral (etanercept) y/o fármacos biológicos (adalimumab, infliximab y/o ustekinumab). De manera que, para dos de ellos el secukinumab era la 5ª línea de tratamiento, para otros dos la cuarta línea y para los dos restantes 3ª y 2ª línea.

La posología de secukinumab para esta indicación es de 300 mg administrados inicialmente en la semana 0, 1, 2 y 3 y, luego mensualmente, comenzando en la semana 4, durante la fase de mantenimiento.

El PASI basal de los pacientes, antes de iniciar el tratamiento con secukinumab, estaba entre 12,6 y 45. Después del tratamiento, en un rango de duración del mismo de 6 a 28 semanas, el PASI fluctuaba entre 1,4 y 5,2 encontrándose una reducción del índice PASI de entre el 73,6% y el 91,8%.

En cuanto a la seguridad, ningún paciente presentó efectos adversos, no fue necesario realizar reducción de dosis ni suspensión de tratamientos.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia clínica con secukinumab evidenció una alta eficacia y un perfil de seguridad excelente por lo que lo consideramos una buena alternativa en la práctica clínica para el tratamiento de psoriasis en placa moderada-grave.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

632. EXPERIENCIA EN EL USO DE OMALIZUMAB (XOLAIR®) EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA SEVERA REFRACTARIOS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

AUTORES: PRECIADO GOLDARACENA J, COMA PUNSET M, POLO GARCIA J, MONTESERIN GARRASTATXU I, DE MIGUEL GAZTELU M, FONTELA BULNES C.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Irunarrea 3. Navarra. España

OBJETIVO: Describir el uso y evaluar la eficacia del tratamiento con Omalizumab (600mg/2 semanas) en pacientes con dermatitis atópica (DA) severa refractarios al tratamiento convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes diagnosticados de DA severa que iniciaron tratamiento con omalizumab tras no presentar respuesta al tratamiento convencional. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, terapias previas, índice de gravedad de la enfermedad (SCORAD), título de IgE, dosis administrada y duración del tratamiento. Se considera DA grave si SCORAD > 40. La respuesta clínica se

evaluó mediante la variación en el índice SCORAD y en el título de IgE. Se revisaron las historias clínicas y los registros de dispensación desde la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia a través del programa FarHo. Es un uso fuera de ficha técnica (FTT) por lo que se solicitó consentimiento informado a los pacientes y la autorización a la dirección del centro en todos los casos. Se consultó la bibliografía disponible sobre el empleo, seguridad y otras medidas recomendadas en el uso de omalizumab en DA.

RESULTADOS: Se incluyeron 3 pacientes diagnosticados de DA que previamente habían recibido tratamiento con corticoides, fototerapia, antihistamínicos o ciclosporina sin conseguir respuesta efectiva. La dosis de omalizumab administrada fue de 600mg/2 semanas.

Caso 1: Mujer de 39 años con SCORAD de 51 y título de IgE de 6630 kU/L al inicio de tratamiento. Dada su buena evolución tras año y medio de tratamiento se redujo la dosis a 600mg/4 semanas. El número de dosis administradas hasta el momento es de 72, observándose una disminución en el índice SCORAD del 70% y del 51% en el título de IgE. Continúa con el tratamiento asociado a azatioprina (Imurel®) por su efecto inmunosupresor.

Caso 2: Varón de 22 años con SCORAD de 41 y título de IgE de 35000 kU/L al inicio de tratamiento. El número de dosis administradas es de 11, presentando cierta mejoría aunque faltan parámetros dermatológicos que la objetiven. Continúa con el tratamiento.

Caso 3: Varón de 45 años con SCORAD de 54 y título de IgE de 8010 kU/L al inicio de tratamiento. El número de dosis administradas fue de 7, en asociación con azatioprina (Imurel®), experimentando hasta entonces una reducción del índice SCORAD del 30%. A los 3 meses sufrió un brote severo que obligó a la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIÓN: La experiencia en el tratamiento de la DA severa refractaria a terapia convencional con omalizumab muestra como: en un paciente se observa una mejoría clínica evidente; el segundo caso sigue revisiones en consulta y se ha requerido al Servicio de Dermatología el seguimiento parametrizado necesario en la autorización del uso FTT, faltando la reducción del SCORAD y del título de IgE. En el tercer caso el tratamiento fue suspendido ya que el paciente experimentó un brote severo. Se necesitan más estudios para evaluar eficacia y seguridad del omalizumab en el tratamiento de la DA.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

872. FINGOLIMOD: BALANCE BENEFICIO-RIESGO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE CUATRO AÑOS DESPUÉS DE SU COMERCIALIZACIÓN

AUTORES: RODRÍGUEZ FERRERAS A, CARRILES FERNÁNDEZ C, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L, VELASCO ROCES L. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Av. Roma s/n. Asturias. España

OBJETIVO: Fingolimod es un fármaco de segunda línea en el tratamiento de la esclerosis múltiple recurrente remitente (EMRR). Desde su comercialización en 2011 ha estado sometido a un estrecho seguimiento en cuanto a su perfil de seguridad. En 2012 el Comité de Medicamentos de Uso Humano inició la revisión del balance beneficio-riesgo, recomendando una monitorización específica para prevenir reacciones adversas cardiovasculares. En 2013 la Agencia Española del Medicamento recomendó una monitorización más exhaustiva. Por último, en 2015, se advirtió de posibles efectos sobre el sistema inmunológico (procesos tumorales, leucoencefalopatía multifocal progresiva e infecciones).

El objetivo de este trabajo ha sido realizar un estudio beneficio-riesgo de la utilización de fingolimod en pacientes con EMRR en nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con EMRR que han estado al menos un año a tratamiento con fingolimod durante el periodo 2014-2016. Se recogieron las variables: fecha de diagnóstico, tratamientos previos, inicio de tratamiento, motivo, presencia de anticuerpos anti-JC+, EDSS (escala de discapacidad) antes y al año del tratamiento, y reacciones adversas. Los datos fueron obtenidos de la historia electrónica Cerner-Millennium.

RESULTADOS: Entre 2014-2016 fueron tratados con fingolimod durante al menos un año 33 pacientes; 22 mujeres (66,6%) y 11 hombres (33,3%), con una mediana de edad de 41 años (Rango intercuartílico: 36 a 48) y de tiempo a tratamiento con fingolimod de 22 meses (Rango intercuartílico: 18 a 29). El 81,8% de los pacientes había recibido tratamiento con interferón beta (n=27), un 42,4% con acetato de glatirámico (n=14), un 27,3% natalizumab (n=9) y un 12,12% eran naive (n=4). El 45,5% había recibido 2 tratamientos previos (n=15), el 24,2% sólo 1 tratamiento previo (n=8) y el 18,2% 3 o más (n=6). La mediana del EDSS antes de iniciar el tratamiento era de 3 (Rango intercuartílico: 2 a 5). El motivo de inicio fue pérdida de respuesta a tratamiento previo (54,5%, n=18), presencia de anticuerpos anti-JC+ (24,2%, n=8) y mala tolerancia (9,1%, n=3). De los pacientes que habían recibido natalizumab, 8 de ellos cambiaron a Fingolimod por JC+ y otro por pérdida de efectividad. La tasa de recaídas en el primer año de tratamiento fue de 0,42, la EDSS no se modificó.

Un solo paciente experimentó una reacción adversa cardíaca tras la primera administración (bradicardia). Dos desarrollaron procesos tumorales una vez iniciado el tratamiento (Linfoma tipo MALT y tumor submucoso esofágico). Una mujer sufrió un aborto espontáneo. El resto presentaron buena tolerancia al fármaco y no se describieron efectos adversos graves salvo linfopenia leve en 6 casos (18.1%) sin manifestaciones clínicas.

CONCLUSIONES: Fingolimod constituye una opción efectiva en pacientes con EMRR sin control de la enfermedad, intolerancia a otros tratamientos o que hayan suspendido natalizumab por JC+.

Una estrecha monitorización al inicio del tratamiento minimiza el riesgo de eventos cardiovasculares. Los pacientes que desarrollaron tumores habían recibido previamente otro modificador de la enfermedad, por lo que la relación de causalidad no está claramente establecida. Es importante una correcta información a los pacientes del riesgo teratogénico del fármaco.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

66. HIPERPROLACTINEMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO INYECTABLE DE LARGA DURACION CON PALIPERIDONA Y RISPERIDONA

AUTORES: Lozano Ortiz R, Marin Lacasa MR, Lozano Velilla A, Robles Andres M, Dieste Alvarado P, Santacruz Abion MJ.

Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia. Ramon y Cajal 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Comparar la incidencia acumulada de hiperprolactinemia, como efecto secundario del tratamiento con paliperidona (PAL) o risperidona (RIS) administrados en forma de inyectable de depósito.

MATERIAL Y METODOS: Dos cohortes constituidas por pacientes en tratamiento antipsicótico, cuyo esquema terapéutico incluía PAL (grupo-PAL, dosis media=108±32.2 mg/28 días) o RIS (grupo-RIS, dosis media=45.9±26 mg/14 días), administradas en forma de inyectable de depósito, como factor de exposición.

Grupo-PAL (N=39), 48.7% mujeres con diagnóstico de esquizofrenia (SQ) 53.8%, trastorno esquizoafectivo (SQaf) 33.3% y trastorno bipolar (BD) 12.9%, y edad 42.6±14.2 años, peso 77.8±19.3 kg, talla 167.7±7.1 cm e IMC 27.5±5.5 kg/m²; Grupo-RIS (N=30) 43.5% mujeres con diagnóstico de SQ 60%, SQaf 30% y BD 10%, y edad 43.0±12.2 años, peso 88.4±23.9 kg, talla 168.5±9.4 cm e IMC 31.3±7.9 kg/m².

Como medida de comparación se utilizó el índice (iPRL/De) resultado de dividir el valor de prolactina sérica (PRL) equivalente (PRL_e) por la dosis equivalente (De) del correspondiente antipsicótico. Siendo:

$PRL_e = \text{valor PRL-hombre} \text{ ó } \text{valor PRL-mujer} \times 0.62;$

$De = \text{dosis de RIS-c.14días} \text{ ó } \text{dosis de PAL-c.28días}/2 \text{ (de acuerdo a Ficha Técnica).}$

Se considero hiperprolactinemia cuando el valor basal de PRL_e fue $\geq 499 \mu\text{UI/mL}$ (rango normal hombres: 55-499 $\mu\text{UI/mL}$ ó 2-18 ng/mL, siendo el factor de conversión de ng/mL a $\mu\text{UI/mL}$, multiplicar por 27.7).

Los datos se presentan como media±DS o en porcentajes. Como pruebas de significación estadística, en la comparación de datos, se utilizó la χ^2 de Student y la del Chi-cuadrado, o el test exacto de Fisher, según procediese.

RESULTADOS: Se obtuvieron los siguientes **RESULTADOS:** en grupo-PAL (N=39), PRL 1213.7±841.9 $\mu\text{UI/mL}$, PRL_e 942.5±629.4 $\mu\text{UI/mL}$, Dosis PAL 108.0±32.2 mg, De-PAL 52.8±17.9 mg, iPRL/De-PAL 20.1±14.4 $\mu\text{UI/mL/mg}$; y en grupo-RIS (N=30), PRL 481.9±133 $\mu\text{UI/mL}$, PRL_e 424.1±181 $\mu\text{UI/mL}$, dosis-RIS 45.9±26mg, De-RIS 45.9±26mg, iPRL/De-RIS 10.9±6 $\mu\text{UI/mL/mg}$. Se halló diferencias, estadísticamente significativas, únicamente para las variables PRL_e (t=4.3678, IC95% = desde 281.500 a 755.300, P=0.0001) e iPRL/De (t=3.2826, IC95%= desde 3.606 a 14.794, P=0.0016), siendo el valor de iPRL/De dos veces mayor en el caso de PAL frente a RIS.

Los datos muestran, por tanto, que la elevación de PRL, que ambos antipsicóticos provocan, es mucho mayor en el caso de PAL (el doble; dicha elevación, en el caso de paliperidona, conduce a hiperprolactinemia, con un valor 1.9 superior al límite superior del rango normal. Siendo el enfoque terapéutico más simple para su tratamiento la reducción de la dosis de antipsicótico o la sustitución por un antipsicótico no hiperprolactinemiante.

CONCLUSIONES: Tanto paliperidona como risperidona, ambas en su forma inyectable de depósito, provocan un aumento de la prolactina sérica, cuyo valor, en el caso de paliperidona, es dos veces superior al de risperidona. En el caso de paliperidona, dicha elevación conduce a hiperprolactinemia, con un valor 1.9 superior al límite superior del rango normal.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

865. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA PAUTA BASAL-BOLUS DE INSULINA PROTOCOLIZADA EN EL NÚMERO Y GRAVEDAD DE HIPER E HIPOGLUCEMIAS EN EL PACIENTE INGRESADO

AUTORES: Marin Rubio S, García Sánchez V, Gil Queralt M, Font Marta M, Camps Ferrer M, Campins Bernadas L. HOSPITAL DE MATARO. Carretera Cirera sn. Barcelona. España

OBJETIVOS: Evaluar el número y gravedad de hiperglucemias e hipoglucemias en los pacientes tratados según la pauta de insulina basal-bolus y en aquellos que siguen un tratamiento antidiabético diferente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el 2015 se ha iniciado en nuestro centro el protocolo basal-bolus para el control de las hiperglucemias en el paciente ingresado. La pauta está basada en la utilización de dos tipos de insulina diferentes, una de acción prolongada (detemir o glargina) y una de acción rápida (aspart o lispro). Los requerimientos de insulina son calculados a partir del estado clínico del paciente, sus niveles de glucemia en el ingreso y la medicación antidiabética utilizada previamente. Se añade una pauta correctora.

Estudio observacional, transversal, de dos días de duración. Se incluyeron todos los pacientes ingresados diabéticos durante un período superior a 72 horas. Fueron excluidos aquellos pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, pediatría o psiquiatría.

Se consideró hiperglucemia una glucemia superior a 180mg/dl (estratificando según gravedad: 180-299, 300-400 y mayores de 400mg/dl) y se consideró hipoglucemia valores inferiores a 70mg/dl.

Se recogieron también datos de: tratamiento glucocorticoide y nutrición parenteral.

Se contabilizó el número y porcentaje de hiperglucemias y su gravedad en ambos grupos de pacientes y en aquellos tratados con y sin glucocorticoides.

Se analizaron los resultados utilizando el test estadístico de ji al cuadrado para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la presencia de hiperglucemias en ambos grupos de pacientes y en pacientes tratados o no con glucocorticoides.

RESULTADOS: Se analizaron 63 pacientes, 21 seguían la pauta basal-bolus y 42 no.

De los 21 pacientes que seguían la pauta basal-bolus 13(61.9%) sufrieron hiperglucemias y 8(38.1%) no. De los 42 pacientes que no seguían la pauta basal-bolus 36(85.7%) sufrieron hiperglucemias y 6(14.3%) no. Se realizó el análisis estadístico de ji al cuadrado para analizar la presencia y no presencia de hiperglucemias en ambos grupos, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.032$).

De los 21 pacientes que seguían la pauta basal-bolus sufrieron hiperglucemias de más de 400mg/dl 2(9.5%) pacientes, más de 300mg/dl 3(14.3%) pacientes, entre 180 y 300mg/dl 8(38.1%) pacientes y no sufrieron hiperglucemias 8 (38.1%)pacientes.

De los 42 pacientes que no seguían la pauta basal-bolus sufrieron hiperglucemias de más de 400mg/dl 8(19.0%) pacientes, más de 300mg/dl 14(33.3%) pacientes, entre 180 y 300mg/dl 14(33.3%) pacientes y no sufrieron hiperglucemias 6(14.3%) pacientes.

No se encontraron datos estadísticamente significativos al estratificar en pacientes tratados con y sin glucocorticoides ($p=0.22$).

Se detectó una única hipoglucemia, el paciente no seguía la pauta basal-bolus y además fue el único paciente tratado con nutrición parenteral.

CONCLUSIONES: Los pacientes tratados con pauta basal-bolus presentan menor número de hiperglucemias de manera estadísticamente significativa y una menor gravedad de éstas.

La implantación de la pauta basal-bolus demuestra aumentar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

2. INFLUENCIA DE LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES TRATADOS CON ESTIMULANTES ERITROPOYÉTICOS EN PREDIALISIS

AUTORES: BONAFONT PUJOL X, GRATEROL TORRES F, PONTÓN SIVILLA JL, ARDEVOL ARAGONÉS M, ROMERO GONZALEZ R, MARIÑO HERNANDEZ E.

HOSPITAL GERMAN TRIAS PUJOL. CTRA. DE CANYET, S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: La variabilidad de los niveles de hemoglobina (Hb) se ha relacionado con un aumento de la mortalidad y morbilidad. Algunos medicamentos han mostrado alterar la variabilidad de los niveles de Hb en hemodiálisis y en el trasplante renal, aunque existen resultados contradictorios. Este estudio tiene como objetivo determinar si los IECA, ARA II, antirretrovirales (ARV) y los citostáticos (CIT) afectan la variabilidad de la Hb en prediálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo realizado en pacientes de enfermedad renal crónica en prediálisis que provenían de la consulta externa del servicio de Nefrología de un hospital universitario de tercer nivel. Se aplicaron los criterios de exclusión siguientes: estadios renales I y II, pacientes no tratados con estimulantes eritropoyéticos (EE), pacientes en hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplantados renales, presencia de talasemia o de déficit de glucosa -6-fosfato deshidrogenasa, y los pacientes en fase de titulación. El periodo de seguimiento fue de 18 meses (enero 2011-junio 2012). Los datos se obtuvieron del registro electrónico de las historias clínicas de los pacientes. La variabilidad de los niveles de Hb se calculó mediante la desviación estándar (DE) y la desviación estándar

residual (DER) de los niveles de Hb. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.0. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación clínica del hospital.

RESULTADOS: Se incluyeron 229 pacientes (109 mujeres, 70,44 años de edad media, y un índice de masa corporal medio de 28,29 kg/m²). Los estadios renales de los pacientes fueron 78 del III, 120 del IV y 31 del V. Se utilizaron los siguientes EE: en 23 casos EPO beta, en 149 darbepoetina alfa y en 57 CERA. El 95% de los pacientes presentaba hipertensión, el 88% dislipemia, y el 44% diabetes. El 37% recibió IECA, 37% ARA II, 15% CIT y 0,9% ARV. Tanto IECA, como CIT y ARV redujeron los niveles de Hb y aumentaron la variabilidad. La correlación de valores de los IECA y los ARV utilizando la DE fue significativa en ambos casos ($p=0,04$). No fue significativa si se utilizaba la DER ($p=0,86$ y $p=0,06$ respectivamente). Aunque la diferencia no fue significativa, se pudo comprobar una tendencia al aumento de la variabilidad con los CIT tanto con la DE ($p=0,14$) como con la DER ($p=0,07$). Los ARA II no influenciaron significativamente la variabilidad.

CONCLUSIONES: En pacientes tratados con EE en prediálisis, el tratamiento concomitante con IECA, ARV y CIT redujo los niveles de Hb y aumentó la variabilidad de los niveles de Hb. Los ARA II no afectaron la variabilidad de Hb.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

616. INFLUENCIA DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA Y LA DURACIÓN DE LA TERAPIA EN EL DESCENSO DEL RECUENTO PLAQUETARIO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON LINEZOLID

AUTORES: LIZAMA GÓMEZ N, CRISTÓBAL GUTIERREZ H, FERNANDEZ CORDON A, GARAY SARRIA C, GOMEZ MARTINEZ M, VALERO DOMINGUEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA SN. Cantabria. España

OBJETIVO: Linezolid, antibiótico de amplio espectro perteneciente a la familia de las Oxazolidinonas, se ha asociado con trombocitopenia transcurridos 10 días de tratamiento. El objetivo del estudio fue evidenciar la relación de este descenso en el recuento plaquetario con las cifras de aclaramiento de creatinina (ClCr).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional prospectivo, que incluyó pacientes en tratamiento con Linezolid en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, desde noviembre del 2015 hasta marzo de 2016. Los pacientes fueron seleccionados a través del registro farmacoterapéutico del programa de prescripción electrónica asistida (PEA). Los datos necesarios para llevar a cabo el estudio, la fecha de inicio con el tratamiento, la duración del mismo, el recuento plaquetario a distintos tiempos (basal, día 5 y día 10) y la presencia de insuficiencia renal, definida como ClCr < 60 ml/min, fueron obtenidos mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes y la consulta del visor de historia clínico corporativo. La trombocitopenia fue definida como una cifra inferior a 150 x 103 plaquetas/ μ l.

RESULTADOS: Se incluyeron 117 pacientes, de los cuales 20 fueron excluidos del estudio por falta de datos de recuento plaquetario en los días establecidos. De los 97 pacientes evaluados, 35 (36%) permanecieron en tratamiento durante más de 10 días, mientras que en 62 (64%), la terapia fue de duración inferior.

De estos 35 pacientes, 24 (68,5%) presentaron un descenso medio del 34% en sus cifras plaquetarias. Este descenso fue más acusado (38%) en los pacientes que presentaban cifras de ClCr

En el subgrupo de pacientes que presentaban insuficiencia renal, se observó el desarrollo de trombocitopenia en 5 de ellos (55,5%), mientras que en el subgrupo de pacientes con cifras de ClCr > 60 ml/min, estos valores inferiores a 150 x 103 plaquetas/ μ l, se produjo en 3 de ellos (20%).

De los 62 pacientes que presentaron una duración de tratamiento inferior a 10 días, se produjo un descenso medio del 31% en el recuento plaquetario en 28 de ellos (45%). Este descenso de cifras plaquetarias fue superior en los pacientes con insuficiencia renal (35% vs 29% en pacientes con cifras normales de ClCr).

CONCLUSIONES: De acuerdo a los resultados obtenidos, y en concordancia con la bibliografía revisada, el descenso en el recuento plaquetario parece estar relacionado con las cifras de ClCr, siendo la incidencia de trombocitopenia mayor en pacientes con insuficiencia renal. Dado que la excreción del fármaco se produce en un 30% inalterado por vía renal, y que la trombocitopenia producida por Linezolid tiene origen humoral, quizás debiera establecerse, por seguridad, de forma rutinaria un seguimiento tanto de las cifras de ClCr como del recuento plaquetario. Se necesitarían estudios más amplios para corroborar esta trombocitopenia dosis-dependiente, y tal vez, tabular la dosis de Linezolid en función del peso del paciente y del filtrado.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1302. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA EL CONTROL Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS

AUTORES: Montalbán Soler L, Ferrit Martín M, Guijarro Herrera S, Calleja Hernández MÁ.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.. Av. de las Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVOS: Estudiar el impacto sobre el control y/o resolución de Problemas de Salud Ocular (PSO) mediante parámetros clínicos, de una intervención farmacéutica realizada a través de un nuevo Servicio Profesional Especializado en Salud Visual (SPESV) integrado dentro del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes crónicos polimedicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo cuasi-experimental pre-post exposición realizado en Farmacia Comunitaria con Servicios implantados de Óptica y Optometría y SFT. Se seleccionaron pacientes con algún PSO diagnosticado o sospecha que empleaban 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 un periodo de seguimiento de 6 meses estructurado en 3 entrevistas. El ESVP incluyó las siguientes pruebas: Refracción, Agudeza Visual (AV), Biomicroscopía, Rejilla de Amsler, Tonometría y test clínicos de ojo seco, realizadas con el fin de detectar PSO no controlados (PSONC) según criterios clínicos. La intervención farmacéutica fue diseñada y protocolizada de forma específica para cada PSO estudiado con el fin de lograr su resolución o control. La variable principal del estudio fueron los PSONC, definidos como aquellos PSO que no cumplen con la consecución de los objetivos clínicos y no siguen un control por parte de un especialista, y las secundarias: edad, sexo, país de origen, nivel de estudios y profesión.

RESULTADOS: Se incluyeron 92 pacientes; mayoritariamente 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 302 (3,28 PSO/paciente), de los que 191 (63,2%) no estaban controlados (PSONC). Al final del estudio el número de PSONC fue de 64 con una reducción del 66,49% ($p < 0.001$). El 16,3% y el 38% de los pacientes presentaron deficiencia visual ($AVh \leq 0,5$) antes del ESVP en visión binocular y monocular respectivamente; reduciéndose estos valores al 6,5% y al 16,3% y mejorando la AV binocular en lejos un 30,5% y un 25,33% en cerca ($p < 0.001$) tras la intervención sobre su corrección oftálmica. El 29,3% presentaron opacidad de los medios internos del ojo (OMI) con AV_{cmc21} mmHg en al menos un ojo, reduciéndose este porcentaje hasta el 2% tras la intervención ($p < 0.001$). El 44,56% refirió padecer al menos un síntoma de Ojo Seco (OS) de forma frecuente/constante; acompañado en el 95% de los casos de algún signo, tras intervención este porcentaje se redujo hasta el 18,47% ($p < 0.001$).

Conclusiones Los nuevos Servicios Profesionales Especializados en Salud Visual se presentan como una herramienta eficaz en la detección, control y resolución de PSO. Las principales intervenciones irán encaminadas a la mejora de la adherencia y conocimiento de la medicación oftálmica, derivación al especialista y consejo sobre la corrección oftálmica más adecuada

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

826. MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS ATROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS CON GOLIMUMAB COMO TERAPIA BIOLÓGICA

AUTORES: GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, GARCÍA SIMÓN MS, GARCÍA LAGUNAR MH, PÉREZ PÉREZ IG, GUERRERO BAUTISTA R, MIRA SIRVENT MC.

HOSPITAL UNVI. SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización, efectividad y seguridad del tratamiento con golimumab en pacientes diagnosticados de artropatías inflamatorias crónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de artropatías inflamatorias crónicas [artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondilitis anquilosante (EA)] tratados con golimumab entre enero 2011-febrero 2016 en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron variables demográficas, test HLA-B27+ y FR IgM+, datos de laboratorio [velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), hemoglobina], diagnóstico, comorbilidades, línea de tratamiento, posología, número de dosis, tratamiento concomitante [antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES); corticoides], causa de discontinuación, supervivencia y efectos adversos.

Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas informatizadas (Selene®) y del programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia (Savac®). Se empleó el paquete estadístico SPSS v23.0 para realizar el análisis estadístico.

RESULTADOS: Se incluyeron 36 pacientes (36,1% varones) con una edad media de $47,8 \pm 14,8$ años. El 47,2% ($n=17$) de los pacientes fue diagnosticado de EA, 33,3% ($n=12$) de AR y 19,4% ($n=7$) de APs. Ocho pacientes presentaban HLAB27+ y 7 FR IgM+. La pauta posológica fue 50 mg vía subcutánea mensuales, excepto en dos pacientes que precisaron de 100 mg (peso > 100 kg). La mediana de VSG y PCR al inicio del tratamiento fue 18 mm/h (rango: 2-94) y 0,4 mg/dL (rango: 0,1-7,9), respectivamente.

Las comorbilidades fueron: alteraciones cardiovasculares ($n=17$), anemia ($n=6$), enfermedad neurológica ($n=5$), alteraciones cardíacas ($n=3$), enfermedad inflamatoria intestinal ($n=3$), tuberculosis ($n=3$), contacto reciente de tubercu-

losis (n=2), infecciones de menos de un mes (n=2), nódulos tiroideos (n=1), vasculitis reumatoide (n=1), trombocitopenia (n=1), osteoporosis (n=1), insuficiencia renal (n=1), virus de hepatitis C (n=1), neoplasias (n=1).

Golimumab se utilizó como primera línea de tratamiento en 14 pacientes, segunda en 6, tercera en 10 y cuarta en 6. El número medio de dosis administradas fue de $21,1 \pm 14,2$. Como tratamiento concomitante asociado a golimumab se han utilizado: AINEs (n=13; 36,1%), corticoides (n=2; 5,6%), AINEs y FAMEs (n=6; 16,7%), AINEs y corticoides (n=4; 11,1%) y AINEs, FAMEs y corticoides (n=9; 25,0%).

En el momento del corte del estudio, 17 pacientes había suspendido tratamiento con golimumab por las siguientes causas: 64,7% fracaso terapéutico, 17,6% efectos adversos, 11,8% pérdida de seguimiento y 5,9% falta de adherencia. La supervivencia estimada para golimumab al año fue de 66,7% y a los dos años de 52,0%.

Los efectos adversos descritos fueron: infecciones [(33,3%); infección del tracto urinario (n=3), neumonía (n=3), herpes labial (n=3), gastroenteritis (n=1), cuadro gripal (n=1) micosis oral (n=1)], anemia (33,3%), astenia (8,3%), epigastralgia (8,3%), mareos (5,6%), foliculitis (2,8%), cefalea (2,8%).

CONCLUSIONES: En la mayoría de los pacientes del estudio, golimumab se utilizó como terapia biológica en primera línea, siendo el diagnóstico principal la AR.

Las comorbilidades basales más frecuentes fueron las alteraciones cardiovasculares seguidas de la anemia.

Los AINEs han sido el tratamiento concomitante más pautado, tanto en monoterapia como asociado a FAMEs y corticoides.

Entre los efectos adversos más frecuentes destacan las infecciones y la anemia, correspondientes a un tercio de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

748. METAANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DAPAGLIFLOZINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

AUTORES: Calpe Armero P, Pérez Pitarch A, Fernández García P, Lucas Alcahuz B, Ferriols Lisart R. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avenida Blasco Ibañez 17. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de la dapagliflozina, en combinación con otros antidiabéticos orales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Metaanálisis de ensayos clínicos controlados fase III de dapagliflozina en combinación con otros antidiabéticos convencionales en pacientes adultos con DM tipo II. El metaanálisis se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la guía PRISMA. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos informatizadas PubMed y Google Scholar, sin restricción de fecha ni de idioma. Se completó con una búsqueda bibliográfica manual ascendente.

La selección de los estudios se realizó de forma ciega por dos autores de forma independiente. Se excluyeron los estudios de duración inferior a 24 semanas de tratamiento.

La efectividad del tratamiento se evaluó como descenso del porcentaje de hemoglobina glicosilada ($\square$ HB%). La seguridad el tratamiento se evaluó como incidencia de pacientes con al menos un efecto adverso relacionado con el medicamento, expresado como Odds Ratio (OR).

Se realizó un análisis de subgrupos para la efectividad según dosis administrada de dapagliflozina (2,5 mg, 5 mg y 10mg). La seguridad se evaluó mediante la incidencia de pacientes con al menos un efecto adverso relacionado con la medicación(EA), la incidencia de pacientes con hipoglucemia (HGlu) y la incidencia de pacientes con infección del tracto urinario (ITU). A su vez, de cada variable se realizó un análisis de subgrupos según la dosis de dapagliflozina. El metaanálisis se llevó a cabo con el modelo de efectos aleatorios, mediante la herramienta informática Review Manager 5.3. La heterogeneidad inter-estudio se evaluó mediante el estadístico I². Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS: Se identificaron 48 publicaciones mediante la búsqueda bibliográfica. Treinta y cuatro fueron excluidos por tratamiento inferior a 24 semanas, grupo control diferente a placebo, diferente criterio de efectividad o publicación redundante. La efectividad se evaluó en 14 estudios y 5561 pacientes (2797/2764). Se observó un valor de $\square$ HB% = -0.49 (IC95% :-0.53 , -0.44; I² :58%). El análisis por subgrupos no mostró diferencias para ninguna de las dosis evaluadas respecto al resultado obtenido en el análisis principal. Sin embargo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de efectos adversos (OREA = 1.58 ; IC95%: 1.33 , 1.88; I²= 6%, ORHGlu = 1.21; IC95%: 1.03 , 1.42; I²=0%, ORITU = 1.25; IC95% : 1.08 , 1.68; I²=20%).

CONCLUSIÓN: La adición de dapagliflozina al tratamiento convencional con antidiabéticos orales reduce el porcentaje de hemoglobina glicosilada en pacientes adultos con DM tipo II . No obstante se asocia con un aumento de la incidencia de efectos adversos.

883. MOTIVOS DE DISCONTINUACIÓN Y SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, GARCÍA LAGUNAR MH, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, GARCÍA MÁRQUEZ A.

HOSPITAL UNVI. SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Estudiar los motivos de discontinuación y la supervivencia del tratamiento con infliximab, adalimumab y etanercept en pacientes con artritis reumatoide.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionaron los pacientes con artritis reumatoide tratados con infliximab, adalimumab o etanercept entre mayo de 2008 y mayo de 2013 en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, fármacos anti TNFalfa, episodios de tratamiento, supervivencia y 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 v23.0®.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 123 pacientes (13,0%, 16 varones) con una edad media de $48,4 \pm 11,4$ años. Recibieron un total de 140 episodios de tratamiento que se clasificaron en: infliximab (n=23; 16,4%), adalimumab (n=61; 43,6%) y etanercept (n=56; 40,0%).

En el momento de corte del estudio, 64 episodios de tratamiento (45,7%) habían sido suspendidos [n=14 (21,9%) para infliximab, 30 (50,0%) para adalimumab y 18 (28,1%) para etanercept]. Las causas de discontinuación fueron: fracaso terapéutico [n=34 (24,3%), infliximab (6), adalimumab (20) y etanercept (8)], retirada voluntaria [n=20 (14,3%), infliximab (4), adalimumab (9) y etanercept (7)] y aparición de efectos adversos [n=13 (9,3%), infliximab (4), adalimumab (6) y etanercept (3)].

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=8, infliximab (1), adalimumab (4) y etanercept (3)] y otros (n=2; un paciente presentó cefalea intensa y otro paciente presentó hipoacusia y alteración desmielinizante, ambos con adalimumab).

La supervivencia media fue: $58,7 \pm 44,5$ meses para infliximab, $36,4 \pm 25,5$ meses de adalimumab y $39,6 \pm 25,8$ meses para etanercept. El test estadístico de comparación para los tres fármacos mostró diferencias estadísticamente significativas superiores para etanercept (log-rank: $p=0,045$). La supervivencia estimada al año fue 87,0%, 85,2% y 92,9%; a los 2 años fue 73,9%, 70,5% y 83,9%; y a los 5 años fue 39,1%, 49,2% y 67,9% para infliximab, adalimumab y etanercept, respectivamente.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la primera causa de discontinuación del tratamiento con terapias biológicas en artritis reumatoide 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 otro lado, 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 ha sido adalimumab y el fármaco con más retiradas voluntarias y efectos adversos fue infliximab. Por otra parte, el fármaco que mostró mayor supervivencia fue etanercept.

1123. OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA ALÉRGICA PERSISTENTE GRAVE Y EVALUACIÓN DE SU IMPACTO ECONÓMICO.

AUTORES: GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, ABDEL-KADER MARTIN L, VEGA COCA MD, FLORES MORENO S, MONTECATINE ALONSO E, BAUTISTA PALOMA J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. Avda. Manuel Siurot, s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Optimizar la dosis de omalizumab, en pacientes con asma grave alérgica persistente, cuando clínicamente sea posible y evaluar su impacto económico .

Materiales y métodos:

Como parte de las actividades de la Comisión Interdisciplinar de Omalizumab se decidió optimizar la dosis de omalizumab, de la cohorte de pacientes con asma grave y persistente. Para ello, se llevó acabo un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes en tratamiento con omalizumab, hasta diciembre de 2015. Se valoró el grado de

concordancia entre la dosis prescrita de omalizumab y la dosis que les correspondería en base a la fórmula empleada en los ECAs pivotaes: $0,016 \times \text{Peso (kg)} \times \text{IgE basal (UI/ml)}$ cada 4 semanas ó $0,008 \times \text{Peso (kg)} \times \text{IgE basal (UI)}$ cada 2 semanas. La base de datos con está información fue analizada por uno de los neumólogos responsable del área, que reevaluó clínicamente a los pacientes y valoró la posibilidad de realizar la optimización de dosis. Tras la reevaluación clínica se llevaron a cabo las optimizaciones de dosis y la evaluación del impacto económico que supuso.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se trataron con omalizumab 90 pacientes con diagnóstico de asma alérgica persistente grave. En 60 de los pacientes se dispuso de los datos necesarios para estimar la dosis corregida. El 68.3% fueron mujeres y la edad media fue 51.8 años (rango 16-80). Sólo un 20% de los casos muestran concordancia entre la dosis prescrita y la calculada según la fórmula del ensayo pivotal. En base a la dosis estimada por la fórmula de los ECAs pivotaes 29 pacientes (48.33%) serían susceptibles de una reducción de dosis. En 6 de ellos la bajada de dosis no fue posible por la limitación de presentaciones comerciales disponibles de omalizumab (75mg y 150mg). En 13 pacientes no fue posible la reducción de dosis por motivos clínicos. En 10 (34.48%) pacientes se realizó una reducción de la dosis. La media de la reducción de dosis fue de 150mg mensuales. El impacto económico del ahorro mensual que conlleva la intervención es de 3.419,15/mes, lo que supone un ahorro anual de 41.029,80/año.

CONCLUSIONES: Como consecuencia de la puesta en marcha de la Comisión Interdisciplinar de Omalizumab se ha realizado la optimización de dosis de omalizumab de la cohorte de pacientes con asma grave y persistente. Esto ha supuesto un ahorro anual de 41.029,80.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

187. OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS

AUTORES: ALZUETA ISTÚRIZ N, ALIBERAS MORAGAS J, MIQUEL NOGUERA E, DEL PINO GAYA B.
PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU. CARRER ANTONI PUJADAS 42. Barcelona. España

OBJETIVOS: La optimización farmacoterapéutica (OF) se define como la reducción de dosis o el espaciamento del intervalo posológico respecto a lo contemplado en ficha técnica.

Evaluar la efectividad de la OF realizada en pacientes con artropatías en tratamiento con adalimumab (ADA) y etanercept (ETN) en un hospital comarcal. Analizar el impacto económico y en función de los resultados instaurar un protocolo de OF en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo (enero 2013 - diciembre 2015) de las historias clínicas de los pacientes en seguimiento por el Servicio de Reumatología.

Como criterios de inclusión se seleccionó a pacientes tratados con ADA y ETN cuyas pautas de tratamiento habían sido optimizadas tras alcanzar y mantener la remisión clínica sostenida durante un año, según los valores de Disease Activity Score in 28 joints (DAS28<2).

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, dosis, pauta del tratamiento biológico, valores de DAS 28 y BASDAI antes y después de OF.

RESULTADOS: De los 46 pacientes tratados con ADA en nuestro centro, 10 presentaron OF (21,7%) edad media ($46,9 \pm 16,8$ años) y sexo (6 hombres).

En todos los casos, la OF se llevó a cabo mediante un espaciamento de dosis a cada 3 semanas (80%) y a cada 4 semanas (20%).

La distribución por patologías fue Espondilitis Anquilosante (40%), Artritis Reumatoide (30%), Artritis Psoriásica (20%) y Artritis Idiopática Juvenil (10%).

Los valores previos a OF fueron DAS 28 $1,63 \pm 0,52$ y BASDAI $1,45 \pm 0,83$; y los posteriores a OF fueron DAS 28 $1,85 \pm 0,42$ y BASDAI $1,35 \pm 0,81$.

Supuso un ahorro de 31.788 euros/anuales por lo que se podrían tratar 3 pacientes más al año con el mismo presupuesto.

De los 21 pacientes tratados con ETN, 5 presentaron OF (23,8%) edad media ($34,2 \pm 12,3$ años) y sexo (1 hombre).

En todos los casos, la OF se llevó a cabo mediante un espaciamento de dosis, con pautas de cada 2 semanas (40%), cada 3 semanas (40%) y cada 4 semanas (20%).

La distribución por patologías fue Artritis Idiopática Juvenil (60%) y Artritis Reumatoide (40%).

Los valores de DAS28 previos a OF fueron de $1,61 \pm 0,59$ y los posteriores fueron de $1,42 \pm 0,60$.

La OF con ETN supuso un ahorro de 26.431,32 euros/anuales por lo que se podría tratar a 1 paciente más al año con el mismo presupuesto.

CONCLUSIONES: Mediante la estrategia de OF se objetivó un buen control de la enfermedad en la mayoría de los pacientes. Además permitió reducir los costes del tratamiento.

Los resultados sugieren la posibilidad de optimizar el tratamiento de los pacientes con artropatía manteniendo su eficacia lo que además permitiría reducir el impacto económico del manejo de las artropatías en nuestro centro. Sería necesario disponer de una mayor muestra de pacientes para corroborar dichos resultados aunque con los obtenidos procederemos a la instauración del protocolo de OF en el hospital.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

604. OPTIMIZACIÓN POSOLÓGICA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS

AUTORES: FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, PÉREZ DOMÍNGUEZ N, MACÍA FUENTES L, LAMAS LÓPEZ M, CASO GONZÁLEZ A, TERROBA ALONSO P.

HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Camino de Herreros, 6. Asturias. España

- OBJETIVOS:

Analizar la utilización de fármacos anti-TNF de administración subcutánea en patologías reumáticas.

Medir el grado de adecuación de la optimización posológica a las recomendaciones del Consenso entre las Sociedades Españolas de Reumatología y de Farmacia Hospitalaria.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados de artropatía inflamatoria crónica a tratamiento actual (hasta Abril 2016) con fármacos anti-TNF subcutáneos de dispensación hospitalaria (adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab).

Para la recogida de datos se utilizó la aplicación Farmatools® y el programa de prescripción electrónica Selene®: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento actual (dosis, pauta posológica y duración de la terapia), decisión terapéutica adoptada tras la optimización (mantener dosis reducida o aumentar intervalo posológico), tiempo en dosis optimizada y tratamientos antirreumáticos concomitantes.

Para medir el grado de adecuación al Documento de Consenso se valoraron los principales puntos del mismo: si el tiempo transcurrido desde el cumplimiento del objetivo terapéutico era superior a 6 meses, si la reducción de dosis se encontraba entre un 20-50% y si la primera visita médica tras la optimización fue a los 2 meses.

El análisis estadístico se realizó mediante una hoja de cálculo Excel®.

- **RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 126 pacientes, 66 mujeres y 60 hombres con una mediana de edad de 51 años (18-82). La distribución de pacientes por patología fue: espondilitis anquilosante (41,3%), artritis reumatoide (36,5%) y artritis psoriásica (22,2%). En cuanto al número de pacientes por fármaco: adalimumab (65), etanercept (49), golimumab (10) y certolizumab (2).

Respecto al total de pacientes, el 19,8% presentó optimización del tratamiento, todos ellos con aumento del intervalo posológico. El tiempo medio transcurrido con la pauta optimizada fue de 9,7 meses.

La optimización posológica en función del fármaco fue: etanercept 15/49 (30,6%), adalimumab 9/65 (13,8%), certolizumab 1/2 (50%), golimumab 0/10 (0%); siendo las pautas más utilizadas: etanercept/15 días (23,1%), etanercept/10 días (15,5%), y adalimumab/21 días (15,4%).

En el 58% de los casos la decisión terapéutica adoptada fue mantener la dosis de optimización y en el resto se contempló aumentar más el intervalo posológico,

Los fármacos antirreumáticos concomitantes más utilizados fueron: AINES en el 38,5% de los casos, metotrexato en el 11,5% y metotrexato más AINES en el 11,5%.

Respecto al grado de adecuación al Consenso, en el 100% de los pacientes se había alcanzado el objetivo terapéutico hacia más de 6 meses previos a la optimización de la dosis. En todos ellos la reducción posológica estuvo entre 20-50%, con una media del 42%. En ninguno de los casos la primera visita médica tras la optimización fue a los 2 meses. El tiempo medio hasta dicha visita fue de 4,3 meses.

- **CONCLUSIONES:** La optimización posológica de fármacos anti-TNF subcutáneos en nuestro hospital tiene resultados comparables a otros estudios publicados.

El grado de adecuación a las recomendaciones del Consenso respecto al cumplimiento del objetivo terapéutico y al porcentaje de reducción de dosis se cumplió en todos los casos, no siendo así en cuanto al tiempo transcurrido hasta la siguiente visita médica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

596. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PRIMERA LÍNEA CON INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES: MARTÍNEZ SIMÓN JJ, Esteban Casado S, Martín de Rosales Cabrera AM, Gómez Pedrero AM, Barcia Martín MI, Pérez Encinas M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCON. Budapest 1. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la persistencia del tratamiento con infliximab y adalimumab en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) que recibieron estos fármacos como primera línea de biológicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de EC que iniciaron tratamiento biológico con infliximab o adalimumab desde la aprobación de la indicación para EC hasta marzo 2011. Se recogieron las variables: edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento, fecha de suspensión y motivo del mismo (fracaso, intolerancia, mejoría clínica, preferencia del paciente y neoplasias), intensificación de dosis o de frecuencia de administración de tratamiento y optimización del mismo. Para ello se utilizó la historia clínica electrónica (Selene®) y la aplicación FarmaTools®. Las variables de resultado fueron la persistencia global y específica para cada tratamiento. Las persistencias se calcularon empleando la función de curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y la comparación entre ambos tratamientos se realizó mediante la función de Regresión de Cox con el programa estadístico SPSS® ver21.

RESULTADOS: Se incluyeron 71 pacientes, de los cuales 46 recibieron tratamiento biológico por primera vez con infliximab y 25 con adalimumab. La edad media de cada grupo fue de 45,92 años (23,71-86,52) para infliximab y de 39,12 años (24,04-58,60) para adalimumab. El 51% del total de los pacientes eran hombres. La mediana de persistencia global fue 11,37 meses (IC95%: 8,58-14,15). En cuanto a la persistencia específica para infliximab la mediana de duración fue 10,40 meses (IC95%: 5,77-15,03) y para adalimumab 15,53 meses (IC95%: 2,36-28,71). Se compararon las curvas de supervivencia obteniendo un HR 1,40 (IC95%: 0,82-2,40; p=0,219). Las causas de suspensión del tratamiento con infliximab fueron: fracaso terapéutico 41,30% (19); mejoría de la enfermedad 15,22% (7); preferencia del paciente 13,04% (6); intolerancia 8,70% (4) y neoplasia 2,17% (1). 8 pacientes continúan en la actualidad en tratamiento y se produjo la pérdida de seguimiento de 1 paciente. Las causas de suspensión del tratamiento con adalimumab fueron: fracaso terapéutico 44,0% (11); intolerancia 28,0% (7) y mejoría de la enfermedad 16,0% (4). Actualmente 2 pacientes continúan en tratamiento y se produjo una pérdida de seguimiento. En el 15,22% (7) de los pacientes tratados con infliximab se intensificó la dosis y en el 6,52% (3) la frecuencia de administración. En el 12,0% (3) de los pacientes tratados con adalimumab se intensificó la dosis y en el 24,0% (6) la frecuencia de administración. Por otro lado, en el 6,52% (3) de los pacientes tratados con infliximab y en el 4,0% (1) tratados con adalimumab, se pudo optimizar el tratamiento.

CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos se observa, en los pacientes tratados con adalimumab, una tendencia hacia una mayor persistencia del tratamiento. Con ambos biológicos, la principal causa de suspensión del tratamiento fue el fracaso de la terapia, lo cual parece indicar una baja respuesta en la EC a los tratamientos biológicos analizados. Se consiguió una mayor optimización del tratamiento en los pacientes con infliximab, pudiéndose deber al mayor número de pacientes tratados con este fármaco.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1094. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS

AUTORES: FERNANDEZ MARTIN JM, GONZALEZ VAQUERO D, URDA ROMACHO J, MARTOS ROSA A, GIMENO JORDA MJ, ACOSTA ROBLES P.

AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL HOSPITAL PONIENTE. CRTA. ALMERIMAR S/N. Almería. España

OBJETIVO: Evaluar la persistencia del tratamiento con fármacos biológicos en psoriasis moderada a grave en pacientes naive, así como determinar motivos de suspensión de tratamiento y pauta posológica. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo realizado en un hospital de 285 camas entre Abril de 2004 y Abril de 2016 de pacientes con psoriasis moderada a grave que se tratan por primera vez con fármacos biológicos (Infliximab (IFX), Etanercept (ETN), Adalimumab (ADA) y Ustekinumab (UST). Se revisaron historias clínicas mediante plataforma informática integrada de Historia Clínica y registro de dispensaciones de pacientes externos. Datos recogidos: demográficos, pacientes con tratamiento prescrito, pacientes con tratamiento activo, distribución según tratamiento, pautas posológicas (dosis y frecuencia de administración), persistencia total, persistencia de cada fármaco, duración de los tratamientos suspendidos y motivos por los que se suspendió tratamiento. Pacientes en desescalada por fármaco. Desescalada se define como ampliación del intervalo de administración aprobado en ficha técnica. Se define persistencia como tiempo (meses) transcurrido desde la fecha de primera dispensación hasta cambio de tratamiento, interrupción o última fecha de dispensación (08-04-2016).

RESULTADOS: Total pacientes: 84. Pacientes con tratamiento activo: 64. Edad: 47 (17-84). Hombres: 51 (60%). Distribución según tratamiento: ETN: 35, de los cuales 26 están con dosis estandar de 50 mg/semana, 4 están con 100 mg/semana, uno está con 50 mg c/10 días, uno está c/14 días, 3 pacientes alternan dosis semanales de 25 y 50 mg. UST: 15, de los cuales 10 están con 45 mg c/12 semanas, 1 con 90 mg c/12 semanas, 2 con 45 mg c/14 semanas y 2 con 45 mg c/16 semanas. ADA: 12, de los cuales 8 están con dosis estandar 40 mg c/14 días, 2 con 40 mg c/21 días, 1 con 40 mg c/28 días y 1 con 40 mg c/42 días. IFX: 1 que está en dosis de mantenimiento c/8 se-

manas. Persistencia media de pacientes activos: 48 meses. Persistencia media por fármacos: ETN: 57 meses; UST: 42 meses; ADA: 32 meses; IFX: 8 meses. 20 pacientes suspendieron tratamiento primera línea (24%). Distribución por fármacos suspendidos: ETN: 13, ADA: 5, UST: 2. Persistencia media en pacientes con tratamiento suspendido: 27 meses, Persistencia por fármacos suspendidos: ETN: 26 meses; ADA: 27 meses, UST: 27 meses. Motivos suspensión: Mejoría enfermedad (en la actualidad controlados con tratamiento sistémico solamente y algunos por deseo propio del paciente): 8. Efectos adversos (mareos y vertigos, hipretransaminasemia, infección tracto urinario): 4, Exitus (no relacionada con la psoriasis): 3, Derivados a otro centro para PUVA: 2. Otros: 3. Pacientes activos en desescalada con ADA: 4/12 (33%), UST: 4/15 (26%), ETN: 5/35 (14%).

CONCLUSIONES: ETN es el fármaco que mayor persistencia presenta, con una media de casi 5 años, teniendo en cuenta que Ustekinumab empezó a utilizarse unos 6 años después que ETN, por lo que sería necesario un mayor seguimiento para valorar cuál de los dos presenta mayor persistencia. IFX no presenta un valor representativo de persistencia ya que solo tenemos un paciente tratado. ADA es el biológico que más desescalación permite (hasta un tercio de sus pacientes).

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

539. PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS NEUROLÓGICOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDÍACOS

AUTORES: CAMPOS BAETA Y, GOMIS PASTOR M, FELIU RIBERA A, ARETIO POUSA A, ROIG MINGUELL ME, MANGUES BAFALLUY MA.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. Ctra. de Sant Quinti, 89. Barcelona. España

OBJETIVOS: Cuantificar la frecuencia de aparición de efectos adversos (EA) neurológicos en pacientes trasplantados cardíacos (TC) y en especial la cefalea debido a que es un EA frecuentemente invalidante y de difícil manejo en esta población.

Caracterizar la cefalea en función del tratamiento inmunosupresor para establecer un protocolo de actuación multidisciplinar.

Métodos

Estudio prospectivo observacional llevado a cabo en una Unidad de Trasplante Cardíaco de un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron pacientes trasplantados cardíacos de más de 18 años.

Se realizó una entrevista clínica estructurada en la consulta de atención farmacéutica con el fin de conocer la prevalencia de los EA neurológicos en la población trasplantada cardíaca. Durante la misma se preguntaba específicamente por aquellos EA neurológicos reportados para los fármacos inmunosupresores con una frecuencia superior al 10% en Micromedex y Uptodate.

RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes trasplantados cardíacos con una mediana de 9 años post trasplante (rango 0.4-28.1), de los cuales 48 (70%) fueron hombres. La media de fármacos pautados fue de 8.8 ± 3.5 .

De los 69 pacientes, 54 (78%) estaban en tratamiento con tacrolimus (de los cuales 38 pacientes (55%) recibieron tacrolimus de liberación prolongada), 40 (58%) con micofenolato de mofetilo, 14 (20%) con ciclosporina, 7 (10%) con everolimus, seguido de micofenolato de sodio, azatioprina y sirolimus con 2 (3%) cada uno de ellos.

Del total de pacientes incluidos, 62 (89.9%) reportaron al menos un EA neurológico, de los cuales, 49 (71%) presentaron labilidad emocional, 43 (62%) temblor, 30 (43%) cefalea, 24 (35%) insomnio, 15 (22%) mareo y 11 (16%) otros EA neurológicos con una incidencia inferior al 10%.

Respecto a los pacientes que presentaron cefaleas, la mayoría estaban en tratamiento con tacrolimus 28 (93%), seguido de micofenolato mofetilo con 15 (50%), ciclosporina con 3 (10%) y otros con un porcentaje inferior al 5%.

La proporción de pacientes en tratamiento con tacrolimus y que presentaron cefaleas fue de 28/54 (51%) (de los cuales 10/16 (62.5%) recibían tacrolimus y 18/38 (47.36%) tacrolimus liberación prolongada) seguido de micofenolato de mofetilo con 15/40 (37.5%), el cual en todos los casos se encontraba asociado al tratamiento con tacrolimus. No se observaron diferencias en la frecuencia de aparición de cefaleas en relación al tiempo post-trasplante, siendo de 4/9 (44%) en pacientes trasplantados en el último año y medio y de 26/60 (43%) en pacientes de más de 1.5 años desde el trasplante.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio presentaron EA neurológicos, siendo la cefalea el tercer EA más frecuente.

El fármaco inmunosupresor que más frecuentemente se relaciona la aparición de cefalea en la población de estudio es tacrolimus, con una frecuencia de aparición similar a la bibliografía consultada. El porcentaje de pacientes con cefalea fue similar según el tiempo post-trasplante.

Dado que la cefalea puede llegar a ser un EA invalidante, se precisa caracterizar la tipología y causalidad de las mismas en esta población para establecer un protocolo de actuación multidisciplinar con la finalidad de mejorar el manejo terapéutico y la calidad de vida de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

911. PROTOCOLIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA HEMOGLOBINA EN PACIENTES PERIQUIRÚRGICOS

AUTORES: SÁNCHEZ NAVARRO I, GINÉS PALOMARES A, BERMEJO LORERO B, PÉREZ PÉREZ D, HERRANZ MUÑOZ C, LUQUE INFANTES R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ-MECO, SIN NUMERO. Madrid. España

OBJETIVO: A raíz de un programa establecido en el Hospital de optimización de hemoglobina (Hb) en pacientes perquirúrgicos, desde el Servicio de Farmacia junto con el servicio de Hematología se protocoliza la optimización para facilitar la prescripción de la terapia, validación farmacéutica y administración de la misma.

El objetivo del estudio fue la elaboración del protocolo para minimizar los errores de medicación asociados a la prescripción y administración de la terapia así como evaluar la eficacia de la misma. Para ello se evaluó: cifra de Hb, situación clínica del paciente y si se consigue evitar total o parcialmente la transfusión alogénica y homóloga.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la elaboración del protocolo se revisó la bibliografía disponible referente a la optimización de la Hb en pacientes perquirúrgicos en cuanto a:

- Datos analíticos necesarios para establecer la terapia y evitar errores de medicación.
- Dosis necesaria, dosis máximas, frecuencia y forma de administración de los fármacos implicados.
- Contraindicaciones y reacciones adversas de la terapia.

Se monitorizó y evaluó el protocolo a los dos meses de la implantación y se realizó un estudio observacional prospectivo de 4 meses de duración (diciembre 2015-marzo 2016) de pacientes perquirúrgicos que van a ser optimizados con hierro III carboximaltosa (Ferinject®) o hierro III dextrano (Cosmofer®).

Recursos materiales: aplicación informática Farmatools® de pacientes ambulatorios e ingresados, historias clínicas a través de la Intranet del hospital y analíticas a través de Servolab®.

Variables a medir: dosis de hierro, frecuencia de administración, fecha de optimización y de ingreso, tipo de cirugía, datos demográficos del paciente, datos analíticos: Hb pre y post cirugía, hierro, PCR, ferritina, creatinina, fósforo y realización de transfusión.

RESULTADOS: Elaboración de un protocolo que recoge: pacientes candidatos, circuito de prescripción de la optimización, terapia farmacológica en función de la analítica del paciente, dosis y tipo de hierro en función de si es paciente ingresado o ambulatorio y medidas de actuación en caso de reacción adversa. El protocolo se difundió mediante Sesión Clínica y se incluyó en Farmatools® para facilitar la prescripción electrónica.

Se incluyeron un total de 28 pacientes con indicación de optimización perquirúrgica. La Hb media previa a la cirugía fue 11.2 g/dl (8.5-13.5) y la Hb media posterior a la optimización 11.8 g/dl (8.3-14), lo que supone un incremento medio de 0.6g/dl. 3 pacientes fueron optimizados con Hb en rango pero ferropénicos. A pesar de la optimización, 3 de los 28 pacientes (10.7%) precisaron transfusión sanguínea tras la cirugía.

CONCLUSIONES: la protocolización de la optimización de la Hb en pacientes perquirúrgicos ha servido para actualizar, facilitar y estandarizar la prescripción, validación y administración de la terapia.

Por otra parte, el cumplimiento del protocolo ha demostrado mejorar la cifra de Hb en estos pacientes, los cuales llegan a la cirugía en mejor situación clínica y precisando, tan solo un 10.7%, transfusión sanguínea.

Es necesario seguir evaluando este protocolo con todos aquellos pacientes perquirúrgicos susceptibles de recibir transfusión sanguínea para demostrar a gran escala los beneficios de la optimización.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

60. REAL WORLD DATA DE TRES FÁRMACOS DE ALTO IMPACTO EN ONCOLOGÍA

AUTORES: GARCÍA LAGUNAR MH, MARTÍNEZ PENELLA M, MIRA SIRVENT MC, FERRIS VILLANUEVA E, PÉREZ PÉREZ IG, ESCONDRILLAS GÓMEZ LM.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. Mezquita - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad y el coste de tres fármacos oncológicos de alto impacto comercializados en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes que fueron tratados con pertuzumab, trastuzumab-emtansina e ipilimumab hasta diciembre de 2015 en un hospital de tercer nivel.

Se evaluaron los datos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) para los tres fármacos y los datos se compararon con los resultados obtenidos en sus respectivos ensayos pivotaes.

Se analizó el coste económico del tratamiento quimioterápico por paciente y fármaco. Se comparó el coste de los tratamientos de los pacientes donde el fármaco había respondido a las expectativas de los ensayos clínicos frente al coste de aquellos pacientes que no obtuvieron los resultados esperados.

Se creó una hoja de recogida de datos para cada fármaco que incluyó edad, sexo, fecha de inicio, fecha de última dosis, número de ciclos de quimioterapia, SLP, SG, suspensión del tratamiento y motivo de la misma (efectos adversos, progresión de la enfermedad, éxitus) y coste del tratamiento por paciente.

RESULTADOS: Se incluyeron 29 pacientes (31,03% varones con una edad media $56,86 \pm 12,83$ años), que se clasificaban según el fármaco en: 10 con pertuzumab (100% mujeres; $54,50 \pm 14,04$ años), 8 con trastuzumab-emtansina (100% mujeres; $55,75 \pm 11,89$ años) y 11 con ipilimumab (81,82% varones; $59,82 \pm 11,71$ años).

Los resultados de efectividad muestran que 14 pacientes (48,28%) igualaron o superaron la SLP y la SG de los ensayos pivotaes o siguen en tratamiento con el fármaco con buena respuesta (9 con pertuzumab, 2 con trastuzumab-emtansina y 3 con ipilimumab). Ningún paciente precisó reducción de dosis ni suspensión del fármaco antineoplásico por efectos adversos. En todos los casos, la suspensión del tratamiento se debió a la progresión de la enfermedad o el fallecimiento del paciente.

El coste total de estos tratamientos ha supuesto 1.170.638,35€, clasificado en 482.149,95€ de pertuzumab, 299.316,24€ de trastuzumab-emtansina y 389.172,16€ de ipilimumab. El coste económico de los pacientes que han respondido a las expectativas de los ensayos clínicos ha sido 793.855,43€ (67,81%) frente a 376.782,92€ (13.467,88€ de pertuzumab, 158.999,65€ de trastuzumab-emtansina y 204.751,65€ de ipilimumab) de los pacientes que no han presentado los resultados esperados.

Los pacientes que peor han respondido al tratamiento eran pacientes tratadas en líneas avanzadas en el caso de pertuzumab (fuera de ficha técnica) y trastuzumab-emtansina y pacientes con metástasis cerebrales en el caso de ipilimumab.

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con pertuzumab han respondido a las expectativas de los ensayos clínicos mejor que los pacientes con trastuzumab-emtansina e ipilimumab.

El gasto farmacéutico de los pacientes que no han obtenido los resultados esperados ha supuesto un porcentaje menor del gasto total ya que estos pacientes han recibido menos ciclos de tratamiento quimioterápico.

Es importante disponer de registros de pacientes que incluyan datos de la evolución clínica para el correcto posicionamiento farmacéutico y la optimización de los tratamientos. La evaluación de los pacientes antes de iniciar el tratamiento con un fármaco antineoplásico, especialmente aquellos de alto impacto, puede ayudar a optimizar los recursos económicos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

940. REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS EN UN MÓDULO DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS ONCOHEMATOLÓGICOS

AUTORES: PONS MARTÍNEZ L, BONETE SÁNCHEZ M, HERRAIZ ROBLES P, MARCOS RIBES B, CAMACHO ROMERA MD, AZNAR SALIENTE MT.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. ALICANTE-VALENCIA S/N. Alicante. España

OBJETIVOS: Los registros o bases de datos clínicos son herramientas de trabajo que proporcionan información útil sobre prevalencia, evolución, resultados y necesidades de una población concreta. Su creación es costosa. **OBJETIVO:** automatizar al máximo el registro de eventos adversos en la base de datos de un módulo de prescripción electrónica de tratamientos oncohematológicos y valorar su utilidad como herramienta de trabajo para la incorporación a la práctica diaria asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se configuró el programa de forma que, cuando el valor de una prueba analítica se encontrara fuera de su rango de referencia, se registrara automáticamente en el sistema el evento adverso (EA) correspondiente asociado al grado de toxicidad pertinente. También se depuraron las descripciones y grados de los EA cualitativos, que la aplicación ofrece al oncólogo en forma de desplegable. La gradación de cada EA se codificó mediante los Criterios Comunes de Terminología para los Eventos Adversos (CTCAE v4.03) del Instituto Nacional del Cáncer. Tras la configuración, se realizó un estudio descriptivo transversal de un mes de duración. El registro de EA cualitativos (descriptivos) se realizó de forma manual, mientras que el de los EA cuantitativos (aquellos asociados a una prueba analítica) se efectuó de manera automatizada. Los resultados de las toxicidades se filtraron por órganos o sistemas y por grados.

RESULTADOS: Se recogieron un total de 707 EA, 642 cuantitativos y 65 cualitativos. 70% de los cuantitativos fueron HEMATOLÓGICOS [anemia (63%); hipoalbuminemia (2%); trombopenia (28%); neutropenia (7%)], 2%

HEPÁTICOS [incremento de AST y/o ALT (80%); incremento de bilirrubina (20%)] y el 29% RENALES (todos ellos por incremento de creatinina). El 60% de los EA cuantitativos fueron de grado 1; el 30% grado 2; 9% grado 3 y 2% grado 4. Los EA descriptivos más frecuentes fueron DIGESTIVOS (23%) (diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, etc.), SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES (17%) (astenia, anorexia, pérdida de peso), VASCULARES (15%) (edemas, fragilidad capilar, etc.) y NEUROLÓGICOS (8%) (cefalea, dolor, neurotoxicidad, etc.). De éstos, el 52% fueron clasificados de grado 1; 42% grado 2 y 6% grado 3. El sistema permite realizar este análisis también por protocolo de tratamiento y por ciclo, lo que es de gran utilidad para establecer las toxicidades de los diferentes esquemas en la práctica clínica habitual.

CONCLUSIONES: Por cada EA introducido en el sistema manualmente, se han registrado casi 10 EA de forma automática. El registro de EA cuantitativos es exhaustivo, sin necesidad de intervención de oncólogos o farmacéuticos. Ésto supone un ahorro de tiempo y, por tanto, mayor eficiencia del sistema, lo que incentiva el registro de los cuantitativos para disponer de un mapa completo de EA. Este método podría ser compatible con la carga asistencial del facultativo por su rapidez y facilidad de uso. El sistema aún presenta limitaciones, pero se continuará con su configuración para lograr la máxima calidad posible dentro de los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

935. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE

AUTORES: Lamas López M, Fernández González A, Pérez Domínguez N, Macia Fuentes L, Ramos Aparicio R, Puente Martínez P.

HOSPITAL SAN AGUSTÍN. Camino de Heros, N°4. Asturias. España

OBJETIVOS:

Evaluar los resultados clínicos tras la implantación de un protocolo de uso de omalizumab (OM) para el tratamiento de asma grave que restringe los criterios de tratamiento a valores iniciales de IgE mayores de 76 UI/ml, pacientes no fumadores y en los que se produzca una mejoría clínica tras 16 semanas de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo, llevado a cabo en un hospital de 420 camas, de todos los pacientes a tratamiento con OM (marzo de 2011 hasta marzo de 2016) dividiendo a la población en dos grupos: antes y después del protocolo.

Se recogieron datos poblacionales, así como las siguientes variables clínicas para cada grupo: IgE basal y FEV1 (volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada), número de exacerbaciones (NE), ciclos de corticoides (CC) y número de hospitalizaciones (NHU). También se evaluaron los cambios del tratamiento habitual para el asma del paciente: LABA (β -agonistas de acción larga), ABAC (β -agonistas de acción corta), corticoides inhalados (CI) y orales (CO), anticolinérgicos inhalados y antileucotrienos. Estas variables se midieron un año antes y tras 16 semanas del inicio del tratamiento. Los datos se analizaron con el software SPSS®.

RESULTADOS: La población fue de 32 pacientes, el 53% fueron mujeres (n=17) y la mediana de edad de 49 años. 21 pacientes pertenecían al periodo anterior a la implantación del protocolo (grupo1) y 11 al posterior (grupo2). La dosis se ajustó correctamente según peso y nivel de IgE en todos los pacientes.

La mediana de la IgE basal en el grupo1 fue de 480UI [254-775] y de 412UI [99,50-561] en el grupo2, esta diferencia no fue estadísticamente significativa

En el grupo1 el 33,3% (n=7) eran exfumadores, el 28,6% (n=6) no fumadores, el 9,5% (n=2) fumaban y del 28,6% (n=6) se desconocía. En el grupo2 el 72,7% (n=8) eran exfumadores y el 27,3% (n=3) no fumadores.

Tras el inicio de OM la media de FEV1 del grupo1 aumentó de $62,38 \pm 19,20$ a $73 \pm 20,85$ y en el grupo 2 de $63,45 \pm 14,89$ a $68,18 \pm 13,76$, en ambos grupos de forma estadísticamente significativa.

La media del NE en el grupo1 pasó de $2,43 \pm 1,96$ a $0,19 \pm 0,512$ y en el grupo2 de $2,82 \pm 1,99$ a $0,18 \pm 0,40$ ($p < 0,05$).

El NHU en el grupo1 disminuyó de $0,52 \pm 0,87$ a $0,14 \pm 0,47$ y en el grupo2 de $0,82 \pm 1,32$ a ninguna ($p < 0,05$).

La instauración del protocolo no tuvo influencia estadística en el aumento de los valores de FEV1 y en la disminución del NE y NHU.

Tras el inicio de OM en el grupo1 disminuyó el tratamiento con ABAC, anticolinérgicos inhalados y CO en un 57,1%, 70,5% y 66,6% respectivamente y un 72,7%, 77,7% y 83,3% en el grupo2. El resto de tratamiento (LABA, CI, antileucotrienos) se mantuvo igual.

CONCLUSIONES: -El tratamiento con omalizumab ha sido eficaz en nuestros pacientes

-La restricción en los criterios de utilización de omalizumab según el protocolo no modificó los resultados clínicos en nuestra población.

-Como limitaciones del estudio: la población ha sido pequeña y sólo se consideraron 16 semanas como periodo de seguimiento tras el inicio de omalizumab.

774. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA MEDIANTE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Atienza Gil E, Gabella Bazarot E, Quintero Pichardo E.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva-Hospital de Riotinto. Avenida La Esquila S/N 21600. Huelva. España

OBJETIVOS: 1. Evaluar la proporción de ciclos iniciados que terminan en inseminación artificial (IA).

2. Determinar la tasa de éxito del programa de IA de nuestro centro expresada en porcentaje de partos conseguidos en relación al número de ciclos con inseminación y compararla con los datos del Registro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

3. Cuantificar el gasto farmacéutico por recién nacido vivo respecto al consumo total del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el periodo comprendido desde abril de 2012 (fecha de implantación del programa corporativo de dispensación a pacientes ambulatorios) hasta abril de 2015 (fecha que nos permite valorar los partos imputables a la realización de la técnica).

Población: todas las pacientes que formaban parte del programa de IA de nuestro centro.

Las variables evaluadas fueron: edad, número de ciclos iniciados, número de ciclos con inseminación, tratamiento de estimulación ovárica recibido, técnica de inseminación artificial-conyugal (IAC) o con semen de donante (IAD), tipo de esterilidad (primaria o secundaria), tipo de gestación en caso de parto (única, gemelar o múltiple) y consumo de medicamentos durante el periodo de estudio.

Fuente de datos: revisión de la historia clínica, del registro de dispensaciones a pacientes ambulatorios y del informe del Registro SEF correspondiente a 2013.

RESULTADOS: durante el periodo de estudio se incluyeron en el programa un total de 56 mujeres con una media de edad de 32,9(±3,5) años presentando en su mayoría (91%) infertilidad primaria. Se iniciaron 219 ciclos de los que 171 (78%) llegaron a inseminación. Los esquemas de estimulación utilizados se basaron en gonadotropinas de origen recombinante (Gonal®). Aquellas mujeres que fallaron a este fármaco se trataron con menotropina (Menopur®) (26,8%). En un porcentaje reducido se recurrió al tratamiento con inhibidores de gonadotropinas (Orgalutran®) (8,9%). En 12,5% de los casos se realizó IAD. Se consiguieron 12 partos, de los cuales dos fueron gemelares y el resto únicos (83,3%). Estos resultados reflejan una tasa de éxito del 5,5% para los ciclos iniciados y del 7% para ciclos con inseminación. De los datos del informe del Registro SEF podemos estimar una tasa para ciclos con inseminación del 11,4%. El gasto farmacéutico asumido por el hospital en el periodo de estudio fue de 67.480€, lo que supone 4.820€ por cada recién nacido vivo. El consumo total (pacientes ingresados y no ingresados) del hospital en el periodo de estudio fue de 4.372.338,18€.

CONCLUSIONES: 1. Una alta proporción de los ciclos que se iniciaron en nuestra población (78%) terminaron en inseminación.

2. La diferencia entre nuestra tasa de éxito para los ciclos con inseminación (7%) y la del Registro SEF (11,4%) se podría explicar por la falta de obligatoriedad de dicho registro, ya que la notificación depende de la voluntad de los centros participantes.

3. El gasto farmacéutico de 4.820€ por cada recién nacido vivo supuso un 0,11% del consumo total del hospital.

1281. RESULTADOS EN SALUD DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE TRATADOS CON TERIFLUNOMIDA

AUTORES: ALVAREZ PAYERO M, Fernandez Vega H, Álvarez Rodriguez E, Lopez-Gil Otero MDM, Gonzalez Suarez I, Piñeiro Corrales G.

Hospital Álvaro Cunqueiro. C/ Clara Campoamor 341. Pontevedra. España

OBJETIVOS: 1. Evaluar resultados en salud (calidad de vida-CV y satisfacción con el tratamiento-ST) reportados por el paciente con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) tratados con teriflunomida (TE); 2. Evaluar si el cambio de terapia inyectable (TI) a TE mejora el grado de ST.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, observacional y prospectivo, entre junio de 2015 y marzo de 2016, en un Hospital Universitario de 1100 camas. Se incluyeron aquellos pacientes con EMRR que iniciaron TE en el periodo descrito. Variables: demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, discapacidad(EDSS), tasa anualizada de brotes (TAB) el año previo al cambio y durante el tratamiento con TE, tiempo con TE(días), tratamiento previo, motivo de cambio, CV medida con el cuestionario EuroQol-5D-5L(evalúa movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con 5 niveles de gravedad; puntuación 0-100), ST con el cuestionario TSQM(evalúa eficacia, seguridad, comodidad y satisfacción global, puntuación 0-100). Los cuestionarios

fueron autocumplimentados por los pacientes previo inicio TE y a los 6 meses de tratamiento. El resto de datos se extrajeron de historia clínica electrónica. Se empleó SPSS vs.15 para el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS: un total de 21 pacientes iniciaron tratamiento con TE durante el periodo de estudio. 66,7% mujeres, con edad media de $39,9 \pm 8,0$ años, 4,9 años de evolución de enfermedad (1,4-15,9), con $2,5 \pm 1,7$ puntos de EDSS (0-6) y una TAB el año previo al cambio de $0,5 \pm 0,7$. Hasta la fecha de este análisis preliminar, 3 pacientes abandonaron TE (1 embarazo, 1 intolerancia gastrointestinal y 1 elevación de transaminasas) y 7 pacientes (33,3%) habían alcanzado los 6 meses. Los pacientes llevaban una media de 156,4 días con TE (59-265). El 95,2% procedían de otro tratamiento previamente (interferón beta 1a-subcutáneo (33,3%)/1a-intramuscular(9,5%)/1b-subcutáneo(9,5%), acetato glatirámico(23,8%), dimetilfumarato(9,5%), fingolimod(4,8%) y natalizumab(4,8%). Motivo cambio:66% ineficacia, 34% intolerancia. TAB con TE fue de $0,1 \pm 0,3$.

El estado de salud global (EQ-VAS)_basal percibido por los pacientes fue de $70,0 \pm 19,3$ puntos. Las dimensiones del sistema descriptivo del cuestionario peor valoradas (niveles de gravedad 3-4-5) fueron:ansiedad/depresión(31,3%), dolor(25,0%) y dificultad para realizar actividades cotidianas(12,5%).

El EQ-VAS reportado tras 6 meses con TE(n=7) fue de $79,3 \pm 18,8$ puntos, con diferencias estadísticamente significativas vs al basal, $p < 0,05$. Las dimensiones peor valoradas: ansiedad/depresión (66,7%), dolor (14,3%) y dificultad para realizar actividades cotidianas (14,3%).

TSQM_basal percibida: eficacia ($58,3 \pm 25,7$ puntos), efectos secundarios ($37,5 \pm 17,5$ puntos) comodidad ($43,1 \pm 23,4$ puntos) y satisfacción global ($50,0 \pm 22,2$ puntos).

TSQM_6meses percibida con TE (n=7):eficacia ($66,7 \pm 29,2$ puntos), efectos secundarios ($54,2 \pm 26,7$ puntos) comodidad ($87,3 \pm 20,5$ puntos) y satisfacción global ($67,3 \pm 23,3$ puntos). Todos los pacientes con datos de TSQM a los 6 meses procedían de TI. Las dimensiones TSQM mejoraron durante el tratamiento con TE respecto a la TI previa, $p < 0,05$.

CONCLUSIONES: Los pacientes evaluados percibían una CV antes del inicio con TE aceptable, no obstante, ésta parece mejorar ligeramente con el cambio a TE. La presencia de depresión/ansiedad y la pérdida de autonomía para realizar las actividades cotidianas son las dimensiones peor valoradas. Los pacientes parecen estar más satisfechos con TE que con las TI, justificado principalmente por una mejor tolerancia al fármaco oral y mayor comodidad en la administración.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

454. RESULTADOS EN SALUD DE LOS TRATAMIENTOS LIBRES DE INTERFERÓN EN LA HEPATITIS C CRÓNICA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: RIBA SOLÉ M, DE POURCQ - JT, FONTS SERRA N, FELIU RIBERA A, PRAT CASANOVAS A, GILABERT PERAMON A.

Gerència de Farmàcia i del Medicament. Servei Català de la Salut.. San Antoni Maria Claret, 167. Barcelona. España
Objetivos

Caracterizar los pacientes que han recibido un tratamiento libre de interferón (TLI) basado en antivirales de acción directa (AADs) para la hepatitis C crónica (HCC).

Conocer los resultados de efectividad del tratamiento en esta muestra de pacientes en términos de respuesta viral sostenida en la semana 12 post-fin de tratamiento (RVS12).

Material y métodos

Análisis retrospectivo y descriptivo de los pacientes que han iniciado un TLI basado en combinaciones de AADs para la HCC en una comunidad autónoma con una población de 7.503.772 asegurados y 64 hospitales.

El periodo de análisis va desde el 1 abril de 2015, fecha de publicación del dictamen que establece los criterios clínicos de uso de los AADs en la comunidad autónoma, hasta el 31 de marzo de 2016.

Se extrajeron los datos del registro informático de pacientes y tratamientos (RPT) del servicio de salud autonómico donde los hospitales registran los datos de sus pacientes periódicamente.

Los tratamientos analizados eran combinaciones de los siguientes AADs: daclatasvir, dasabuvir, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, simeprevir, sofosbuvir y sofosbuvir/ledipasvir. Las pautas podían incluir ribavirina.

Del RPT se obtuvieron datos de las características demográficas de los pacientes, de la enfermedad, tratamientos utilizados y su efectividad.

La variable de efectividad considerada fue el porcentaje de RVS12.

Se utilizaron datos retrospectivos sin identificar de bases de datos administrativas, por tanto, se consideró que no era necesario obtener un consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS: Se registraron 6.494 nuevos tratamientos en el período analizado, de los cuales 6.375 eran TLI. De estos últimos, se dispone de la RVS12 o el motivo de discontinuación en 1.801 casos. El resto, eran tratamientos

todavía activos, no habían llegado a la semana 12 post-fin de tratamiento o los datos del registro eran incompletos o incorrectos.

De los 6.375 casos de TLI, un 60,8% eran hombres. La mediana de edad era de 56 años (18-94 años). Un 49,5% presentaban un grado de fibrosis hepática F4 (cirrosis), un 44% F2-3 y un 6,5% F0-1. Un 2,7% eran trasplantados hepáticos. Un 74,3% de pacientes eran monoinfectados, un 18,8% presentaban coinfección por el VIH y del resto no se disponía de esta información. El genotipo 1b del virus de la hepatitis C era el más prevalente (51,9%), seguido del 1a (21,3%), 3 (11,4%), 4 (11,2%), 2 (2,6%) y otros (1,6%). Un 61,9% eran pacientes naive, un 36,5% habían sido tratados previamente con interferón y un 6,2% con AADs (incluyendo boceprevir y telaprevir).

De los casos en que se dispone de datos de RVS12 o motivo de discontinuación del tratamiento, se obtuvo una RVS12 del 90,7% y al 1,7% se les retiró el tratamiento por un motivo de seguridad.

Conclusiones

Aproximadamente la mitad de los pacientes analizados presentaban cirrosis, la mayoría no habían recibido tratamiento previo y presentaban genotipo 1.

El porcentaje de RVS12 obtenido fue elevado.

El registro de datos de pacientes tratados con los nuevos AADs permite obtener resultados de estos fármacos en la práctica clínica habitual. Es necesario continuar este registro para confirmar la efectividad y seguridad de los AADs.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

427. RESULTADOS EN SALUD TRAS CAMBIO DE PROTOCOLO DE INMUNOSUPRESION CON BASILIXIMAB EN TRASPLANTE HEPATICO

AUTORES: PLASENCIA GARCIA I, TEVAR ALFONSO E, DE LEON GIL A, GOMEZ MELINI E, MARTIN CONDE JA, MERINO ALONSO J.

HOSPITAL NTRA. SRA. CANDELARIA. Ctra. del Rosario, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar si el cambio de protocolo inmunosupresor en Trasplante Hepático (TH) basado en la administración universal de Basiliximab se traduce en resultados en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que compara dos períodos según protocolo utilizado:

Protocolo 1(2013):administración de basiliximab solo a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo (Insuficiencia renal (IR) pre-trasplante; IR post-trasplante inmediato; ascitis refractaria). La dosis a administrar es de una perfusión de 20 mg (días 0) y una segunda el día +4 post-trasplante si se mantiene el deterioro renal u otros factores de riesgo.

Protocolo 2(2014):administración de 20 mg de basiliximab a todos los pacientes trasplantados (día 0) y una segunda dosis de 20 mg (día +4) solo a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo.

Se dispone de un registro de los pacientes trasplantados donde se recoge edad, sexo, diagnóstico, presencia de insuficiencia renal, ascitis y diabetes previa al trasplante, estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UVI) y estancia global, aclaramiento de creatinina según fórmula MDRD4 al alta de UVI y al alta del episodio. El cambio de protocolo fue solicitado por Digestivo basándose en la publicación de estudios observacionales y aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica al amparo del RD 1015/2009 de Medicamentos en situaciones especiales, puesto que no tiene autorizada la indicación en TH.

RESULTADOS: El número de pacientes trasplantados con protocolo 1 fue de 34 pacientes y con protocolo 2, 37 pacientes (4 fueron Exitus). No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a la edad, sexo, diagnóstico, función renal previa al trasplante, grado de ascitis y diabetes previa.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la evolución de la función renal al alta de UVI ($p=0,101$) y al alta hospitalaria ($p=0,980$). En cuanto a la estancia en UVI y la estancia global del episodio tampoco se encontraron diferencias significativas ($p=0,681$ y $p=0,636$ respectivamente) y de la misma manera tampoco se encontraron diferencias en la aparición de diabetes postrasplante ($p=0,255$). A pesar de que con el protocolo 2 fallecieron 4 pacientes (10,8%) no se encontraron diferencias significativas ($p=0,075$).

Se produjo un incremento de consumo en viales de Basiliximab de 27 a 52 (0,79/paciente versus 1,57). El número de días medio que transcurrieron para iniciar tacrólimus fue de 3 días en el primer período y de 4,6 en el segundo.

CONCLUSIONES: El incremento de consumo de Basiliximab no se ha traducido en los resultados en salud esperados, al no disminuir la estancia en UVI ni la estancia global del episodio, como tampoco en lo referente a la función renal ni al desarrollo de diabetes post-trasplante.

A la vista de los resultados obtenidos y de las últimas recomendaciones publicadas al respecto por parte de la V Reunión Consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático publicado a finales del 2015 y de la Guía Europea de trasplante hepático publicada a principios de 2016 se va a proponer al Servicio de Digestivo restringir el uso de Basiliximab sólo a pacientes de riesgo, lo que permitiría ahorrar unos 900€/paciente.

288. RIESGO DE DESCOMPENSACIÓN ASOCIADA AL USO DE INHIBIDORES DE LA DPP-4 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

AUTORES: ALCALA SOTO A, SIERRA SANCHEZ JF, GAZQUEZ PEREZ R, JIMENEZ PICHARDO L, MORA HERRERA C, GAVIRA MORENO R.

HOSPITAL DE JEREZ. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE CADIZ. CTRA. CIRCUNVALACION S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: analizar el efecto del uso de inhibidores de la DPP-4 (iDPP-4) sobre la incidencia de descompensación en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Metodología: estudio observacional retrospectivo de cohortes, que incluyó pacientes que cumplieron los criterios de selección entre enero y diciembre de 2015. Con el objetivo de analizar la diferencia en la incidencia de descompensaciones relacionadas con la insuficiencia cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca tratados o no con iDPP4 se compararon los resultados en dos cohortes: cohorte A: pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva sin tratamiento con iDPP4; cohorte B: pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en tratamiento con iDPP4. Entre los dos grupos se analizó la diferencia en la incidencia de ingresos en el servicio de urgencias por descompensación de la insuficiencia cardíaca, determinándose el riesgo relativo (RR), y el número medio de ingresos en ambas cohortes.

RESULTADOS: en el periodo de estudio se identificaron un total de 220 pacientes con diabetes e insuficiencia cardíaca. El 45% de los pacientes (N=100) estaban en tratamiento con iDPP-4 (cohorte B), mientras que el 55% (N=120) recibieron otros antidiabéticos (cohorte A). El total de pacientes con al menos un ingreso en el servicio de urgencias por descompensación de la insuficiencia cardíaca fue 87, siendo 42 en la cohorte A (35%) y 45 en la cohorte B (45%). El RR de padecer una descompensación de insuficiencia cardíaca con consecuencia de ingreso en el servicio de urgencias fue de 1,59 (IC95% 0,93 a 1,78; $p > 0,05$). La media de ingresos en la cohorte A fue de 0,56 (DE: 1,09) frente a 2,23 (DE: 3,46) en la cohorte B, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa de 1,67 (IC95% 0,96 a 2,38; $p < 0,0001$) ingresos.

CONCLUSIONES: en pacientes con insuficiencia cardíaca, el uso de iDPP-4 podría asociarse a un riesgo mayor de presentar un episodio de descompensación, aunque este riesgo no pudo confirmarse estadísticamente. Sin embargo, el número de ingresos se vió multiplicado por cuatro en aquellos pacientes con tratamiento con iDPP-4, lo que además de significación estadística, posee relevancia clínica. En pacientes diabéticos con insuficiencia cardíaca, el uso de iDPP-4 está contraindicado según su ficha técnica, y según los resultados encontrados, debería evitarse siempre que existan otras alternativas más seguras.

655. RITUXIMAB: EVALUACIÓN DE SU USO FUERA DE INDICACIÓN Y GRADO DE EVIDENCIA

AUTORES: TERUEL MUÑOZ C, BONA LÓPEZ C, Ramos Díaz F, Herránz Muñoz C, Sánchez Navarro I, Ginés Palomares A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. Carretera de Alcalá Meco S/N. Madrid. España

OBJETIVO: En los últimos años ha aumentado el número de fármacos nuevos y con ello las solicitudes de usos fuera de indicación, justificadas en muchas ocasiones por el mal pronóstico del paciente y la falta de alternativas terapéuticas. Rituximab es uno de los fármacos utilizados en patologías para las que no tiene indicación en ficha técnica.

El objetivo del estudio es analizar la utilización de Rituximab en indicaciones no aprobadas así como el grado de evidencia disponible para justificar su uso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo que incluyó a todos los pacientes tratados con Rituximab para indicaciones no aprobadas en un hospital universitario durante 14 años (2001-2015). Se recogieron datos de edad, sexo, número de ciclos recibidos y servicio médico a cargo del paciente.

Los datos se obtuvieron de la aplicación informática de Pacientes Ambulantes de Farmatools® y una base de datos propia del Servicio de Farmacia donde se registran pacientes tratados con medicamentos en situaciones especiales.

El uso de Rituximab se clasificó por su grado de evidencia (A, B, C o D) disponible utilizando la clasificación del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN),

RESULTADOS: El número de pacientes tratados con Rituximab entre los años 2001-2015 fue de 588. De estos, 80 (13,6%) para indicaciones no autorizadas en el momento de la solicitud. El 61,25% (49) fueron mujeres. La mediana de edad fue de 63 años (22-88) y la media de ciclos recibidos fue de 4,38 por paciente. Los Servicios con mayor número de prescripciones fueron Hematología (47%) y Enfermedades del Sistema Inmune (26%), seguido de Nefrología (13%), Dermatología (10%), Neurología (3%) y Medicina Interna (1%).

De las 80 solicitudes, 22 (27,5%) correspondían a un grado de evidencia A, teniendo en cuenta que son indicaciones actualmente autorizadas, 33 (41,25%) a grado C y 25 (31,25%) grado D basado en la clasificación del SIGN.

Las patologías donde se utilizó con mayor frecuencia Rituximab en indicaciones no autorizadas (grado de evidencia C) fueron Anemia Hemolítica Autoinmune en 9 (11,25%) pacientes, Lupus Eritematoso Sistémico en 14 (17,5%) y Púrpura Trombopénica Idiopática en 10 (12,5%). De los 25 (31,25%) pacientes tratados con Rituximab con grado de evidencia D, las patologías más comunes fueron Linfoma Hodgkin 4 (5%) pacientes, Pénfigo Vulgar 3 (3,75%), Linfoma de células B cutáneo 6 (7,5%) y Tricoleucemia 2 (2,5%). Otras patologías para las que se solicitó Rituximab sin indicación fueron Polineuropatía, Encefalitis Autoinmune, Síndrome Antifosfolípido, Síndrome Nefrótico, Esclerosis Difusa, Síndrome de Evans o el Síndrome Antisintetasa.

CONCLUSIONES: Tras el análisis de resultados, comprobamos que el grado de evidencia en muchas ocasiones es limitado. En estos casos, debe primar la seguridad del fármaco. Parece evidente, que el registro de resultados en salud es una herramienta útil para generar evidencia sobre el uso del medicamento, y poder utilizarlo con mayores garantías de seguridad y eficacia para los pacientes. Por ello, desde el Servicio de Farmacia se están impulsando herramientas para el registro de resultados en colaboración con los médicos responsables y así mejorar la información disponible.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

173. SWITCHING ENTRE INFLIXIMAB BIOSIMILAR Y SU PRODUCTO DE REFERENCIA: ANÁLISIS DE PRIMEROS CASOS

AUTORES: GARCÍA FERNÁNDEZ C, VALLE CORPAS M, GÓMEZ PEÑA C, MORÓN ROMERO R, GONZÁLEZ MEDINA MDC, CASAS HIDALGO I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. Av Doctor Oloriz, 16. Granada. España

OBJETIVO: Analizar experiencias preliminares de la evolución de los pacientes a los que se les ha realizado switching (cambio de fármaco biológico por otro) durante su tratamiento con infliximab.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en los servicios médicos de digestivo, reumatología y dermatología. Desde febrero de 2015 hasta abril de 2016 se obtuvieron los datos de los pacientes del programa Farmatools, módulo de Pacientes Ambulantes. Se escogieron los pacientes en tratamiento con infliximab biosimilar y a los que se les realizó switching. Posteriormente se revisaron todas las historias clínicas recogiendo el servicio, indicación, brotes de la enfermedad y eventos producidos durante el tratamiento con el fármaco en estudio.

RESULTADOS: Se registraron 19 pacientes durante el periodo estudio, de los cuales 8 pertenecían al servicio de digestivo, 5 a reumatología y 6 a dermatología. Las indicaciones para las que fue prescrito el fármaco fueron: 6 con Enfermedad de Crohn, 1 con Colitis Ulcerosa, 1 con úlcera solitaria de recto, 6 de Psoriasis, 4 con Artritis Reumatoide y 1 con Espondilitis Anquilosante. La media de infusiones previas del fármaco original fue de 28 (rango 3 - 68) y 2,36 (rango 1 - 4) para el grupo del fármaco biosimilar. De los 19 pacientes a los que se les realizó el switching no se encontró ningún resultado negativo en referencia a la efectividad y en cuanto a seguridad, no se observó ningún evento relacionado con el tratamiento, que fuese destacable por el médico prescriptor.

CONCLUSIONES: Una vez comercializados los fármacos biosimilares es necesario realizar tareas de farmacovigilancia para poder demostrar en la práctica clínica habitual, es decir en la población general, lo que se demuestra en los ensayos clínicos comparativos. En nuestro estudio podemos concluir que no se ha producido ningún brote de la enfermedad en los pacientes una vez realizado el switching y tampoco ningún evento adverso que pueda ser relacionado con el cambio de fármaco al que se le ha sometido al paciente. Bien es cierto que el número de infusiones del fármaco original es considerablemente más alto que en el caso del fármaco biosimilar, eso es debido a que la inclusión del fármaco en el mercado ha sido hace relativamente poco tiempo. Debemos seguir analizando este tipo de prácticas para, en un futuro, poder confirmar que los fármacos biosimilares son de eficacia y seguridad similar al fármaco de referencia en la práctica clínica diaria.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

691. TOLERABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE PEMETREXED EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN EL ENTORNO ASISTENCIAL.

AUTORES: Company Albir MJ, García Robles A, Pérez Huertas P, Borrell Garcia C, Gómez Codina J, Poveda Andrés JL. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Avenida de Fernando Abril Martorell, número 106. Valencia. España

OBJETIVO: Describir el uso de pemetrexed en la práctica clínica en pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) no escamoso, analizando la efectividad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito: Hospital general terciario de 1000 camas. Diseño: estudio observacional y retrospectivo. Periodo: enero de 2011 a diciembre de 2014. Población: pacientes adultos con CPNM tratados con pemetrexed. Variables clínicas y demográficas: edad fecha de diagnóstico y defunción, sexo, tabaquismo, estadio

y estadio funcional al inicio según Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), histología, presencia de mutación EGFR, cirugía y/o radioterapia concomitante, línea de tratamiento y quimioterapia previa. Las variables para valorar la efectividad fueron: supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y las de tolerabilidad: tasa de reacciones adversas (RA) clasificadas según CTCAE v4.03. Como fuentes de datos se utilizaron la historia clínica electrónica (OrionClinic®) y el aplicativo Farmis-Oncofarm®. Los datos se analizaron con SPSS v22.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 90 pacientes, con una edad media de 60,7 años (IC95%:58,3-63,0), 70% hombres y el 77,8% fumadores/exfumadores. La histología mayoritaria fue adenocarcinoma (97,8%), el 75,6% de los pacientes se encontraban en estadio IV y el 62% presentaba un ECOG de 1 al inicio del tratamiento. El 17,8% había sido intervenido (lobectomía) y 15,6% recibió radioterapia concomitante. Un total de 27 pacientes recibió una o más líneas de tratamiento previas. Pemetrexed se ha empleado asociado a platino (80%), en monoterapia (15,6%) y asociado a platino-bevacizumab (4,4%).

El 68,9% de los pacientes recibió pemetrexed como primera línea (41,9% seguido de mantenimiento) con una mediana de SG y SLP de 12,6 meses (IC95%:6,6-18,54) y 7,3 meses (IC95%:5,9-8,6), respectivamente.

El 20% recibió pemetrexed como segunda línea (11,1% seguido de mantenimiento) con una mediana de SG y SLP de 7 meses (IC95%:5,2-8,8) y 4,17 meses (IC95%:0,0-9,19), respectivamente.

Un total de 60 pacientes (66,7%) presentaron RA y se recogieron un total de 157 efectos adversos, el 40,1% grado 3-4. Las más frecuentes fueron: neutropenia, anemia y trombocitopenia. Se observó un mayor porcentaje de RA, de cualquier grado, en pacientes que recibían otro fármaco asociado (80,25%vs 19,75%; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Pemetrexed se ha empleado principalmente en primera línea de tratamiento asociado a un platino, mostrando una efectividad similar a la obtenida en los ensayos clínicos, aunque con un perfil de seguridad menos favorable. Los resultados obtenidos en segunda línea de tratamiento también se aproximan a los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

1214. TOLVAPTAN: MANEJO DE LA HIPONATREMIA REFRACTARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

AUTORES: ZARRA FERRO I, HERMIDA CAO AM, MARTOS ROSA A, SUAREZ ARTIME P, VEIGA GUTIERREZ R, LAMAS DIAZ MJ.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHOUFANA S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir los resultados de la implantación del protocolo de manejo de la hiponatremia moderada con tolvaptán en pacientes con Insuficiencia Cardíaca(IC) descompensada y que han fracasado a otras estrategias terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada e hiponatremia moderada (niveles sérico de sodio ≤ 130 mEq/L) a pesar de la terapia estándar. Se recogieron las siguientes variables: características demográficas, tratamiento previo con diuréticos y tras la administración de tolvaptán, dosis de tolvaptán administrada, valor analítico de sodio, potasio y creatinina al inicio de tratamiento, a las +24h, a las +48 horas y al alta hospitalaria, la duración del tratamiento con tolvaptán y las reacciones adversas al mismo. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%) y las cuantitativas con la media $\pm$ desviación estándar (DS).

RESULTADOS: Se incluyeron ocho pacientes (75% mujeres y 25 % hombres) de edad media $89,1 \pm 7,9$ años, todos ellos tratados previamente con diuréticos (12,5% tiazidas, 25% ahorradores de potasio y 62,5% de diuréticos de asa). Después de un período de restricción de líquidos de al menos 24 horas y otras medidas de control de la natriemia (ajuste minucioso de la terapia diurética y/o la infusión de solución salina hipertónica en los casos seleccionados), se inició tratamiento con Tolvaptán a una dosis de 7,5 mg/día en el 25% de los pacientes y 15 mg/día en el 75% de los pacientes. Una vez iniciado el tratamiento con Tolvaptán, un 100% de los pacientes estaban a tratamiento con un diurético de asa. Los valores iniciales de sodio fueron 121 ± 4 mEq/l, 125 ± 3 mEq/L a las 24 horas, 131 ± 3 mEq/l a 48h y de $132,7 \pm 2$ mEq/l al alta. En cuanto a los niveles de potasio, al inicio fueron $4,7 \pm 0,5$ mEq/l, $4,2 \pm 1$ mEq/l a las 24 horas y $4,1 \pm 0,9$ mEq/l a las 48 h. La creatinina sérica inicial y a las 48h fueron $1,06 \pm 0,9$ mg / dl y $1,06 \pm 0,7$ mg / dl, respectivamente. No se dispone de valores de potasio y creatinina al alta. La duración media del tratamiento fue de 12 días. Una vez normalizados los valores de sodio (≥ 130 mEq/l), el tratamiento con tolvaptán se mantuvo en 4 pacientes de forma crónica para mantener los niveles de sodio en rango.

No se registraron reacciones adversas con el tratamiento de tolvaptán en ninguno de los pacientes.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el tolvaptán es efectivo para el tratamiento de la hiponatremia dilucional en el seno de la IC y presenta buena tolerancia. Se encontró una mejoría del sodio plasmático en todos los pacientes estudiados, con un mantenimiento en la concentración sérica de creatinina y una tendencia a la disminución de potasio sérico. Tolvaptán podría llegar a ser el tratamiento de elección en este tipo de pacientes que presentan un difícil manejo y ajuste con la terapia diurética estándar.

906. TRANSICIÓN A INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA EN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO: RESULTADOS EN SALUD E IMPACTO ECONÓMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: GOMEZ DE SEGURA IRIARTE L, JALÓN URBINA M, PLANO SÁNCHEZ AI, CARRILES FERNÁNDEZ C, RODRÍGUEZ FERRERAS A, ZAPICO GARCÍA I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Calle Celestino Villamil, s/n. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad de los tratamientos antipsicóticos inyectables de acción prolongada (AIAP), medida como la reducción de las tasas de ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría (UHP). Evaluar el impacto económico del inicio del tratamiento intramuscular, considerando el coste de la estancia hospitalaria y de los medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes ingresados en la UHP que iniciaron tratamiento con AIAP entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2015. A partir de la historia clínica electrónica (Cerner-Millennium®) se recogió información relacionada con el paciente, su enfermedad, tratamiento oral previo y tratamiento inyectable instaurado, así como el número de ingresos y duración de la estancia en la UHP en los 6 meses previos y posteriores al inicio del tratamiento intramuscular. El cálculo de los costes asociados a la estancia hospitalaria se basó en la información obtenida del Registro de Altas de los Hospitales Generales del SNS para el año 2013. Los costes de los medicamentos se consultaron en el programa de gestión SAP®. Los datos se registraron y procesaron en una hoja de cálculo de Microsoft-Excel®.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, 21 pacientes iniciaron tratamiento con AIAP, pero 2 de ellos fueron excluidos por tratarse de primeros episodios. La mediana de edad fue de 44,6 años (20,0-77,0) y el 63,2% (n=12) fueron hombres. El diagnóstico mayoritario fue esquizofrenia paranoide (36,8%), seguido de trastorno bipolar (26,3%), trastorno de ideas delirantes (21,1%), trastorno orgánico con síntomas psicóticos (10,5%) y trastorno esquizofrénico (5,3%). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 8 años (1-37). El tratamiento AIAP elegido en el 42,1% de los casos fue risperidona, paliperidona en el 36,8% y zuclopentixol en el 21,1%. En el 57,9% de los casos, el AIAP se asoció a tratamiento antipsicótico oral. La mediana del coste mensual del tratamiento previo fue de 10,78€ (3,19-170,24) y del coste mensual del tratamiento AIAP fue de 250,98€ (2,25-417,08). Durante el periodo pre-AIAP se registraron 5 ingresos, correspondientes a 4 pacientes, con una estancia media de 22 días (110 días de ingreso en total). En el periodo post-AIAP, 2 pacientes fueron ingresados con una estancia media de 22 días (44 días en total). Se detectó, por tanto, una reducción de 66 días de ingreso, con lo que el coste total evitado por ingreso hospitalario fue de 22.549,16€.

CONCLUSIONES: Las formulaciones inyectables de acción prolongada suponen una alternativa terapéutica a los tradicionales tratamientos por vía oral, garantizando una adecuada adherencia que se traduciría en beneficios clínicos. El mayor coste de adquisición de las mismas se ve compensado por una disminución del número de ingresos y, en consecuencia, del gasto hospitalario considerado globalmente. Por tanto, la transición desde el tratamiento oral a la forma parenteral parece resultar positiva en términos de coste-efectividad. Los resultados del estudio deben ser interpretados con precaución debido a las limitaciones metodológicas del mismo (diseño retrospectivo, reducido tamaño muestral).

1229. TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: MAJUELOS AICART L, PADRON GARCIA MDLA, LAGUNA MARMOL L, PIÑERO GONZALEZ MM, VARELA GONZALEZ M, MORALES LEON MV.

HOSPITAL DR. NEGRIN. Barranco de la Ballena, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Describir la experiencia en el tratamiento de la Esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con dimetilfumarato (DMF) analizando para ello las condiciones en su utilización, perfil de seguridad y adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, de un año de duración (marzo 2015-marzo 2016) de todos los pacientes diagnosticados de EMRR tratados en nuestro hospital con DMF. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, puntuación en la escala EDSS (Expanded disability status scale), tratamiento previo, efectos adversos(EA), necesidad de desescalado de dosis y adherencia. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica (Drago®), programa de dispensación ambulatoria (Silicon®) y registro de seguimiento en la atención farmacéutica en hoja de cálculo OpenOffice Calc. Los datos fueron analizados con el programa estadístico STATA14.

RESULTADOS: Los pacientes tratados fueron un total de 51: 37 mujeres (72,55%) y 14 hombres (27,45%), con una media de edad de 43,88 años (DE: 8,54). De ellos, 38 (74, 51%) habían sido tratados previamente: 14 (36,84%) con

acetato de glatirámico, 20 (52,63%) con interferón β -1a y 4 (10,53%) con interferón β -1b. La mediana de puntuación EDSS al inicio de tratamiento fue de 2 (0-6). Del total de pacientes, 29 (56,83%) manifestaron haber sufrido EA relevantes: 17 (58,62%) de tipo gastrointestinal (GI), 9 (31,03%) rubefacción y 3 (10,34%) ambos. Estos EA fueron los causantes de que a 7 pacientes (13,73%) se le suspendiera el tratamiento, 4 (7,84%) escalaran más lentamente de lo indicado en protocolo aunque finalmente alcanzaran la dosis de mantenimiento (DM) y 7 (13,73%) tuviesen que desescalar, 2 de ellos (3,92%) abandonando finalmente el tratamiento. La incidencia de EA fue mayor en el grupo de pacientes tratados previamente (60% n=23) frente a 46% (n=6) en los no tratados. En cuanto a la adherencia, 4 (7,84%) mostraron algún tipo de error en la toma de medicación, de ellos, 3 (5,88%) continuaron posteriormente alcanzando la DM y en 1 (1,96%) fue suspendido el tratamiento. Al cierre del estudio un paciente (1,96%) había dejado de estar en seguimiento por nuestro servicio debido al traslado de comunidad, si bien no había mostrado problemas ni en tolerancia ni en adherencia.

CONCLUSIONES: DMF representa una alternativa en el tratamiento de la EMRR tanto por su forma de administración como por su mecanismo de acción y perfil de seguridad, diferentes todos ellos a otros tratamientos de primera línea actualmente disponibles. Los EA mas comunes (GI y rubefacción) aparecen con elevada frecuencia, sobretodo al inicio del tratamiento, obligando en determinados casos a modificar el escalado de dosis, reducir temporalmente la misma o incluso suspender el tratamiento. La incidencia obtenida en nuestro estudio fue similar a la publicada en los principales estudios controlados frente a placebo, si bien en nuestro caso el porcentaje de abandono por EA de tipo GI fue mayor (9,8% frente a 4%). Los pacientes tratados en nuestro hospital mostraron una elevada adherencia (92,16%), probablemente debida, entre otros factores, al estrecho seguimiento llevado a cabo por Farmacia, mediante citación a pacientes para la recogida de medicación, elaboración de folletos informativos y entrevistas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

101. TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN LA PRACTICA CLÍNICA Y RESULTADOS EN SALUD: ¿VAMOS POR BUEN CAMINO?

AUTORES: Ribed Sánchez A, de Lorenzo Pinto A, Lallana Sainz E, Revuelta Herrero JL, Duran Garcia ME, Sanjurjo Sáez M.

HOSPITAL GRAL. UNIV. GREGORIO MARAÑÓN. Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVO: La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) sigue siendo un problema significativo en los pacientes quirúrgicos y un indicador de la calidad asistencial de los hospitales. Sin embargo, su profilaxis no siempre está adecuadamente implementada. El objetivo de este estudio es analizar la trombopprofilaxis postquirúrgica en la práctica clínica diaria, la adherencia al protocolo del hospital al ingreso y alta y los resultados en salud tras 60 días desde el alta.

MATERIAL Y MÉTODOS: En 2013 se elaboró mediante la colaboración de farmacéuticos, hematólogos y cirujanos un protocolo de profilaxis de la ETE en el paciente quirúrgico. Para el análisis de su implantación, se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo que incluyó dos cohortes de pacientes: uno sometido a cirugía de miembros inferiores (mayo-junio 2015) y otro a cirugía abdominal (noviembre 2015). Se recogieron las siguientes variables: demográficas, tipo de operación, riesgo de ETE, riesgo de sangrado, profilaxis mecánica, profilaxis farmacológica (hora de administración, dosis, duración), adecuación a las recomendaciones del protocolo durante el ingreso y al alta y resultados en salud tras 60 días (ETE, reingresos y visitas a urgencias).

RESULTADOS: Se reclutaron 114 pacientes: 56,1% mujeres, media de edad de 67,2 (DE: 19,1) años, 25 pacientes fueron operados de rodilla, 31 de cadera, 21 de fémur, 27 de cirugía colorectal y 10 de cirugía gástrica. La mayoría 89,5%(102) tenía un alto riesgo trombótico y 2 un alto riesgo hemorrágico.

En un total de 96 pacientes (84,2%), el tipo de trombopprofilaxis prescrita durante el ingreso era el adecuado según su riesgo trombótico y en 108 (94,8%) pacientes, el método de profilaxis también fue el adecuado al alta. Sin embargo, se detectaron desviaciones al protocolo en 66 pacientes (57,9%). Los motivos fueron: duración de la profilaxis no registrada en el informe de alta (37 pacientes), error en la hora de inicio post-cirugía de la profilaxis farmacológica (18 pacientes), omisión de profilaxis mecánica (15 pacientes), error de dosis (9 pacientes), omisión de profilaxis al alta (5 pacientes) y omisión de profilaxis farmacológica (3 pacientes).

Un 27,2% de los pacientes acudieron a urgencias y un 12,3% reingresaron en el hospital antes de los 60 días tras el alta pero, en ninguno de los casos, el motivo estuvo relacionado con un evento trombótico o hemorrágico.

CONCLUSIÓN: La trombopprofilaxis realizada en la práctica clínica diaria es adecuada en la mayoría de los pacientes quirúrgicos y no se observaron complicaciones trombóticas o hemorrágicas tras 60 días post-cirugía. Sin embargo, aún existen puntos de mejora en la calidad de la misma como son el inicio adecuado de la profilaxis farmacológica tras la cirugía y la información acerca de la duración de la profilaxis en los informes de alta.

924. USO DE AFLIBERCEPT EN PACIENTES REFRACTARIOS A OTROS ANTIANGIOGÉNICOS

AUTORES: Pampín Sánchez R, Labeaga Beramendi Y, Pena Villanueva P, León Barbosa A, Carbajales Álvarez M, Ayastuy Ruiz A.

Hospital de Cabueñes. Calle Los Prados, 395, 33394. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la administración intravítrea de Aflibercept en pacientes refractarios al tratamiento con otros antiangiogénicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de once meses de duración (05/15 a 04/16) donde se incluyeron los pacientes que recibieron como mínimo tres administraciones mensuales de Aflibercept, por refractariedad a tratamientos antiangiogénicos previos (Ranibizumab y Bevacizumab). El uso de Aflibercept fue autorizado por Dirección Médica en este tipo de pacientes. La recogida de datos se realizó mediante los aplicativos informáticos Oncofarm®, Selene® (revisión historia clínica electrónica) y el tomógrafo retiniano de coherencia óptica (OCT). Se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, número administraciones de antiangiogénicos previos, Mejor Agudeza Visual Corregida (MAVC, mediante sistema ETDRS), grosor retiniano (mediante OCT medido en micras) y Líquido Subretiniano (LSR). Los cambios en las variables de eficacia se midieron al inicio como al final de la tercera dosis: cambio en la MAVC, cambio de grosor retiniano, presencia de LSR. Se consideró que el tratamiento fue eficaz ante los siguientes criterios: pérdida < 15 letras en la MAVC (resultados visuales) y reducción > 10% en el grosor retiniano, así como, la disminución visual del LSR (resultados anatómicos).

RESULTADOS: Se evaluaron 19 ojos, correspondientes a 14 pacientes (12 mujeres y 2 hombres), con una edad media de 72,7 años (37-91). 17 ojos (89,5%) fueron diagnosticados de Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) húmeda mientras que 2 ojos (10,5%) fueron de Edema Macular Diabético (EMD). 11 ojos (8 pacientes) eran refractarios a Ranibizumab habiendo recibido una media de 5,45 inyecciones, mientras que 8 ojos (6 pacientes) lo eran a Ranibizumab y Bevacizumab habiendo recibido 5,5 y 3,6 inyecciones respectivamente. En cuanto a la evolución de la MAVC, 18 ojos (13 pacientes) conservaron la agudeza visual (AV) (pérdida de < 15 letras) a los tres meses de tratamiento. De los 18 ojos que conservaban AV, 5 ojos ganaron AV (>5 letras). En 11 ojos, la media del espesor macular en la OCT se redujo de 367,2 a 262,2 micras disminuyendo un 12,75 %. Se observó una correlación entre la disminución del LSR y la reducción de espesor macular.

CONCLUSIONES: A pesar del bajo número de pacientes del estudio, Aflibercept puede ser una alternativa en pacientes refractarios a otros fármacos antiangiogénicos. Se requieren estudios más amplios para evaluar la eficacia a largo plazo.

631. USO DE OXICODONA INTRAVENOSA A ALTAS DOSIS EN EL CONTROL DEL DOLOR.

AUTORES: ESPADAS HERVÁS N, Molina Mendoza MD, Pintor Recuenco R, Gómez de Salazar López de Silanes ME, Bermejo Vicedo T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Carretera de Colmerar Viejo, km. 9,100. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar el uso de oxicodona intravenosa (IV) a altas dosis para el control del dolor en pacientes ingresados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Los datos se obtuvieron de los programas Hospiwin® e Informes de Historia Clínica.

Se seleccionaron los pacientes con oxicodona IV a dosis iguales o superiores a 40mg en algún ingreso, desde enero de 2015 hasta febrero de 2016. Se revisaron las prescripciones de oxicodona de los ingresos de dichos pacientes.

Se recogieron las variables de edad, sexo, diagnóstico, existencia de metástasis y localización, número de días con oxicodona a altas dosis, dosis máxima requerida de oxicodona, necesidad de rescates con opioides, existencia de fármacos coadyuvantes para el dolor, si existió rotación de opioides y si finalmente hubo control del dolor.

RESULTADOS: Todos los pacientes (27) eran onco-hematológicos, de los cuales el 55,5% (15) eran hombres.

La media de edad fue de 59 años. Los diagnósticos mayoritarios fueron cáncer de colon y pulmón cada uno con un 18,5% (5) del total de pacientes. Otros diagnósticos fueron: estómago 11% (3); mama, cuello, páncreas, útero, próstata y sarcoma, todos ellos un 7,4% (2) respectivamente; y linfoma y riñón un 3,7 % (1) cada uno.

El 88,9 % de los pacientes presentaba una o más metástasis cuyas principales localizaciones fueron hueso en un 44,4 % (12) de los pacientes y pulmón e hígado, un 37% (5) respectivamente.

La media de días de duración del tratamiento con oxicodona IV a altas dosis fue de 7,5 días (máximo 21 días y mínimo 1). La media de la dosis máxima alcanzada fue de 123,7mg de oxicodona, con un máximo de 350mg y un mínimo de 40mg.

Un 66,7 % (18) de los pacientes tenía prescritos uno o más fármacos coadyuvantes para el tratamiento del dolor de un nivel inferior a opioides en la escala analgésica de la OMS, pregabalina en el 55,5% (10) y dextetoprofeno en el 38,8 % (7).

En el 48% (13) de los pacientes hubo rotación de opioides de los cuales un 61,5% (8) pasaron de otro opioide previo a oxicodona y un 53,8% (7) cambiaron de oxicodona a otro opioide. Un 22% (6) de los pacientes controlaron el dolor con oxicodona IV a altas dosis. El 52% (14) de los pacientes fallecieron, de ellos un 57% (8) fallecieron sin control del dolor.

Tres pacientes presentaron síntomas de intoxicación por opiáceos, pero no suspendieron tratamiento.

CONCLUSIONES: La oxicodona intravenosa a altas dosis es una opción terapéutica en el tratamiento del dolor del paciente onco-hematológico si bien no garantiza el control del dolor, siendo necesario recurrir a otros opioides.

El uso de coadyuvantes no reduce las dosis de oxicodona, utilizándose casi siempre dosis muy superiores a 40mg.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

715. UTILIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

AUTORES: Escudero Vilaplana B, Saavedra Quirós V, Ibarra Mira ML, Martín Alonso A, Sanabrias Fernández de Sevilla R, Sánchez Guerrero A.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. C/Manuel de Falla s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: En torno al 25% de la población española mayores de 40 años presentan síntomas de vejiga hiperactiva, más frecuente con la edad. La toxina botulínica se considera una alternativa en pacientes refractarios a fármacos anticolinérgicos.

Evaluar la eficacia de la ITBI en el tratamiento de la VH

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio longitudinal retrospectivo. Se revisó la efectividad de la toxina botulínica intravesical en el tratamiento de la vejiga hiperactiva desde el comienzo de su uso en nuestro centro (Marzo 2010) hasta Julio 2015. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, fisiopatología de la enfermedad, tratamientos farmacológicos previos, tipo de toxina, número de administraciones, dosis administrada, intervalo entre administraciones, respuesta observada y duración de la misma.

Se definió respuesta como la ausencia de síntomas asociados a VH durante más de 6 semanas.

RESULTADOS: 20 mujeres y 3 hombres con una media de edad de 68 (41-81) años. De ellos, 8 presentaban vejiga hiperactiva de origen neurológico (VHN), 11 de origen idiopático (VHI) y 1 como consecuencia de la colocación de TOT (cinta transobturadora). Además, se utilizó en 2 casos de incontinencia urinaria y en 1 de obstrucción funcional del detrusor. Todas las inyecciones intravesicales se realizaron con toxina botulínica tipo A (Botox®). En ningún caso se sobrepasó la dosis máxima recomendada por sesión de tratamiento (300 UI). La dosis media empleada fue de 192 (100-300) UI. La mayoría de los pacientes (74%) recibieron una única administración, siendo 5 el número máximo de administraciones recibidas en un sólo paciente.

En todos los casos, el intervalo entre administraciones superó los 3 meses, periodo recomendado para evitar la aparición de anticuerpos antitoxina.

El 39% de los pacientes habían estado en tratamiento previo con fitoterapia (Tebetane®) y todos habían recibido fármacos anticolinérgicos, a excepción de 2 pacientes (contraindicado su uso por glaucoma). Entre los fármacos anticolinérgicos destacaron: Solifenacina (70%), Fesoterodina (57%), Tolterodina (39%), Oxibutinina (13%), Cloruro de trospio (13%). Además, un 13% habían recibido antagonistas del receptor beta 3 adrenérgico (mirabegrón). En 2 pacientes no se especificaba el tratamiento previo recibido.

En cuanto a la efectividad del tratamiento con toxina, 4 pacientes no experimentaron ninguna mejoría, 10 presentaron escasa respuesta (duración inferior a seis semanas) y 7 sí la obtuvieron. Hubo 2 pérdidas de seguimiento sin saber la respuesta que obtuvieron. La duración media observada fue de aproximadamente 80 días, 4 de origen neurógeno y 3 idiopático.

CONCLUSIONES: Según nuestra limitada experiencia, objetivamos algún tipo de respuesta tras ITBI en el 74% de los pacientes. No obstante, encontramos una media de duración del tratamiento inferior a la descrita en la literatura con lo que deberíamos individualizar bien cada caso.

662. VEDOLIZUMAB: UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: VELASCO ROCES L, CARRILES FERNÁNDEZ C, RODRÍGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, MARTÍNEZ TORRON A, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV/ROMA S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de vedolizumab, primer anticuerpo monoclonal contra la integrina de linfocitos humanos, en pacientes con colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) con pérdida de respuesta, refractarios o intolerantes a fármacos anti TNF α .

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, de los pacientes con EC y CU que iniciaron tratamiento con vedolizumab (2015-2016). Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, años desde el diagnóstico, localización de la enfermedad, cirugía previa, presencia de fístulas, medicación concomitante, PCR e índice de actividad de la enfermedad basal. Se evaluó la respuesta tras el periodo de inducción (6 semanas) utilizando la variación del índice de actividad de la enfermedad (Harvey en EC y Walmsley en CU) y del valor de la PCR. Los datos de los pacientes fueron obtenidos de la historia electrónica Cerner Millennium®.

RESULTADOS: Se trataron 8 pacientes, 5 con EC y 3 con CU. Los pacientes con EC tenían una mediana de edad de 39(23-62) años, un tiempo desde el diagnóstico de 14(8-20) años; uno presentaba localización de la enfermedad en el ileon, dos en el colon y tres enfermedad extensa; todos recibieron cirugía previa y tratamiento con infliximab y adalimumab, en tres de los pacientes se produjo por pérdida de respuesta a ambos y en el cuarto refractariedad a adalimumab y reacción aguda a la infusión por infliximab. La mediana de edad de los pacientes con CU era de 29(38-28) años, el tiempo desde el diagnóstico de 7(8-4) años y la enfermedad localizada en el recto; ninguno presentaba cirugía previa y todos habían recibido infliximab y adalimumab y uno además certolizumab, el cambio se produjo en dos pacientes por pérdida de respuesta o respuesta inadecuada. El valor de la PCR basal fue 3,1 (0,5-3,6) y 0,2 (2,1-2,9) mg/dL, en pacientes con EC y CU, respectivamente. El valor basal del Índice de Harvey en pacientes con EC fue de 12(6-14) y en los de CU el de Walmsley de 9(7-11). Dos de los pacientes con EC continúan después de 5 dosis, que son los que respondieron por PCR (reducción de 2,1 y 1 mg/dL) y por Harvey (reducción de 1 y 3 puntos), el resto suspendió tratamiento por falta de efectividad después de la quinta dosis (2 pacientes) y de la cuarta (1 paciente). La alternativa terapéutica en los no respondedores fue en uno de ellos la proctocolectomía y en los otros dos el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Todos los pacientes de CU tras la administración de 3, 4 y 6 dosis continúan en tratamiento por presentar respuesta por PCR (

CONCLUSIONES: Vedolizumab tiene un efecto modesto en los pacientes complejos. En pacientes con EC el fármaco ha sido utilizado como alternativa terapéutica previa a medidas más agresivas. El perfil de seguridad del fármaco es similar al de otros fármacos biológicos disponibles

869. ¿TIENE REPERCUSIONES CLÍNICAS EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE ARAII?

AUTORES: PLASENCIA GARCIA I, BETANCOR GARCIA T, MERINO ALONSO J, OCAÑA GOMEZ MA, TEVAR ALFONSO E, GOMEZ MELINI E.

HOSPITAL NTRA. SRA. CANDELARIA. Ctra. del Rosario, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar el Programa de Equivalentes Terapéuticos (PET) de los ARAII en las Unidades de Hospitalización y evaluar sus repercusiones clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de una semana de duración realizado en febrero de 2016 en las Unidades de hospitalización, excluyéndose UVI, Reanimación, Ginecología y Pediatría. Utilizando el programa Farmatools® se localizaron los tratamientos con losartan (equivalente terapéutico del grupo de los ARAII disponible en la Guía Farmacoterapéutica (GFT), que influye positivamente en el índice sintético de calidad de la prescripción) seleccionando aquellos pacientes con ARAII domiciliario no incluido en GFT. Se obtuvieron los siguientes datos: Servicio (Médico/Quirúrgico), intercambio realizado o dosis de inicio, dieta prescrita, datos de Tensión Arterial (TA) durante la estancia (como máximo durante 7 días), incidencias con respecto al losartan (cambio dosis, suspensión antes del alta hospitalaria). Se definió hipotensión cuando la cifra de TA diastólica fue < 60mmHg durante al menos 3 tomas en diferentes días. Los datos clínicos se obtuvieron del Programa de Historia Clínica Electrónica. Se entrevistó a los pacientes sobre la dieta que seguían en domicilio.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes, el 40% ingresados en Servicios Médicos y el 60% en Quirúrgicos. Los ARAII prescritos en domicilio y a los que se realizó intercambio terapéutico (IT) fueron: olmesartan 15(60%), telmisartan 6(24%), eprosartan 2(8%) y valsartan 2(8%). En un 52%(13) se realizó el intercambio por losartan 100 mg, un 44%(11) por losartan 50 mg y en 1 paciente(4%) por losartan 12,5 mg. Se controló la TA en 17 pacientes (68%), mientras que en 8 pacientes (32%) se produjo hipotensión. En el 48% de los pacientes (12) se detectó alguna de las siguientes incidencias: se inicia con una dosis del 50% o inferior (8; 67%), se reduce la dosis de losartan por hipotensión (1; 8%), se suspende el losartan por cuidados mínimos (1; 8%), se suspende el losartan por hipotensión (2; 17%). Se entrevistaron a 16 pacientes (64%), de los que sólo 4(25%) confirmaron seguir una dieta baja en sal en domicilio. Sin embargo, la dieta sin sal se pautó durante el ingreso en 17 pacientes (68%). Si analizamos los resultados por Servicios: a) Médicos: con control de TA un 40% y 2 pacientes (20%) iniciaron con dosis inferior a la recogida en el PET b) Quirúrgicos: con control de TA un 87% y 5 pacientes (33%) iniciaron a dosis inferiores.

CONCLUSIONES: El PET de los ARAII basado en la evidencia, está aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica y puede considerarse eficaz respecto al control de la TA, pero llama la atención el porcentaje de pacientes que presentaron hipotensión tras su IT, especialmente en Servicios Médicos. En Servicios Quirúrgicos el control de la TA es mayor, tal vez porque se modifica la dosis al inicio en las Unidades de Reanimación. Otras posibles causas que justifican la presencia de hipotensión y que posiblemente sean independientes a la realización del IT es que el paciente en domicilio no sigue una dieta baja en sal y que desconocemos la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

299. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN LAS DETERMINACIONES DE ANTICUERPOS ANTI-TNF-ALFA MEDIANTE ENZIMOINMUNOANÁLISIS

AUTORES: FERRIOLS LISART R, FERNÁNDEZ GARCÍA P, PÉREZ PITARCH A, CALPE ARMERO P, LUCAS ALCAHUZ B. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALENCIA. Avda. Blasco Ibáñez. Valencia. España

OBJETIVO. Evaluar la concordancia en la medida de las concentraciones séricas de infliximab y adalimumab mediante dos técnicas de enzimoinmunoanálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis prospectivo de las concentraciones séricas de las muestras procedentes de la solicitud de monitorización de pacientes en tratamiento con adalimumab o infliximab mediante las técnicas enzimoinmunoanálisis en microplaca desarrolladas por Sanquin Blood Supply Diagnostic Service (S) y Theradiag (Lisa-Tracker □ LT). Las muestras se mantuvieron congeladas hasta su determinación. La concordancia entre los resultados obtenidos con ambas técnicas se evaluó mediante el coeficiente de regresión lineal, el coeficiente de determinación, el coeficiente de correlación intraclase, el error absoluto medio de predicción (EAMP), el error cuadrático medio de predicción (ECMP) y el método gráfico propuesto por Bland y Altman. Se utilizaron los valores obtenidos con la técnica de Sanquin como valores de referencia. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS. Se evaluaron 41 muestras procedentes de 41 pacientes diferentes. El 41% ($n=17$) de las solicitudes fueron de infliximab y resto (59%, $n=24$) de adalimumab. El 87% de los pacientes presentaban enfermedad inflamatoria intestinal. La concentración media cuantificada con la técnica de Sanquin fue de 4,91 mg/L (intervalo: 0,15-11,19 mg/L) y con Lisa-Tracker de 4,87 mg/L (intervalo: 0-9,67 mg/L) (test de Wilcoxon, $p=0,953$). El análisis de concordancia entre las concentraciones séricas medidas con ambas técnicas muestra un coeficiente de correlación positivo y estadísticamente significativo ($r^2=0,908$; $p < 0,01$), de acuerdo a la ecuación: $Cp_{LT} = 0,190 + 0,953 \square [-Cp_S]$. El intervalo de confianza al 95% para la ordenada en el origen fue de -0,350 a 0,731 ($p = 0,480$) y de la pendiente de 0,855 a 1,051 ($p < 0,001$). El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,976 (IC 95%: 0,955-0,987; p

CONCLUSIONES. La determinación de las concentraciones de infliximab y adalimumab mediante las técnicas de enzimoinmunoanálisis desarrolladas por Sanquin Blood Supply Service y Lisa-Tracker (Theradiag) presentan valores similares. La selección entre ambas técnicas debería basarse en otros aspectos como la eficiencia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1055. ANÁLISIS DE MARCADORES GENÉTICOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD PARA EL PEMETREXED EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

AUTORES: RODRÍGUEZ CAPOTE A, GUTIERREZ NICOLAS F, RAMOS DÍAZ R, CASAÑAS SÁNCHEZ V, ORAMAS RODRÍGUEZ JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CAMPUS DE OFRA SIN NÚMERO. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: El pemetrexed está aprobado en el tratamiento de primera línea del cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), no escamoso, localmente avanzado o metastásico. El objetivo del presente estudio ha sido analizar si

polimorfismos en los genes que codifican para proteínas involucradas en el metabolismo del pemetrexed podrían comportarse como marcadores predictivos de toxicidad y/o eficacia .

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo, de 3 meses de duración (noviembre/2015-enero/2016) unicéntrico, en el que se incluyeron los pacientes con diagnóstico de NSCLC en tratamiento con pemetrexed .

Se identificaron 9 polimorfismos genéticos (MTHFR(rs1801133, rs1801131); GGH(rs11545078); DHFR(rs1105525), ITPasa(rs1127354), SHMT1(rs1979277), RFC1(rs1105525), ABCB1(rs1045642), ABCG2(rs717620) y SLCO-1B1(rs11045879)), a partir de ADN obtenido de muestras de sangre periférica (Ramos et al, 2015). Los ensayos de genotipado se realizaron mediante amplificación por PCR y posterior secuenciación.

Los datos se han analizado mediante el Software IBM SPSS-Statistics® 22 empleando la prueba de X² para el contraste de hipótesis y Kaplan-Meier para el análisis de la supervivencia.

El estudio fue aprobado por el CEIC del hospital y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 27 pacientes: 85□2% varones; edad media de 59□5 años. El 96□3% de los sujetos eran fumadores o lo habían sido (IPA medio de 57□8). El diagnóstico predominante fue adenocarcinoma (92□6%) encontrando un solo caso de mesotelioma. El 81□5% eran metastásicos en el momento del diagnóstico.

Se realizaron un total de 264 determinaciones: para el rs1801133 la frecuencia alélica (fa) de C fue 0,81; rs1801131 faA=0,96; rs11545078 faC=1; rs1051266 faA=0,66; rs11045879 faT=1; rs1105525 faG=0,85; rs1979277 faC=0,88; rs717620 faC=1; rs1045642 faC=0,77; rs1127354 faC=0,92.

La toxicidad hematológica fue: anemia grado I-II en un 59,3% de los pacientes, leucopenia en el 40□7% (7□4% grado III), y neutropenia en un 25□9% (7,4% grado IV). Un solo caso de toxicidad hepática (grado I). Dado que muchos de los pacientes eran fumadores con poliglobulia inicial analizamos el porcentaje de pérdida de hemoglobina siendo el valor medio del 16□3%. Un solo paciente requirió tratamiento suplementario.

Se estableció una relación entre la presencia de polimorfismos en GGH (rs11545078) y la leucopenia (p=0□027). Los polimorfismos de SHMT1 parecen relacionarse también con la leucopenia (p= 0□038) y los polimorfismos de ABCG2 con la de anemia (p=0□045).

La SLP (Supervivencia libre de progresión) media de 9□19 meses y una SG media de 20□8 meses. El análisis de tipo Kaplan Meier indica una asociación entre los polimorfismos de GGH (rs11545078), DHFR (rs1105525) y la SG (Long Rank 0□026 y 0,035 respectivamente).

CONCLUSIONES: Con nuestro estudio hemos querido mostrar, mediante un análisis preliminar, la información disponibles sobre marcadores germinales de toxicidad y eficacia en el tratamiento con pemetrexed para el NSCLC no escamoso. Nuestros datos muestran una asociación entre los polimorfismos en los genes GGH y SHMT1 y la toxicidad al fármaco y como polimorfismos en los GGH y DHFR podrían actuar como marcadores predictivos de respuesta. Futuros resultados con un mayor número de pacientes permitirán confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

728. ANÁLISIS FARMACOCINETICO/FARMACODINAMICO DE 8 GRAMOS DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN PERFUSIÓN CONTINÚA EN PACIENTE CRÍTICO.

AUTORES: PAREJA RODRIGUEZ DE VERA A, FUENTES FERNANDEZ I, ESCUDERO PASTOR E, HERNANDIS BELENGUER V, ANDREU SOLER E, DE LA RUBIA NIETO A.

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Análisis de los parámetros farmacocineticos/farmacodinamicos (PK/PD) obtenidos a partir de los datos de concentraciones plasmáticas de piperacilina en pacientes críticos tratados con una dosis de carga de 4/0.5 gramos seguido de 8/1 gramos de Piperacilina/Tazobactam (PTZ) en perfusión continua cada 24 horas.

Analizar la influencia del aclaramiento de creatinina (ClCr), peso y diagnostico en la farmacocinetica de disposición de este fármaco.

Material y métodos

Estudio piloto, observacional, prospectivo realizado entre octubre a diciembre de 2015 que forma parte de un proyecto de investigación de monitorización de PTZ en pacientes críticos. Los criterios de inclusión fueron pacientes críticos tratados con una dosis de carga de 4/0.5 gramos seguido de 8/1 gramos de PTZ en perfusión continua cada 24 horas. Se recogieron datos demográficos, diagnostico y ClCr según formula de Cockcroft -Gault, de la historia clínica. Se extrajeron muestras sanguíneas a tiempos predeterminados hasta las 60 horas del inicio de la dosis de carga y se analizaron mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) con detección ultravioleta. El cálculo de los parámetros farmacocinéticos se realizó mediante análisis no compartimental utilizando el programa WinNonlin versión 5.1. Los parámetros estimados fueron volumen de distribución (Vz), aclaramiento total de piperacilina (Cl) y

área bajo la curva (AUC). El índice PK/PD objetivo fue: en todos los casos 100% T>CMI. Se tomo como referencia la CMI de P.aeruginosa:16 µg/mL (punto de corte EUCAST2016)

Resultados

Se incluyeron 8 pacientes críticos (50% hombres). Edad media 53±22 años, peso medio 81±22kg y IMC medio 28,52±7,3. ClCr medio fue 122±57 ml/min y Apache Score 21,7±7,3. Distribución pacientes/diagnostico: 2 (25%) traumatismos craneoencefálico, 2 (25%) insuficiencia respiratoria aguda, 1(12,5%) aneurisma cerebral, 1(12,5%) accidente hemorrágico, 1(12,5%) cirugía cardiaca y 1 (12,5%) shock cardiogénico. Parámetros farmacocinéticos medios de piperacilina: AUC 808,6 ±456 mg.h/L , CI 21,39 ±12,88 L/h y Vz 0,45±0,10 L/Kg. Las concentraciones plasmáticas medias de piperacilina en los pacientes de 4 -60 horas del inicio de perfusión fueron: 37,36±8,92 µg/mL, 12,92±2,71 µg/mL, 11,44±1,62 µg/mL, 23,31 ± 4,32 µg/mL, 12,81±2,16 µg/mL, 40,48 ±10,94 µg/mL, 62,04 ±12,20 µg/mL y 45,16±6.52 µg/mL.

5 (62%) pacientes alcanzaron el objetivo de concentraciones plasmáticas durante el 100% del tiempo por encima de la CMI, a pesar de que uno de ellos presentaba un IMC de 44 y peso de 120kg y 3 (37%) no cumplieron el objetivo Pk/Pd propuesto, destacando en estos últimos que tuvieron ClCr por encima de 148 ml/min, eran neurocríticos y los Cl de piperacilina fueron superiores a 30,5 L/h. Solo uno de ellos tuvo un IMC superior a 30 y peso 105kg.

CONCLUSIONES: - Los parámetros farmacocinéticos coinciden con los encontrados en la literatura

- En nuestro estudio realizado en pacientes críticos, se garantizan tiempos de cobertura antibiótica media adecuada con 8/1 gramos de PTZ en perfusión continua en el 62% de ellos, sin embargo no se consigue en los pacientes neurocríticos y los que presentaron ClCr elevados

- El peso no fue relevante a la hora de conseguir concentraciones plasmáticas idóneas

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

377. COMPARATIVA DE LA INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS CYP2C19 Y ABCB1 EN EL TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA Y PACIENTES TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

AUTORES: Díaz Villamarín X, Dávila Fajardo CL, Casas Hidalgo I, Trueba Argamasilla A, Villegas Rodríguez I, Fernández Quesada F.

Hospital Universitario San cecilio. Av Dr. Olóriz s/n. 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 presencia de los polimorfismos CYP2C19*2 y CYP2C19*3 han sido asociados a una peor respuesta antiagregante del clopidogrel en pacientes tras SCA y en el tratamiento de enfermedad vascular periférica crónica pero no en la prevención de eventos CV tras ACV.

OBJETIVO: Determinar la aparición de ACV, SCA, muerte cardiovascular o intervención quirúrgica en pacientes tratados con clopidogrel tras un ACV o sometidos a ATP de miembros inferiores; evaluar su asociación con la presencia de polimorfismos CYP2C19 y comparar los resultados en ambos grupos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohortes, retrospectivo, de 4 años de duración (2010-2013) en un hospital de segundo nivel. Se revisaron todos los pacientes tratados con clopidogrel al alta que sufrieron un ACV (sin ser sometidos a intervención quirúrgica) y los pacientes diagnosticados de enfermedad arterial periférica sometidos a una Angioplastia Transluminal Percutánea. Datos recogidos: demográficos (edad, sexo), genotipo de los pacientes para los polimorfismos CYP2C19*2 (rs4244285), CYP2C19*3 (rs4986893) y aparición de evento (ACV, SCA, intervención o muerte cardiovascular) durante 12 meses desde el alta. Para el genotipado de los pacientes se emplearon sondas Taqman® y la técnica de discriminación alélica.

RESULTADOS: Se reclutaron 58 pacientes que sufrieron un ACV (62,07% hombres y edad media 68,3) y 72 pacientes con EAP sometidos a ATP (77,7% de hombres y edad media 67,44).

En los pacientes con ACV el 25,9% de los pacientes eran portadores del alelo CYP2C19*2 y ninguno del CYP2C19*3; sólo 4 (6,8%) de éstos 58(diagnosticados de ACV) sufrieron un evento primario en 12 meses tras el alta siendo 1 de éstos 4 portador del alelo *2 .

En los pacientes con EAP sometidos a ATP, el 25% eran portadores del alelo CYP2C19*2 y ninguno del CYP2C19*3; 25 (34,72%) de estos 72 pacientes sufrieron un evento primario en 12 meses tras el alta siendo 11 portadores del alelo *2 de la isoenzima CYP2C19.

Los pacientes con ACV no presentaron un mayor riesgo de evento primario en función del genotipo CYP2C19 (p=0,967).

Los pacientes con EAP sometidos a ATP portadores de al menos un alelo CYP2C19*2 presentaron un mayor riesgo de evento primario que los no portadores (O.R.=4,49 (1,45-13,84) p=0,009).

CONCLUSION: Los pacientes con patología vascular periférica de miembros inferiores sometidos a angioplastia transluminal sí presentan asociación entre una mala respuesta antiagregante del fármaco y la presencia de los polimorfismos CYP2C19*2 y CYP2C19*3. Sin embargo, los pacientes que han sufrido un ACV no presentan dicha asociación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

745. CORRELACIÓN ENTRE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL GEN MDR1 Y TEMBLOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES: OUTEDA MACIAS M, SALVADOR GARRIDO P, ELBERDIN PAZOS L, PEDREIRA VAZQUEZ I, ALONSO HERNANDEZ A, MARTIN HERRANZ I.

C.H.U. DE A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: La P-glicoproteína (P-gp) es una proteína de membrana codificada por el gen MDR1 que se expresa en las células endoteliales de la barrera hematoencefálica. El tacrolimus es sustrato de P-gp (codificada por MDR1) y puede causar efectos adversos neurotóxicos, entre ellos temblor. El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre los polimorfismos MDR1 C3435T, C1236T y G2677T/A con la manifestación del temblor en pacientes adultos trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo del 100% de pacientes trasplantados renales de donante cadáver a tratamiento con tacrolimus. Periodo de inclusión: 6 meses. Todos los pacientes fueron genotipados para MDR1 C3435T, C1236T y G2677T/A. Para la valoración del temblor se utilizó la escala Fahn-Tolosa-Marin (calificación de temblor: pacientes con grados 3 o 4) mediante entrevista con los pacientes. La determinación de niveles sanguíneos de tacrolimus se realizó mediante la técnica CMIA en Architect[®] C8000. Los polimorfismos obtenidos se correlacionaron con temblor y concentración mínima (Cmin) de tacrolimus al cabo de 15 días, 1 y 6 meses post-trasplante, así como con la dosis diaria (D) y área bajo la curva (AUC0-12) a los 6 meses, utilizando el test de Mann-Whitney (programa SPSS versión 19.0), considerando significación estadística para valores de $p < 0,05$. Todos los pacientes autorizaron su participación.

RESULTADOS: 53 pacientes (30 hombres/23 mujeres), edad media 51 años, peso 72 kg. Las variantes genéticas del C3435T fueron CC en 12 pacientes (23%), CT en 23 (43%), TT en 18 (34%); para C1236T fueron CC en 14 pacientes (26%), CT en 27 (51%) y TT en 12 (23%) y para G2677T/A fueron GG en 16 pacientes (30%), GT en 24 (45%) y TT en 13 (25%). Esta distribución cumple con el equilibrio de Hardy-Weinberg.

14 pacientes (26%) mostraron temblores con grados 3 y 4. Ninguno de los polimorfismos estudiados individualmente (MDR1 C3435T, C1236T y G2677T/A) se asoció de forma significativa con temblores. Cuando el análisis se limitó a pacientes con temblor, 13 pacientes eran portadores de al menos un alelo -T en dos de los polimorfismos genéticos de MDR1 evaluados (6 de ellos fueron mutantes para los tres genes -TTT-) y otro paciente era de tipo salvaje (CCG). En el análisis de la influencia de Cmin sobre temblor no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con temblor ($12,29 \pm 4,13$; $12,81 \pm 3,52$; $7,47 \pm 2,14$ ng/mL) y sin temblor ($11,53 \pm 4,82$; $11,46 \pm 4,70$; $8,00 \pm 2,63$ ng/mL) a los 15 días, 1 y 6 meses post-trasplante. Tampoco hubo diferencias significativas con respecto al AUC0-12 a los 6 meses: con temblor ($122,72 \pm 63,69$ ng/mL/h) vs. sin temblor ($143,32 \pm 24,98$ ng/mL/h). Sin embargo la D a los 6 meses fue significativamente inferior en los pacientes que presentaban temblor ($2,42 \pm 0,91$ vs. $7,5 \pm 5,39$ mg/día).

CONCLUSIÓN: En este estudio encontramos una asociación entre temblor y los mutantes haplotipos TTT para los polimorfismos genéticos MDR1 3435TT, 1236TT y 2677TT en pacientes trasplantados renales tratados con tacrolimus, lo que puede atribuirse a la acumulación del inmunosupresor a nivel del SNC, debido a la actividad reducida de la bomba aunque la dosis administrada fuera inferior.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1228. DETERMINACIÓN DE LA INMUNOGENICIDAD DE FARMACOS BIOLÓGICOS

AUTORES: RENTERO REDONDO L, Inieta Navalón C, González Molina R, Nicolas De Prado I, Laso Trillo JF, Antequera Lardón MT.

HOSPITAL REINA SOFIA. c/intentente jorge palacios. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de pacientes con Anticuerpos Anti-Infliximab, Anti-Adalimumab y Anti-Etanercept.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal de 9 meses de duración (1 Julio 2015-31 Marzo 2016) en un hospital de referencia de área.

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con Infliximab, Adalimumab y Etanercept prescrito para cualquier patología inflamatoria a los que se les realizó una extracción para determinar la concentración de fármaco en sangre.

De la historia clínica informatizada (SELENE®) se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, diagnóstico, tratamientos concomitantes). Se revisaron las indicaciones de uso: Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (AP), Espondilitis Anquilosante (EA), Enfermedad de Crohn (EC), Colitis Ulcerosa (CU), Psoriasis (PS), Hidradenitis (HD) y Uveitis (UV).

Para recoger las muestras, los pacientes en tratamiento con ETN y ADA se les citaba en el HDM el día de la administración (Nivel valle) y los pacientes con INF se les hacía la extracción el día que venían a administrarse el INF. La técnica utilizada para la determinación de los niveles séricos y la presencia de anticuerpos fue mediante ELISA tipo sándwich (Promonitor® Progenika Biofarma, S.A. Grifols).

Para comparar las variables cualitativas se realizó la prueba de chi cuadrado, y para las cuantitativas se realizó un ANOVA. Se consideró un dintel de significación estadística de 0,05. Para todos los análisis se utilizó el SPSSv23.0.

Resultado

Se incluyeron 236 pacientes, de los cuales el 50,6% eran mujeres y la edad media fue de 45,6 años (DE: 15,1 años). En cuanto a la distribución de diagnósticos, los cinco más prevalentes fueron: enfermedad de Crohn (28,7%), artritis reumatoide (19,1%), colitis ulcerosa (15,2%), espondilitis anquilosante (14,9%) y artritis psoriásica (10,6%).

En total se analizaron 303 determinaciones de las que el 41,9% correspondían a Adalimumab, el 38,0% Infliximab-Remicade®, el 18,5% a Etanercept y 1,7% a Infliximab-Remsima®. Se detectó la presencia de Anticuerpos-antiTNF en el 11,2% de los casos, siendo este porcentaje superior en el caso del Infliximab-Remicade® (20,0%; $p < 0,05$), e inferior en el caso de Adalimumab, pero sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (8,7%; $p > 0,05$). No se observó ningún caso de inmunogenicidad con Etanercept ni con Infliximab-Remsima®.

La media de las concentraciones séricas de Adalimumab fue de $6,20 \pm 3,56 \mu\text{g/ml}$, como cabe esperar en los pacientes con anticuerpos-Adalimumab esta media fue de $0,19 \pm 0,10 \mu\text{g/ml}$; $p < 0,001$. Lo mismo sucede en el caso de Infliximab-Remicade®, cuya concentración media fue de $5,43 \pm 3,65 \mu\text{g/ml}$ frente a $0,15 \pm 0,20 \mu\text{g/ml}$ en los pacientes que presentaban anticuerpos ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: Los fármacos con más inmunogenicidad fueron Infliximab y Adalimumab coincidiendo con otros autores, no encontrando ningún caso con Etanercept.

La inclusión de la determinación de Anticuerpos-antiTNF en la práctica habitual permite optimizar el tratamiento y evitar así la progresión clínica de la enfermedad. Además permite evitar posibles efectos adversos asociados a la presencia de Anticuerpos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

928. DOSIFICACIÓN DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA?

AUTORES: Santacana Juncosa E, Padullés Zamora N, Padullés Zamora A, Rodríguez Alonso L, Lozano Andreu T, Colom Codina H.

Hospital Universitari de Bellvitge. C/ Feixa Llarga s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: La individualización de la pauta de Infliximab (IFX) en función de las características de cada paciente y de las concentraciones séricas de IFX puede contribuir a alcanzar la exposición óptima al fármaco en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo principal: optimizar la posología de IFX, asesorada por la exposición al fármaco según concentraciones pre-dosis (C_{min}), mediante aproximación Bayesiana en base al modelo poblacional farmacocinético (PPK) previamente desarrollado por Fasanmade et al.

Objetivo secundario: evaluar la exposición alcanzada después de la administración de IFX según la estrategia de optimización y comparar con la C_{min} alcanzada con la pauta previa de IFX.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo de pacientes con EII en tratamiento con IFX entre julio de 2013 y febrero de 2016. Los pacientes recibían IFX a $5 \text{ mg/kg/8 semanas}$ o dosis intensificadas empíricamente por falta de respuesta en el momento de la inclusión al estudio. Se determinaron C_{min} y anticuerpos anti-IFX (ATI) en estado estacionario mediante ELISA (Promonitor®). Se estableció como intervalo terapéutico óptimo C_{min} : 3-7 mg/L (estudio TAXIT). Mediante aproximación Bayesiana (Nonmem®7.2) con el modelo PPK de Fasanmade et al (covariables: peso corporal, concentración sérica de albúmina, presencia de ATI y tratamiento inmunomodulador concomitante) se estimó nueva pauta individualizada para los pacientes con C_{min} supra o infraterapéutico. En pacientes con ATI positivos se valoró la suspensión del tratamiento. Se comparó la exposición alcanzada en la pauta previa y en la pauta individualizada en base al modelo PPK.

RESULTADOS: Se cambió la pauta en 57 pacientes (59,4 % de los pacientes monitorizados). C_{min} mediana antes del cambio: 1,24 mg/L (Q1-Q3: 0,035-5,15). $C_{min} > 7 \text{ mg/L}$: 19,3 % y C_{min}

Antes del cambio de pauta: 27,3% Cmin>3 mg/L (de los cuales 21,2% Cmin>7 mg/L). Tras el cambio de pauta: 72,7% Cmin>3 mg/L (de los cuales 45,8% Cmin>7 mg/L). Los pacientes dosificados según modelo PPK recibían dosis mayores que los dosificados según ficha técnica o intensificados empíricamente (4 mg/kg/mes vs 2.5 mg/kg/mes). La estrategia de individualización más frecuente fue modificación de dosis y del intervalo terapéutico (frente a sólo modificación de dosis o sólo modificación de frecuencia).

CONCLUSIONES: La optimización posológica de IFX mediante un modelo PPK en pacientes con EI, en base a las Cmin observadas, garantizaría una mejor exposición al fármaco respecto a la pauta posológica recomendada en ficha técnica/intensificada empíricamente.

Son necesarios más estudios para establecer la relación entre la individualización de dosis y la eficacia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

984. DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN FUNCIÓN DEL PESO CORPORAL TOTAL O DEL PESO CORPORAL MAGRO

AUTORES: RODRÍGUEZ CAJARAVILLE L, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, CORRAL ALAEJOS Á, SÁEZ FERNÁNDEZ EM, PEDRAZA NIETO L, REBOLLO DÍAZ N.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. Pº. San Vicente, 182. Salamanca. España

Aunque la vancomicina es un fármaco hidrófilo y, por tanto, con poca afinidad por el tejido graso, en la bibliografía se recomienda su dosificación en función del peso corporal total.

El objetivo de este estudio fue evaluar las concentraciones tras la dosificación de vancomicina en función del peso corporal total o del peso corporal magro en pacientes adultos con función renal normal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 4 meses de duración (Julio-Octubre de 2015). Se incluyeron los pacientes con función renal normal (aclaramiento renal calculado según la fórmula de Cockcroft-Gault >60 mL/min) a los que se le realizó la monitorización de las concentraciones de vancomicina.

Se registraron datos demográficos (edad, género, índice de masa corporal (IMC), peso corporal total (PCT) y peso corporal magro (PCM)) y farmacoterapéuticos (dosis e intervalo posológico), así como la concentración mínima plasmática (Cmin) determinada. Se normalizó la dosis diaria del antibiótico (DDA) por PCT (mg vancomicina/PCT) y por PM (mg vancomicina/PCM).

En función del IMC se establecieron dos grupos de pacientes. El primero incluía aquellos con normopeso (IMC= 18-25 Kg/m²) o con bajo peso (IMC<18 Kg/m²). Siguiendo las recomendaciones recogidas en Uptodate y la guía Mensa, se consideró que la dosis inicial era adecuada cuando estaba entre 30-50 mg/Kg.

Las concentraciones mínimas plasmáticas fueron determinadas mediante inmunoensayo en el autoanalizador Architect I-1000® (Abbott). Se consideró un margen terapéutico de 15-20 µg/mL.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 pacientes (14 mujeres) con una mediana de edad de 66 [22-86] años. 17 presentaban un IMC >25 Kg/m² (sobrepeso: 13; obesidad: 22).

El grupo de pacientes con IMC

El grupo con IMC>25 Kg/m² recibió una DDA (media ± SD) de 26,9±6,55 mg/Kg/día o de 38,4±9,82 mg/kg/día, calculada en base al PCT o del PM, respectivamente.

Teniendo en cuenta el PCT, 26 pacientes estaban infradosificados y de éstos, 17 presentaban concentraciones infraterapéuticas. En 5 de los 9 pacientes que sí recibieron dosis adecuadas, las concentraciones estaban por debajo del margen.

Considerando el PCM, sólo 4 pacientes habrían recibido una dosis inferior a la apropiada. En tres de ellos se determinaron concentraciones infraterapéuticas. En 16 de los 28 pacientes que sí recibieron dosis adecuadas las concentraciones estaban por debajo del margen.

CONCLUSIONES: El estudio ha puesto de manifiesto un alto porcentaje de pacientes con concentraciones de vancomicina infraterapéuticas en la primera monitorización, independientemente de que la dosificación inicial se haga por PCT o por PM.

La monitorización farmacocinética resulta, por tanto, una herramienta fundamental para individualizar la posología y optimizar el uso de este antibiótico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

77. EFECTOS ADVERSOS CONDUCTUALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DRAVET ASOCIADOS A INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

AUTORES: IDOATE GRIJALBA AI, ALDAZ PASTOR A, IRIGOYEN RODRIGUEZ I, IDOATE GARCIA A.

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PIO XII, 36. Navarra. España

Diseño: El tratamiento farmacológico consolidado como estándar para el síndrome de Dravet presenta frecuentes efectos adversos conductuales que requieren ajustes posológicos. Para una intervención farmacéutica de calidad resulta necesario conocer las causas y su magnitud.

OBJETIVO: Evaluar los cambios en la conducta de pacientes con síndrome de Dravet, relacionándolos con los datos farmacocinéticos de los fármacos empleados en su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre enero de 2011 y septiembre de 2015, se llevó a cabo un estudio unicéntrico observacional retrospectivo de niños con síndrome de Dravet. Todos ellos recibían tratamiento simultáneo con valproico (DPA), stiripentol (STI) y clobazam (CLO). Se realizó monitorización farmacocinética de los 3 agentes en los distintos controles médicos y en el caso del CLO se analizó también su metabolito activo norclobazam (NorCLO), antes y al menos 4 días después de la administración de STI. Se consideraron como rangos terapéuticos normales: DPA 50-100 ng/mL, STI 10-14 ng/mL, CLO 200-300 ng/mL y NorCLO 2.000-3.000 ng/mL. La conducta fue evaluada a través de las escalas CCC-2 (Children's Communication Checklist) y ADHD-Rating Scale. También se analizó la posible influencia del STI sobre la cinética del DPA.

RESULTADOS: Se reclutaron 16 pacientes con una media de edad de 9,5 años (4-20) de los cuales el 70% eran varones. Las dosis diarias administradas fueron $12,9 \pm 1,2$ mg (CLO), $551,2 \pm 50,1$ mg (STI) y $771,1 \pm 69,1$ mg (DPA). Las concentraciones séricas medidas de CLO y NorCLO antes del inicio de STI fueron $206,36 \pm 15,93$ y $1.615,55 \pm 214,26$ ng/mL. La adición de STI con una concentración media en estado de equilibrio de $12,11$ ng/mL, se asoció a un aumento del 42,18% y 191,90% respectivamente en las concentraciones de CLO y NorCLO, resultando en valores de $293,41 \pm 29,60$ y $4.716,41 \pm 407,36$ ng/mL, respectivamente. Seis de los niños con valores de NorCLO superiores a 5.000 ng/mL experimentaron cambios importantes en su comportamiento, tales como hiperexcitabilidad (66,6%), agresividad (50%), somnolencia (33,3%), insomnio (16,6%) y ataxia (16,6%). Ningún niño con concentración sérica de NorCLO inferior a 5.000 ng/mL, experimentó alteraciones conductuales reseñables. Las concentraciones de DPA experimentaron un descenso medio de 3,08% tras la adición de STI, que no resultaron estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES: La adición de STI al régimen habitual de DPA y CLO conlleva incrementos significativos en las concentraciones plasmáticas de CLO y especialmente de NorCLO debido a la potente inhibición farmacocinética del STI sobre el CYP2C19 y en menor medida sobre el CYP3A4. Se alcanzan valores potencialmente tóxicos de CLO y de su metabolito (NorCLO) que se asocian a un marcado empeoramiento conductual en los pacientes. No ocurre lo mismo con el DPA. Deben vigilarse estrechamente las concentraciones de CLO y NorCLO en terapia combinada con STI y ajustar las dosis de manera personalizada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

1052. EVALUACIÓN DE DIFERENTES FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR APLICADAS A LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE AMINOGLUCÓSIDOS

AUTORES: GIL LÓPEZ A, RODRÍGUEZ CAJARAVILLE L, REBOLLO DÍAZ N, CORRAL ALAEJOS Á, GARCÍA GONZÁLEZ D, CALVO HERNÁNDEZ MV.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. Pº. San Vicente, 182. Salamanca. España

OBJETIVO: Evaluar la utilidad de las fórmulas disponibles para el cálculo del filtrado glomerular (FG) en la optimización de los tratamientos con amicacina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de un año de duración (2015) realizado con los datos de monitorización de la unidad de farmacocinética clínica del servicio de farmacia.

Se incluyeron todos los pacientes a los que se monitorizó el tratamiento con amicacina excluyendo los pacientes hematológicos, críticos y pediátricos. Se determinaron las concentraciones máxima y mínima de amicacina en el equilibrio. La técnica utilizada fue PETINIA (autoanalizador Architect® c4000).

Se recogieron los datos demográficos: edad, sexo, peso, estatura y datos bioquímicos: albúmina, creatinina y urea. En todos los pacientes se calculó el FG mediante las ecuaciones de Cockcroft-Gault (CG) y su modificada (CGm), MDRD-4, MDRD-6 y CKD-EPI.

Para el análisis farmacocinético se utilizó el programa PKS®-Abbot Pharmacokinetics System®. Inicialmente se calcularon los parámetros farmacocinéticos poblacionales con la edad, peso y FG estimado mediante los 5 métodos estudiados. Mediante regresión bayesiana y los datos de concentración de amicacina se estimaron posteriormente los parámetros reales del paciente.

RESULTADOS: se reclutaron 55 pacientes (64% hombres y 36 % mujeres), con una media de edad de 68 ± 11 años. Los valores medios de FG fueron: $78,57 \pm 34,04$ mL/min, $76,97 \pm 33,92$ mL/min, $90,07 \pm 40,59$ mL/min, $74,93 \pm 32,73$ mL/min y $77,07 \pm 26,85$ mL/min para las fórmulas CG, CGm, MDRD-4, MDRD-6 y CKD-EPI, respectivamente.

La media de las concentraciones plasmáticas mínimas determinadas fue de $3,17 \pm 1,48$ mcg/mL. Las estimadas inicialmente fueron: $1,81 \pm 1,59$ mcg/mL, $1,85 \pm 1,46$ mcg/mL, $1,26 \pm 1,26$ mcg/mL, $1,89 \pm 1,69$ mcg/mL y $1,57 \pm 1,32$ mcg/mL, para las ecuaciones CG, CGm, MDRD-4, MDRD-6 y CKD-EPI, respectivamente.

Se analizó mediante regresión lineal la relación existente entre el aclaramiento de amicacina estimado inicialmente con los datos de FG obtenido con cada fórmula y el aclaramiento real obtenido tras la monitorización de las concentraciones de amicacina. A partir del coeficiente de determinación se concluye que el 99,6%, 87,6% y el 98,2% de las variaciones encontradas en el aclaramiento real de amicacina pueden explicarse por las variaciones en el aclaramiento estimado utilizando los datos de FG obtenidos con las fórmulas de CG, CGm y MDRD-6, respectivamente. Sin embargo, en la regresión obtenida con los aclaramientos estimados a partir del FG calculado con MDRD-4 y CKD-EPI el coeficiente de determinación es muy bajo, por lo que estas dos ecuaciones no deberían ser utilizadas para el cálculo del aclaramiento de amicacina.

CONCLUSIONES: Las ecuaciones Cockcroft-Gault, Cockcroft-Gault modificada y MDRD-6 han demostrado mayor correlación con el aclaramiento real de amicacina que MDRD-4 y CKD-EPI. Nuestros resultados parecen demostrar menor riesgo de sobredosificación con la ecuación MDRD-6.

La dosificación inicial de amicacina basada en el filtrado glomerular estimado mediante ecuaciones poblacionales, no ofrece la misma seguridad que la monitorización de las concentraciones séricas del antibiótico, por lo que esta herramienta no debe ser sustituida.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

1044. EVALUACIÓN DE LA DOSIFICACIÓN ADECUADA DE VANCOMICINA EN BASE AL PESO REAL DE LOS PACIENTES

AUTORES: Gutiérrez Zúñiga L, Espejo Roman JM, Puerta García E, Guijarro Herrera S.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Av. Fuerzas Armadas 2. Granada. España

OBJETIVO: La ficha técnica de la vancomicina recomienda ajustar la dosis inicial en función del peso corporal real (30 - 50mg/kg/d) en pacientes con función renal normal. Sin embargo, como dosis habitual recoge la de 1g/12h o 500mg/6h. La mayoría de guías de consenso recomiendan pautas de 15-20 mg/kg c/8 -12h, pues son las dosis que se han relacionado con concentraciones plasmáticas entre 15 -20 mcg/ml, que es el objetivo en la mayoría de los pacientes para que la efectividad sea adecuada.

El objetivo de este estudio es evaluar si las dosis iniciales se adecuan a la recomendación de dosificación en función de su peso real en pacientes con función renal normal y relacionarlo con las concentraciones valle pasadas cuatro dosis del inicio del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado del 14/02/16-15/04/16. Las variables de estudio son demográficas (sexo, edad, peso y talla), clínicas (diagnóstico, aclaramiento de creatinina), cinéticas (concentración plasmática de vancomicina), farmacológicas (pauta). Las bases de datos usadas fueron el programa de prescripción electrónica (PRISMA) y la estación clínica del hospital (DIRAYA).

RESULTADOS: Se obtuvieron 38 pacientes con media de edad, peso y talla de 63 años, 73kg y 165cm respectivamente. El 39,5% eran hombres y el 60,5% mujeres. Un 27,3% de los pacientes estaban ingresados en neurocirugía, un 10,52% en hematología, un 2,7% en infecciosos, un 2,7% en neurología y un 2,7% en neumología.

El 21% de los pacientes presentaba un aclaramiento de creatinina (calculado con la fórmula de Cockcroft-Gault y corregido por superficie corporal) >120 ml/min/1,73m², el 76,3% entre 120-60ml/min/1,73m² y un 2,7% entre 59 -30 ml/min/1,73m².

El 42,1% de los pacientes empezaron un tratamiento dirigido con vancomicina y el 57,9% empírico. El 76,3% de los pacientes iniciaron con una pauta de 1000mg/12h, el 15,6% con 1000mg/8h, el 2,7% con 1400/12h, otro 2,7% con 500mg/8h y el 2,7% restante con 1250mg/12h. El 60,5% de los pacientes recibieron una dosis inicial menor de 30mg/kg/d (media de 22,25mg/kg/d) y el 39,5% recibieron una dosis inicial mayor de 30mg/kg/d (media de 36,52mg/kg/d). Ninguno de los pacientes recibió más de 50mg/kg/d. El 50% de los pacientes obtuvo una concentración valle pasadas 4 dosis desde el inicio menor de 10mcg/ml (media de 7,25mcg/ml), el 23,7% obtuvo un valle entre 10-14,9 mcg/ml (media de 12,33mcg/ml), el 15,8% obtuvo un valle entre 15-20 mcg/ml (media de 16,57mcg/ml) y el 10,5% restante obtuvo un valle mayor de 20mcg/ml (media de 28,1 mcg/ml).

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes recibieron una dosis menor de la recomendada en base a su peso real y esto se podría correlacionar con que también la mayoría de ellos (73,68%) no alcance una concentración entre 15-20 mcg/ml (concentraciones relacionadas con efectividad adecuada del fármaco). Sería necesario que los farmacéuticos del hospital aconsejáramos la dosis apropiada a cada paciente en función de su peso real y hacer otro estudio comparativo con el periodo previo a realizar ésta intervención para comprobar si una dosificación adecuada al peso se relaciona con mayor efectividad o menor duración de tratamiento.

976. EVALUACIÓN DEL USO DE LA MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: RODRÍGUEZ CAJARAVILLE L, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, CORRAL ALAEJOS Á, FERNÁNDEZ CABALLERO R, REBOLLO DÍAZ N, LÓPEZ DELGADO Á.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. Pº. San Vicente, 182. Salamanca. España

La monitorización de las concentraciones de vancomicina es una práctica ampliamente recomendada con el fin de aumentar la eficacia y disminuir el riesgo de toxicidad.

El objetivo de este estudio fue analizar el uso de esta herramienta en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 4 meses de duración (de julio a octubre de 2015) en un hospital universitario de tercer nivel. Se localizaron a través de la aplicación informática Farmatools® aquellos pacientes en tratamiento con vancomicina. En los casos en los que el fármaco llevaba más de 3 días prescrito y no se había llevado a cabo la monitorización, el farmacéutico envió una nota al médico prescriptor recomendando esta práctica.

Se registraron las variables: edad, género, concentración mínima plasmática, servicio médico y número de intervenciones.

Las concentraciones plasmáticas mínimas se determinaron con el autoanalizador Architect i-1000® (Abbott Laboratorios). Cuando éstas, según la localización de la infección y la sensibilidad del microorganismo, se encontraban fuera del margen terapéutico recomendado, se hicieron las recomendaciones posológicas oportunas con la ayuda del programa Abbott Pharmacokinetics System® (PKS).

RESULTADOS: Se localizaron 93 tratamientos con vancomicina. Se monitorizaron las concentraciones en un total de 71 pacientes (24 mujeres) con una mediana de edad de 67 [22-93] años, 10 de ellos gracias a la intervención farmacéutica recomendando esta práctica.

En 22 pacientes no se hizo monitorización, a pesar de para 14 de ellos se había hecho dicha recomendación. En 6 pacientes el motivo fue una duración del tratamiento inferior a tres días. En el resto de los casos no fue posible conocer la razón de la ausencia de control.

Los pacientes monitorizados procedían de los siguientes servicios: Medicina Interna (28,2%), Medicina Intensiva (22,5%), Hematología (9,9%), Coronarias (8,5%), Oncología (7,0%), Cirugía General (7,0%), Digestivo (4,2%), Angiología y Cirugía Vascular (4,2%) y otros (8,5%).

Las concentraciones mínimas plasmáticas determinadas estaban dentro del margen terapéutico en el 29,6% de los pacientes. En el 32,4% las concentraciones estaban por encima del mismo, y en el 38,0% por debajo.

CONCLUSIONES: La monitorización de las concentraciones de vancomicina es una práctica ampliamente implementada en el centro. De hecho, la mayor parte de los tratamientos con este antibiótico no precisaron intervención farmacéutica para recordar su necesidad.

El alto porcentaje de pacientes con concentraciones fuera del margen terapéutico, confirma la variabilidad interindividual asociada a este fármaco y, por tanto, la utilidad de la monitorización para individualizar la posología y optimizar su uso.

1006. IDENTIFICACIÓN DE HAPLOTIPOS QUE PREDICEN TOXICIDAD POR IRINOTECÁN A PARTIR DE VARIANTES EN LOS GENES UGT1A1, UGT1A7 Y UGT1A9

AUTORES: Ramos Díaz R, Gutiérrez Nicolás F, Casañas Sánchez V, Nazco Casariego GJ, Viña Romero MM, Pérez Pérez JA.

Hospital Universitario de Canarias. Carretera de Ofra, s/n, 38320. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: UGT1A1 es la principal enzima encargada de glucuronizar la forma activa del irinotecán, SN-38, a su forma inactiva SN-38G. Sin embargo otras isoformas como A7 y A9 también son capaces de metabolizarlo. Mutaciones en algunos de estos genes dan lugar a la aparición de un conjunto de haplotipos que podrían asociarse con un mayor riesgo de intoxicación por acumulación de SN-38 (Cecchin et al, 2009). Nuestro objetivo es proponer una estrategia de análisis, rápida y económica, para identificar haplotipos en las enzimas de metabolización del irinotecán UGT1A1, UGT1A7 y UGT1A9 asociados a la toxicidad al fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo y unicéntrico de dos años de duración (enero de 2014-diciembre 2015), en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal.

Se analizaron nueve polimorfismos genéticos relacionados con la toxicidad al irinotecán en el tratamiento del cáncer colorrectal: UGT1A1*12 (T>G, rs7586110), UGT1A1*28 (TA6>TA7, rs8175347), UGT1A1*60 (T>G, rs4124874), UGT1A7 (C>A, rs7577677), UGT1A7*3 (T>G, rs17868323; C>A, rs17863778; G>A, rs17868324; T>C, rs11692021)

y UGT1A9*22 (T9>T10, rs3832043), a partir de ADN obtenido de muestras de sangre periférica (Ramos-Díaz et al, 2015). Los ensayos de genotipado se realizaron en una plataforma de PCR a tiempo real, empleando sondas fluorescentes HybProbe® diseñadas específicamente para cada variante. Los datos fueron analizados con el software Haploview 4.2 para calcular el desequilibrio de ligamiento entre las variantes y los haplotipos posibles. El estudio fue aprobado por el CEIC del hospital y clasificado como EPA-SP por la EMPS con código GNC-QUI-2013-01. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado.

Resultados

Durante el periodo de estudio se incluyeron 219 pacientes. La combinación de estas variantes dio lugar a siete haplotipos mayoritarios, siendo el más frecuente (37,8% de las muestras) el de menor riesgo de toxicidad, seguido del haplotipo de máximo riesgo (29,4%) en el que coemigran las nueve variantes asociadas a toxicidad. Además un 3,5% portan ocho de las variantes, por lo que tendríamos un total de 32,9% de pacientes con una mayor probabilidad de intoxicación. El análisis de ligamiento reveló que existe un fuerte desequilibrio entre algunas de las variantes, de tal manera que si aparece UGT1A1*12 (T>G), UGT1A7 (C>A) o UGT1A7*3 (T>C), también lo hará el resto. Por tanto cualquiera de estos marcadores podría actuar como TagSNP, lo que permitiría reducir el número de análisis al emplear uno de estos tres □tag□ en combinación con UGT1A1*28, para cubrir el máximo número de pacientes con alto riesgo de intoxicación.

CONCLUSIONES: La identificación de haplotipos de riesgo en pacientes que van a ser tratados con irinotecán podría ser una valiosa herramienta para prevenir los efectos adversos derivados de este tratamiento. La determinación de uno de los marcadores propuestos como TagSNP y UGT1A1*28 permitiría inferir los haplotipos de mayor riesgo, presentes en un 32,9% de los casos, simplificando los ensayos de nueve a tan solo dos, es decir un ahorro del 77%. Esto supone no solo una importante disminución en los costes asociados a los ensayos de genotipado, sino además una estrategia de análisis rápida que permite obtener resultados en el transcurso de aproximadamente dos horas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

1060. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIANTE AR-V7 EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

AUTORES: RAMOS DIAZ R, GUTIERREZ NICOLAS F, CASAÑAS SANCHEZ V, NAZCO CASARIEGO J, VIÑA ROMERO MM, PEREZ PEREZ JA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DEL ROSARIO S/N. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: La presencia de una variante aberrante del receptor androgénico, AR-V7, en células tumorales circulantes de próstata se ha mostrado como un factor predictivo negativo de respuesta al tratamiento de abiraterona y enzalutamida (Antanorakis et al, 2015). De tal modo que el objetivo del presente trabajo ha consistido en describir un método para la determinación del AR-V7, a partir de sangre periférica, en pacientes con cáncer de próstata metastásico (CPM).

Materiales y Métodos

A partir de una muestra de sangre periférica (6 ml) de un paciente diagnosticado de CPM, se aislaron células tumorales empleando una columna de filtración ScreenCell®MB, un sistema de exclusión por tamaño capaz de retener la fracción de células epiteliales. A partir de estas se realizó una extracción de y purificación del ARN total empleando RNAzol®RT. Se diseñaron oligonucleótidos específicos que permitieron realizar una transcripción inversa para obtener ADN complementario (ADNc) a partir del ARN mensajero del receptor androgénico completo (AR-FL) y de la variante AR-V7. También se incluyeron el antígeno de cáncer de próstata (PCA3), como control positivo de presencia de células prostáticas en la muestra, y la hipoxantina fosforribosiltransferasa (HPRT) como gen de expresión constitutiva. La presencia de estos ADNc fue identificada mediante reacción en cadena de la polimerasa empleando parejas de cebadores específicos para cada uno de estos marcadores, y realizando el seguimiento del proceso de amplificación con SYBR Green (Roche®). Como controles positivos de los resultados se han testado muestras de constructos artificiales de ADN para AR-V7 y PCA3. Asimismo, se incluyeron muestras de sangre procedente de una mujer y de un varón sano como controles negativos. El registro a tiempo real de la señal de fluorescencia y el análisis de los resultados, este último basado en el cálculo de la temperatura de fusión (Tm), fueron desarrollados en la plataforma Light Cycler® 480.

RESULTADOS: A partir de las muestras de sangre filtrada, se obtuvo señal para los cuatro marcadores en la muestra del paciente. Los valores de Tm obtenidos para AR-V7 y PCA3 coincidieron con los constructos artificiales, y además se confirmó el tamaño de los amplificados por electroforesis y posteriormente por secuenciación, al igual que AR-FL y HPRT, por lo que se considera que el paciente expresa la variante AR-V7. En las muestras de mujer joven y varón sano no se detectaron AR-V7 ni PCA3 (como cabría esperar), pero sí AR-FL y HPRT, lo cual es indicativo de que probablemente también se haya quedado retenido algún otro tipo celular en el filtro de la columna, ya que tanto HPRT como AR-FL se expresan en células sanguíneas de línea blanca.

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo hemos querido mostrar un método al alcance de cualquier laboratorio con una equipación mínima en Biología Molecular para la determinación, en células circulantes, de la presencia de AR-V7 en pacientes con CPM. Estos resultados, en combinación con los datos de respuesta clínica, nos mostrarán cuál es el ratio AR-V7/AR-FL óptimo para la toma de decisiones terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

206. IMPACTO DE LOS POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO ÚNICO DE ABCB1 SOBRE EL TRANSPORTE DE ANTRACICLINAS EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

AUTORES: Megías Vericat JE, Bosó Ribelles V, Herrero Cervera MJ, Montesinos Fernández P, Aliño Pellicer SF, Poveda Andrés JL.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell, nº 106 46026. Valencia. España

OBJETIVOS: La entrada de las antraciclinas en los tejidos puede verse afectada por las bombas de eflujo de la familia ABC, principalmente la glicoproteína-P codificada por ABCB1. Estudios previos sugieren que los polimorfismos de nucleótido único (SNPs) de ABCB1 pueden influir en la efectividad de las antraciclinas en tratamiento de inducción de la leucemia mieloide aguda (LMA), pero se desconoce su impacto sobre la muerte en la inducción y la toxicidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han estudiado los 3 principales SNPs de ABCB1 (rs1128503, rs1045642, rs2032582 y su haplotipo). Se han evaluado 225 pacientes adultos con LMA de novo tratados con un esquema de inducción basado en citarabina e idarubicina (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 en inducción). La muerte en la inducción se comparó frente a la RC, excluyendo las remisiones parciales y resistencias. La toxicidad inducida por antraciclinas se evaluó con la escala de la OMS, agrupando las toxicidades como variables dicotómicas (grados 0-1 vs 2-4), asignando el máximo grado de las toxicidades específicas por órgano. La toxicidad hematológica se definió como el tiempo de recuperación de la neutropenia o trombocitopenia grados 3, desde el primer día de quimioterapia. Los genotipos se han estudiado empleando el modelo codominante.

La asociación entre variables se determinó mediante regresión logística ajustando por edad, sexo, riesgo citogenético, ECOG, recuento de leucocitos y plaquetas, hemoglobina, creatinina, bilirrubina, albúmina y LDH al diagnóstico (R® version 3.1.2). Se emplearon como fuentes de información la historia clínica electrónica (OrionClinic®) y el programa de prescripción electrónica de quimioterapia (Farmis-Oncofarm®).

RESULTADOS: Los pacientes analizados tenían una edad media 51,1 años (16-78 años). No se detectaron asociaciones significativas entre la RC y los SNPs estudiados. Sin embargo, la muerte en la inducción se asoció con el haplotipo triple variante de ABCB1 (OR: 0,2; IC95%: 0,05-0,8; P=0,020). Además, el haplotipo triple variante de ABCB1 se relacionó con mayor nefrotoxicidad que los otros genotipos (OR: 3,6; IC95%: 1,3-10,4; p=0,016). De manera similar, el alelo variante T de los polimorfismos de ABCB1 rs1128503, rs2032582 y la triple variante se asociaron con mayor hepatotoxicidad (OR: 6,9; IC95%: 2,2-21,2; p=0,001; OR: 2,9; IC95%: 1,01-8,1; p=0,049; OR: 6,0; IC95%: 2,1-16,3; p < 0,001; respectivamente). Respecto a la toxicidad hematológica, se observó un mayor tiempo de recuperación de la neutropenia con la variante del SNP rs2032582 de ABCB1 (OR: 3,0; IC95%: 1,1-10,1; p=0,047).

CONCLUSIONES: Los polimorfismos de ABCB1 se han relacionado con una menor expresión de la bomba, reduciendo el aclaramiento de antraciclinas y aumentando la exposición tisular. Esta puede ser la causa de la mayor toxicidad y muerte en la inducción observada. Este estudio muestra la posible influencia de los SNPs de ABCB1 en la toxicidad de la quimioterapia de inducción en LMA. Estudios confirmatorios que validen estas asociaciones pueden permitir su empleo como biomarcadores de la toxicidad en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

504. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE INFLIXIMAB MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DEL FÁRMACO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS

AUTORES: SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, FERNÁNDEZ CABALLERO R, BEUNZA SOLA M, REBOLLO DÍAZ N, FERNÁNDEZ DE LA FUENTE MA, CALVO HERNÁNDEZ MV.

COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº de San Vicente, 258-182. Salamanca. España

OBJETIVO: El tratamiento con terapias biológicas ha conseguido un mejor control de la actividad inflamatoria en pacientes con enfermedad reumática (ER), sin embargo presentan la limitación de ser terapias de alto coste económico.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto económico de la optimización de los tratamientos con infliximab basada en la monitorización de las concentraciones séricas (TDM) comparado con la optimización empírica basado en marcadores de la actividad de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y descriptivo de 4 meses de duración (Septiembre-Diciembre de 2015) de los pacientes con ER del servicio de Reumatología en tratamiento activo con infliximab.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y los registros de dispensación del fármaco en el módulo de ambulantes de Farmatools®. Se registraron datos demográficos (edad, sexo y peso), diagnóstico y tratamiento (dosis e intervalo posológico). La optimización (reducción o aumento y/o espaciamento o acortamiento de dosis) previa a la monitorización se realizó de acuerdo a criterios de remisión clínica (DAS28<4).

Las concentraciones séricas de infliximab y del anticuerpo fueron medidas mediante técnica ELISA (Promonitor®) y se hizo recomendación posológica mediante análisis farmacocinético para conseguir concentraciones dentro del margen terapéutico (2,5-9 mcg/mL). La presencia de anticuerpos anti-infliximab (AAI) fue considerado como un indicador de fallo terapéutico.

Para realizar la evaluación económica se tomó como referencia el precio neto de adquisición de Remicade®, no se consideraron los costes indirectos (enfermería, preparación, monitorización...). Se excluyeron los pacientes a los que se les recomendó cambio de línea de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 38 pacientes en tratamiento con infliximab (18 mujeres) con una mediana de edad de 54 años (rango [33-83]). 11 de ellos con artritis reumatoide, 21 con espondilitis anquilosante y 6 con artritis psoriásica. En base a la TDM se recomendaron: 5 cambios de fármaco biológico por presencia de AAI junto con enfermedad activa, 6 retiradas de fármaco por concentraciones infraterapéuticas y remisión clínica (buen control con metotrexato). Además, en 11 pacientes se propuso acortar el intervalo de dosificación por concentraciones bajas y enfermedad activa. En 16 pacientes se recomendó continuar con la misma pauta posológica.

En conjunto, las recomendaciones de optimización de tratamientos basados en la TDM permitiría una disminución del gasto anual de 15.170, como consecuencia de la retirada de algunos tratamientos, y por tanto, reducción del número de pacientes. Sin embargo, el coste individual se incrementaría en 869,5 €, al año, debido al aumento de dosis en pacientes con concentraciones infraterapéuticas.

CONCLUSIONES: La TDM de infliximab permite individualizar la posología con el fin de lograr una mayor eficacia y seguridad de los tratamientos.

Por otra parte, la retirada de tratamientos innecesarios en aquellos pacientes con concentraciones infraterapéuticas y buen control de la enfermedad supone una disminución del gasto asociado a este tipo de tratamientos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

321. IMPLEMENTANDO LA FARMACOGENÉTICA EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Dávila Fajardo CL, Díaz Villamarín X, Martínez González LJ, González Medina MDC, Blánquez Martínez D, Gómez Peña C.

Hospital Universitario San Cecilio. Av Dr. Olóriz s/n. Granada. España

OBJETIVOS: La farmacogenética es la ciencia que permite identificar las bases genéticas de las diferencias interindividuales en la respuesta a los fármacos. A lo largo de los últimos años hemos asistido a un aumento exponencial en la aparición de guías de dosificación y recomendaciones en la utilización de medicamentos que tienen en cuenta la presencia de diferentes polimorfismos. El objetivo de este trabajo es describir y evaluar la evolución del uso de la farmacogenética en nuestro centro desde la realización del primer estudio hasta la utilización de esta información en la práctica clínica diaria y cuantificar el número de muestras, servicios y recomendaciones derivados del uso de esta ciencia en nuestro centro.

Materiales y métodos: Se revisaron todos los genotipados realizados por nuestro servicio desde abril 2012, cuando se tomó la primera muestra a un paciente en nuestro centro, hasta abril de 2016. Para el genotipado de las muestras se utilizaron sondas Taqman® y técnica de discriminación alélica realizándose en dos laboratorios independientes para contrastar los resultados.

RESULTADOS: Se solicitaron un total de 2208 análisis farmacogenéticos. Los servicios solicitantes fueron: reumatología (9.78%), enfermedades infecciosas (1.49%), oncología (3.53%), cardiología (71.51%), cirugía vascular (5.11%), neurología (4.53%) y oftalmología (4.03%). Los fármacos implicados fueron: clopidogrel (81.16%), trastuzumab (3.53%), ranibizumab (4.03%), azatioprina (2.99%) y tocilizumab (8.29%). Del total de genotipados realizados, 713 (32.29%) se realizaron retrospectivamente al uso del medicamento (en fase de estudio) y 1495 (67.71%) se utilizaron en la práctica clínica dando lugar a alguna recomendación terapéutica; de estas recomendaciones: 1429 (95,56%) afectaron a la prescripción del clopidogrel y 66 (4.43%) a la Azatioprina.

CONCLUSIONES: Desde el inicio de la actividad del área de farmacogenética de nuestro Hospital en 2012 se ha conseguido implementar en la práctica clínica el uso de las recomendaciones farmacogenéticas en 5 servicios diferentes afectando a 2 medicamentos y se ha conseguido iniciar estudios previos a la implementación en la práctica clínica en otros 3 servicios que afectan a otros 3 medicamentos diferentes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

362. IMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ANTI-TNF

AUTORES: Elberdín Pazos L, Outeda Macías M, Porta Sánchez MA, Hurtado Bouza JL, Salvador Garrido P, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: En el año 2012 se inició la monitorización farmacocinética de medicamentos anti-TNF en nuestro hospital, incorporándose a la cartera de servicios del Servicio de Farmacia en mayo/2014. Nuestro objetivo es describir la contribución de monitorización de medicamentos anti-TNF en la toma de decisiones por el equipo clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo 100% pacientes a tratamiento con infliximab y adalimumab monitorizados en la unidad de farmacocinética clínica (hospital de nivel terciario) entre abril/2015-marzo/2016. Se realizó entrevista clínica a pacientes en consultas de □Monitorización Farmacocinética□, □Atención Farmacéutica de Terapia Biológica□ y □Terapias biológicas de Dermatología□ (por farmacéutico integrado en equipo multidisciplinar). La extracción sanguínea se realizó inmediatamente antes de la administración del medicamento(Cmín). Determinación y cuantificación de concentraciones de medicamento anti-TNF y anticuerpos mediante dos inmunoensayos ELISA tipo sándwich (analizador Triturus®). Variables recogidas: patología, concentración medicamento y anticuerpos anti-medicamento, medicación concomitante, recomendación realizada por la sección de farmacocinética clínica basada en resultado de concentración obtenido y respuesta al tratamiento (según variables clínicas específicas de cada patología en historia clínica electrónica lanus®). Estadística:Análisis descriptivo de variables (programa SPSS versión 19.0): variables cualitativas (%), variables cuantitativas (mediana y rango).

RESULTADOS: 1/Infliximab:87 pacientes, 244 muestras. 2 (1-9) muestras/paciente. Resultados concentración: 32,0% indetectable (C 14,4 mcg/mL): 2,4 (0,04-13,8) mcg/mL; 16,8% ATIs positivos: 74,7 (5,45-2100) UA/mL.

Distribución por patologías: Digestivas 57/87 pacientes, 4-pediátricos (63,2%-enfermedad de crohn(EC), 33,3%-colitis ulcerosa(CU), 3,6%-otras), 154/244 muestras, 2 (1-9) muestras/paciente; Dermatológicas 30/87 pacientes (50,0%-psoriasis, 40,0%-hidrosadenitis, 9,9%-otras), 90/244 muestras, 3 (1-5) muestras/paciente.

2/Adalimumab:70 pacientes, 96 muestras, 1 (1-6) muestras/paciente. Resultados concentración: 14,6% indetectable (C≤0,024 mcg/ml, 14,3%-sin ATAs), 85,4% detectable (20,7%-C>12 mcg/mL) 7,2 (0,07-11,2) mcg/mL; 12,5% ATAs positivos: 121,7 (7,56-808) UA/mL.

Distribución por patologías: Digestivas 52/70 pacientes, 1-pediátrico (84,6% -EC, 15,4%-CU), 66/96 muestras, 1 (1-6) muestras/paciente; Reumatológicas 13/70 pacientes (38,5%-artritis reumatoide, 38,5%-espondilitis anquilosante, 15,4%-artritis psoriásica, 7,7%-otras), 22/96 muestras, 1 (1-6) muestras/paciente; Dermatológicas 5/70 pacientes (100%-psoriasis), 7/96 muestras, 1 (1-2) muestras/paciente.

3/Recomendaciones realizadas en informe de monitorización farmacocinética(% muestras):

A)mantener pauta posológica: 47,5%-infliximab, 38,5%-adalimumab, por concentraciones óptimas y buena respuesta (90%aceptación).

B)añadir medicamento inmunomodulador concomitante: 28,7%-infliximab, 83%-adalimumab, por concentraciones bajas de anticuerpos ó disminución de concentración de medicamento con respecto a controles previos con mantenimiento de respuesta clínica (85%aceptación).

C)intensificación del tratamiento (acortamiento intervalo ó aumento dosis): 11,9%-infliximab, 6,3%- adalimumab, por concentraciones bajas de medicamento y pérdida de respuesta (85%aceptación).

D)optimización del tratamiento (alargamiento intervalo ó disminución dosis): 4,5%-infliximab, 14.6%- adalimumab, por concentraciones elevadas de medicamento y buena respuesta (75%aceptación).

E)desintensificación del tratamiento: 3,3%-infliximab, 8,3%- adalimumab, igual que en D (65%aceptación).

F)cambio de tratamiento: 4,1%-infliximab, 24,0%- adalimumab, por títulos altos de anticuerpos ó concentraciones elevadas de medicamento sin respuesta clínica (85%aceptación).

CONCLUSIONES: La monitorización farmacocinética de anti-TNF se ha consolidado en el seguimiento de pacientes a tratamiento con estos medicamentos. Es una herramienta objetiva y complementaria en la toma de decisiones, permitiendo una terapia individualizada en función de los resultados obtenidos de concentración de medicamento anti-TNF, sus anticuerpos y la respuesta clínica, permitiendo además adelantarse a posibles pérdidas de respuesta a estos tratamientos y actuar de manera precoz.

579. IMPLICACIÓN DEL HLA-B18 EN LA PROGRESIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CO-INFECTADOS VIH/VHC

AUTORES: Cuenca López F, Brieva Herrero T, Cano Rodriguez D, Frias Casas M, López-Viñau López T, Rivero Juárez A.

Hospital Universitario Reina Sofía. Avenida Menéndez Pidal s/n CP 14004. Córdoba. España

OBJETIVOS: A pesar de que hay varios factores que se han asociado con una rápida progresión de la fibrosis, no se ha identificado un biomarcador con suficiente valor predictivo e impacto clínico. El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de las moléculas HLA-B en la progresión de la fibrosis en pacientes VIH/VHC no cirróticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio longitudinal retrospectivo realizado a partir de la revisión y seguimiento de las historias clínicas de pacientes VIH/VHC entre los años 2007 y 2014. Se recogieron variables demográficas, analíticas y clínicas. Se incluyeron pacientes con VIH e infección activa VHC que debían de cumplir los siguientes criterios: 1) No estar recibiendo tratamiento durante el período de estudio, 2) Tener al menos dos determinaciones de rigidez hepática (RH) separadas durante al menos 12 meses y 3) No ser cirróticos en el momento basal. Los pacientes incluidos se dividieron en dos grupos: pacientes naïve al tratamiento con VHC (excluyéndose en el caso de que iniciasen tratamiento durante el período de seguimiento) y un segundo grupo de pacientes que habían sido tratados previamente al estudio, o que habían sido tratados durante el seguimiento pero que no habían alcanzado respuesta viral sostenida (RVS) (el período de seguimiento que abarcó el tratamiento frente al VHC fue excluido del análisis). La resistencia hepática se midió mediante elastografía hepática transitoria (EHT) (FibroScan®, Echosens, Paris). Para la clasificación del grado de resistencia hepática se utilizó la clasificación METAVIR. Las variables de desenlace utilizadas fueron: progresión de la fibrosis hepática de al menos un grado, y pacientes con fibrosis F0-F2 que progresan a F3-F4.

RESULTADOS: Se incluyeron 169 pacientes: 104 en el grupo de naïve y 65 en el de tratados. La mediana de seguimiento fue de 54.5 meses (IQR: 26.2-77) en el grupo de naïve y 71 meses (IQR:52.5-82.5) en el de tratados. En ambos grupos el único factor que se asoció con el riesgo de progresión de la fibrosis hepática fue el alelo HLA-B18 [Naïve: HLA-B18+ 73.3% vs HLA-B18- 38.2%, $p=0.011$; Tratados: HLA-B18+ 80% vs HLA-B18- 41.8%, $p=0.026$]. Además, el análisis de supervivencia mostró que en los pacientes HLA-B18+ la fibrosis hepática avanzó más rápidamente respecto a los pacientes que no portaban el alelo [Naïve: long-rank $p < 0.001$; Tratados: long-rank $p=0.024$]

CONCLUSIONES: Los pacientes VIH/VHC que portan el alelo HLA-B18pos muestran una progresión más rápida hacia grados más severos de fibrosis (F3-F4) que los pacientes HLA-B18neg. Estos resultados podrían plantear una mayor urgencia de la terapia contra VHC en los pacientes con fibrosis F0-F2 y que porten HLA-B18+.

1142. IMPORTANCIA DEL MOMENTO DE ADMINISTRAR EL METOTREXATE INTRATECAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATE A DOSIS ALTAS.

AUTORES: López-Santamaría Donoso J, Donoso Rengifo C, Aumente Rubio MD, López-Viñau López T.

Hospital Universitario Reina Sofía. Av. Menendez Pidal s/n. Córdoba. España

OBJETIVO: Evaluar la influencia que tiene el momento de administrar el metotrexate (MTX) intratecal (IT) con respecto al metotrexate sistémico y el inicio del rescate con ácido folínico sobre la curva de eliminación del metotrexate, hecho que puede afectar negativamente a la eficacia de este tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el estudio se incluyeron todos los niños que habían sido tratados con el protocolo SHOP LNH B 04, que incluye el esquema COPAMD seguido de CYM, desde julio de 2007 hasta marzo de 2016. La dosis de MTX fue de 3 g/m² en 3 horas seguido de rescate con ácido folínico, 15 mg/m²/6h a las 24 horas del inicio de la infusión y ajuste posterior de la dosis según los niveles plasmáticos de MTX. El esquema COPADM incluyó además vincristina, cilofosfamida, adriamicina, y el esquema CYM incluyó citarabina, además del MTX y la IT. En ambos esquemas se indica que la IT con MTX e hidrocortisona se debe administrar al día siguiente del MTX sistémico. La extracción de muestras para la monitorización del MTX se realizó a las 4, 8, 19, 24, 44 y 60 horas desde el inicio de la infusión y la determinación analítica se realizó por inmunoensayo de fluorescencia polarizada (FPIA) en un TDx/Flx hasta Marzo 2015 y después por quimioluminiscencia (CMIA) en un Architect ci8200. Los resultados se expresaron como mediana y rango.

RESULTADOS: 5 niños con una mediana de edad de 4 años (2-12) y una mediana de peso de 17 kg (14-44), fueron tratados con 2 ciclos COPADM seguidos de 2 ciclos CYM. En dos pacientes (6 ciclos) se siguió el orden cronológico indicado en el protocolo y el MTX IT se administró al día siguiente del MTX sistémico, coincidiendo prácticamente con el inicio del rescate, lo que podría anular el efecto de la terapia IT, ya que el ácido folínico se retiene más fácilmente que el MTX en LCR. En estos 6 ciclos después del MTX IT se observó un ascenso en la concentración de

MTX sistémico durante la fase de eliminación. La mediana de concentración a las 19 horas fue 0.91 μ M (0.48-1.86 μ M) y a las 24 horas fue 1.89 μ M (0.97-3.42 μ M), lo que supone un incremento del 109.18% (-47.29%-242.42%). Por el contrario en los 14 ciclos en que el MTX IT se administró el día previo o el mismo día que el MTX sistémico, la mediana de concentración de MTX descendió con normalidad, 1.84 μ M (1.12-5.68 μ M) vs 0.70 μ M (0.42-0.99 μ M) a las 19 y 24 horas respectivamente, lo que supone un descenso 141,66% (69.78%-198.10%).

CONCLUSIÓN: La administración de MTX IT al día siguiente del MTX sistémico causó un incremento en la concentración de MTX durante la fase de eliminación del fármaco, lo que apoya la hipótesis de que el MTX dentro del LCR es rápidamente bombeado hacia la circulación sistémica y justifica la importancia de hacer coincidir la administración de MTX sistémico e IT para optimizar la terapia. Se requeriría una revisión urgente de dicho protocolo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

718. INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS EN LOS GENES UGT1A1, ABCB1, ABCC2 Y SLCO1B1 SOBRE LA TOXICIDAD DEL IRINOTECAN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON METASTÁSICO

AUTORES: GARCÍA GIL S, GUTIERREZ NICOLAS F, RAMOS DIAZ R, CASAÑAS SANCHEZ V, NAZCO CASARIEGO GJ, PEREZ PEREZ JA.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. Carretera de Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Evaluar el uso del irinotecan en el cáncer de colon metastásico en un hospital de tercer nivel, analizando su toxicidad y la influencia en ella de los polimorfismos en los genes UGT1A1, ABCB1, ABCC2 y SLCO1B1 que codifican para proteínas relacionadas con el metabolismo del irinotecan.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico de 3 años de duración (noviembre 2012-noviembre de 2015). En él se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados de cáncer colorrectal tratados con el esquema FOLFIRI (Irinotecan 180 mg/m² IV/Fluorouracilo 400mg/m²/Fluorouracilo 2400 mg/m² (46 h)/Leucovorin 200-400 mg/m²). Los criterios de inclusión fueron; ECOG 0-1, hemoglobina > 10 g/dL, leucocitos > 3.000/mm³ y plaquetas > 100.000/mm³. La toxicidad fue evaluada en cada ciclo de tratamiento y se registraron toxicidades $\geq$ a 2 según la Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE)v. 4.0 del National Cancer Institute. Se determinó el rs8175347 de la UGT1A1, el rs1045642 de ABCB1, el rs717620 de ABCC2 y el rs11045879 de SLCO1B1 a partir de DNA genómico obtenido de una muestra de sangre periférica. La caracterización genética se realizó empleando la plataforma LighCycler® 480 y sondas fluorescentes HybProbe® específicas de alelo. El estudio fue aprobado por el CEIC del hospital y clasificado como EPA-SP por la EMPS con código GNC-QUI-2013-01. Los pacientes firmaron consentimiento informado para participar en el estudio.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron 30 pacientes, de los cuales el 76,6% eran hombres, la edad media de los pacientes fue de 61 años (27-77). En el 90,6% de los casos se empleó algún anti-VEGFR o anti-VEGFA, y el irinotecan fue prescrito como tratamiento de segunda línea en el 68,7% de las veces. El 13,3% de los pacientes (n=4) desarrollaron durante su tratamiento anemias; neutropenia grave en el 20% (n=6) y el 36,6% (n=11) toxicidad gastrointestinal. La frecuencia alélica del polimorfismo UGT1A*28 fue de 0,277, 0,629 para el ABCB1, 0,194 para ABCC2 y 0,177 para SLCO1B1. El análisis de toxicidades por subgrupo genéticos, mostró que no existe relación entre ninguna de las toxicidades analizadas y la presencia del alelo mutado *28. Sin embargo, sí que se encontró una tendencia entre la presencia de alelo wild type (WT) para el gen SLCO1B1 y toxicidades que obligaron a la reducción de las dosis de tratamiento en el esquema FOLFIRI, que fue necesario en el 50 % de los pacientes WT para este marcador y del 20% en los pacientes con algún alelo mutado (p=0,112).

CONCLUSIONES: Nuestros resultados muestran que la determinación del polimorfismo *28 no debe emplearse como factor predictivo de toxicidad cuando el irinotecan es administrado a dosis de 180 mg/m². Sin embargo parece existir una correlación entre el genotipo del gen SLCO1B1 y la toxicidad al irinotecan a estas dosis. El limitado tamaño, no ha permitido dotar de significancia estadística a esta tendencia que futuros estudios, con un mayor número de pacientes permitirán corroborar.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

744. INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL CYP3A4, CYP3A5 Y MDR1 EN LOS REQUERIMIENTOS DE DOSIS DE TACROLIMUS EN PACIENTES ADULTOS TRASPLANTADOS RENALES

AUTORES: SALVADOR GARRIDO P, OUTEDA MACIAS M, PEDREIRA VAZQUEZ I, RIVERA CONSTANTINO F, MARTIN HERRANZ I.

C.H.U. DE A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Tacrolimus es un medicamento inmunosupresor con un estrecho rango terapéutico y una gran variabilidad interindividual que puede ser parcialmente explicada por la presencia de determinados polimorfismos genéticos en los CYP3A4 y CYP3A5, así como en la glicoproteína-P (codificada por MDR-1). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de los polimorfismos genéticos del CYP3A4*1, CYP3A4*22, CYP3A5*3, y de MDR1 C3435T, C1236T y G2677T/A sobre los requerimientos de dosis de tacrolimus en pacientes adultos trasplantados renales en diferentes momentos post-trasplante según nuestra práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 52 pacientes adultos trasplantados renales tratados con tacrolimus, micofenolato y corticoides. Recibieron profilaxis con itraconazol y cotrimoxazol durante los 3-6 primeros meses post-trasplante. Un test genético ha sido utilizado para el genotipado del CYP3A4*1, CYP3A4*22, CYP3A5*3 y las glicoproteínas MDR1 C3435T, C1236T y G2677T/A. Los polimorfismos obtenidos fueron correlacionados con los requerimientos de dosis de tacrolimus (dosis diaria y dosis diaria ajustada por peso) al cabo de 1, 3, 6 y 12 meses post-trasplante, utilizando el test de Mann-Whitney y considerando valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS versión 19.0.

RESULTADOS: Los pacientes con genotipo CYP3A5*3/*3 (34 pacientes no expresadores) mostraron requerimientos de dosis significativamente inferiores que aquellos que portaban al menos un alelo CYP3A5*1 (18 expresadores: *1/*1+*1/*3) para los 4 momentos evaluados: 1) Dosis diaria: $3,49 \pm 1,46$ vs. $6,72 \pm 3,68$; $2,89 \pm 1,55$ vs. $5,03 \pm 3,74$; $3,60 \pm 1,74$ vs. $6,47 \pm 3,93$ y $4,20 \pm 1,89$ vs. $7,21 \pm 3,74$ mg/día; 2) Dosis diaria ajustada por peso: $0,05 \pm 0,02$ vs. $0,10 \pm 0,06$; $0,04 \pm 0,025$ vs. $0,07 \pm 0,05$; $0,05 \pm 0,03$ vs. $0,09 \pm 0,06$ y $0,06 \pm 0,03$ vs. $0,11 \pm 0,06$ mg/kg/día.

Con respecto al CYP3A4*22, los pacientes con alelo CC (46) requerían una dosis diaria significativamente superior que los portadores del alelo CT (5) al cabo de 1, 3 y 6 meses ($4,82 \pm 2,96$ vs. $2,40 \pm 0,55$; $3,84 \pm 2,77$ vs. $1,80 \pm 0,84$; $4,87 \pm 3,08$ vs. $2,60 \pm 0,89$ mg/día), y si se ajustaba por peso, solo se obtenía significación estadística a los 3 meses ($0,05 \pm 0,04$ vs. $0,025 \pm 0,014$ mg/kg/día).

Con respecto a MDR1-C1236T, los pacientes con alelo CC (14) necesitan una dosis significativamente superior que los que portan al menos un alelo T (38 pacientes: CT+TT) a los 3 meses: $4,82 \pm 3,46$ vs. $3,15 \pm 2,19$ mg/día. En este momento, similar tendencia aunque no significativa, se observa para el gen G2677T/A.

Para el resto de los genotipos y momentos no se encontró correlación.

CONCLUSIONES: Según nuestros resultados, los polimorfismos genéticos del CYP3A5 están asociados con los requerimientos de dosis de tacrolimus en pacientes trasplantados renales. Así, los pacientes expresadores del CYP3A5 requieren una dosis diaria y ajustada por peso significativamente mayor que los no expresadores, tanto en el periodo inicial como estable post-trasplante. La realización del genotipado del CYP3A5 antes del trasplante podría ser de gran utilidad en la personalización de la dosis inicial de tacrolimus para estos pacientes.

Los pacientes con CYP3A4*22 CC parecen requerir dosis diarias incrementadas, pudiendo ser de utilidad para la optimización de la dosis.

Los polimorfismos genéticos del CYP3A4*1 y de MDR1 C3435T, C1236T y G2677T/A no producen cambios significativos en la dosificación de tacrolimus.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

52. INTERACCION ACENOCUMAROL-MICONAZOL: MODELO FARMACOCINETICO-FARMACODINAMICO

AUTORES: Lozano Ortiz R, Franco garcia ME, Martinez Crespo A, Lozano Velilla A.

Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia. Ramón y Cajal 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo farmacocinético (PK)/farmacodinámico (PD) para la interacción, vía CYP2C9, entre acenocumarol (ACE) y miconazol (MICO), este último de administración tópica sobre la cavidad bucal.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través del programa de prescripción electrónica asistida de nuestro hospital, que incorpora ayuda para las interacciones farmacológicas mediadas por inhibidores moderados y potentes del CYP 450, se localizó a todos los pacientes, que estando tratados entre los años 2009-2015 (8 años) con miconazol ☐oral☐ (N=801), se les prescribió acenocumarol (N=51) y, finalmente, de estos últimos, a aquellos con seguimiento hematológico (N=29). Este ultimo grupo, constituyó la muestra final sobre la que se realizó el estudio (62% mujeres, edad 86.8 ± 5.65 años, talla 158 ± 10.4 cm, peso 67.9 ± 18.5 kg e IMC 28.3 ± 5.3 kg/m²).

Como variables para el modelo PK/PD se utilizaron el índice (iINR/ACE), resultado de dividir el International Normalized Ratio (INR) por la dosis de ACE, como medida del efecto farmacológico(E), y el tiempo en días (T); calculándose, dicho índice, el día anterior (día -1) y, desde el primer (día 0) al octavo día (día +7), desde el comienzo del tratamiento conjunto ACE (dosis=ajustada según INR)-MICO (dosis=2 aplicaciones/8h).

Posteriormente, se comparó el resultado, de dicho índice, para cada uno los 8 días a estudio con el obtenido el día anterior al inicio de la interacción (día -1), y su significación estadística mediante la t de student; finalmente, se construyó la curva de regresión correspondiente.

RESULTADOS: Para iINR/ACE se obtuvieron los siguientes valores: 0.45 ± 0.15 mg-1 (N=8); 0.41 ± 0.21 mg-1 (N=9); 0.38 ± 0.4 mg-1 (N=7); 0.46 ± 0.39 mg-1 (N=6); 1.47 ± 3.45 mg-1 (N=8); 2.68 ± 1.82 mg-1 (N=8); 1.49 ± 1.49 mg-1 (N=8); 3.71 ± 2.75 mg-1 (N=6); y 1.43 ± 0.85 mg-1 (N=8), correspondientes a los días del -1 al +7, respectivamente. Hallándose diferencias significativamente estadísticas, frente al valor correspondiente al día -1, los días +4 ($t = 3.4539$, IC95%= de -3.6148 a -0.8452, $P = 0.0039$), día +6 ($t = 3.3935$, IC 95%= de -5.3531 a -1.1669, $P = 0.0053$) y el día +7 ($t = 3.2114$, IC 95%= de -1.6345 a -0.3255, $P = 0.0063$), con valores para iINR/ACE de 3 a 8 veces mayores que el correspondiente al día -1.

Los datos obtenidos se ajustaron a una curva polinomial cúbica del tipo:

iINR/ACE = $0.123 - 0.15 D + 0.31 D^2 - 0.037 D^3$ ($R^2 = 0.7$, siendo D=día desde inicio tratamiento conjunto ACE-MICO), con un $E_{max} = 2.6$ mg-1 y un $T_{max} = 5.4$ días.

La incidencia acumulada de la interacción ACE-MICO, durante el periodo de estudio (8 años), fue del 6.4%; de las cuales, la intervención farmacéutica directa, recomendando el cambio de ACE por heparinas de bajo peso molecular durante el tratamiento con MICO o substituyendo MICO por nistatina, evitó el 50%.

CONCLUSIONES: El modelo PK/PD se ajusta a una función polinomial cúbica, con un E_{max} de 2.6 mg-1 y un T_{max} de 5.4 días.

La incidencia acumulada, fue del 6.4%; no obstante, mediante intervención farmacéutica directa, recomendando el cambio de ACE por heparinas de bajo peso molecular o substituyendo MICO por nistatina, se pudo evitar el 50% de ellas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

582. KIR2DS2 COMO IMPORTANTE PREDICTOR DE DESARROLLO TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON INTERFERON PEGILADO.

AUTORES: Brieva Herrero T, Cuenca López F, Rodríguez Cano D, Frias Casas M, López-Viñau López T, Rivero Juárez A.

Hospital Universitario Reina Sofía. Avenida Menéndez Pidal s/n CP 14004. Cordoba. España

OBJETIVOS: La trombocitopenia es una de las principales causas de interrupción del tratamiento con Interferón y que mayores complicaciones genera. El objetivo de este estudio es evaluar el papel de los Killer immunoglobulin-like Receptors (KIR) en el desarrollo de trombocitopenia secundaria a la terapia con Peg-Interferón en pacientes coinfectados VIH/VHC.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el estudio fueron incluidos pacientes VIH con Hepatitis C crónica genotipo 1, naïve y que iniciaron terapia combinada con Peg-Interferón mas Ribavirina. Las muestras de sangre para el estudio genético se recogieron antes del inicio del tratamiento. El genotipado KIR se realizó mediante PCR-SSP, técnica capaz de detectar 14 genes y 2 pseudogenes. Se seleccionaron los KIR asociados a trombocitopenia. El conteo plaquetario se realizó en el momento basal y en las semanas 1, 2, 4, 8 Y 12 de tratamiento. Se midió la asociación entre el genotipo KIR y el tiempo de aparición de trombocitopenia.

RESULTADOS: Fueron incluidos 58 pacientes coinfectados VIH/VHC. Se analizó la asociación entre el descenso de plaquetas y los distintos haplotipos KIR, encontrando que la presencia de KIR2DS2 se asoció con la aparición de trombocitopenia. El número basal de plaquetas fue similar entre portadores de KIR2DS2 (171.500 cells/mL; IQR: 122.00-215.000 cells/mL) y los que carecían del gen (189.000 cells/mL; IQR: 137.000-216.500 cells/ml) ($p = 0.199$). La ausencia de KIR2DS2 se asoció fuertemente con trombocitopenia durante el tratamiento con Peg-Interferón/Ribavirina (Ausencia: 13/24 [54.2%]; Presencia: 7/34 [22.5%], $p = 0.012$). El tiempo de aparición de trombocitopenia, fue mayor en los portadores de KIR2DS2 que en pacientes sin KIR2DS2 (long-rank test= 0.008) con un tiempo medio al evento de 10.3 semanas (9.05-11.71 semanas) en portadores y de 6.6 semanas (5.7-9.43 semanas) en no portadores del gen KIR2DS2.

CONCLUSIONES: La ausencia de KIR2DS2 se asocia con mayor descenso en el número de plaquetas durante el tratamiento con Peg-Interferón en pacientes VIH/VHC coinfectados. La determinación de este marcador antes del inicio de la terapia puede identificar los pacientes con un alto riesgo de desarrollar trombocitopenia durante las doce primeras semanas de tratamiento y ayudar a individualizar el régimen terapéutico.

109. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB, RESPUESTA PASI Y COSTES ASOCIADOS EN PACIENTES CON PSORIASIS.

AUTORES: Colls González M, Padullés Zamora A, Notario Rosa J, Bas Minguet J, Mariño Fernandez C, Padullés Zamora N.

Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa llarga s/n. Barcelona. España

OBJETIVO: Infliximab (IFX) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-TNF indicado para el tratamiento de la psoriasis. Se administra a una dosis inicial de 5 mg/kg las semanas 0, 2, 6, y posteriormente, cada 8 semanas (8s). Se ha descrito una elevada variabilidad interindividual e intraindividual en la exposición a IFX. Objetivo principal: analizar el impacto económico del manejo del tratamiento basado en las concentraciones predosis de IFX (Cmin), presencia de anticuerpos anti-IFX (ATI) y la respuesta clínica. Objetivo secundario: evaluar la relación entre la Cmin de IFX y la respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento con IFX entre Enero 2013 y Noviembre 2015. Se determinaron Cmin y ATI en estado estacionario mediante ELISA y la respuesta al tratamiento se evaluó mediante la escala PASI. Se discontinuó el tratamiento en pacientes con ATI positivo en 3 muestras consecutivas. En pacientes con Cmin > 1.5 mg/L, ATI indetectable y PASI 100 se redujo la dosis de IFX a 3.5-4 mg/kg/8s si recibían dosis según ficha técnica o a 5 mg/kg/8s si estaban intensificados. Se determinaron Cmin y ATI mediante ELISA en estado estacionario antes y después del cambio de dosis. Los resultados se presentan como mediana.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes (5 mujeres; 7 con artritis psoriásica) con un total de 58 determinaciones. Peso (kg): 84 (Q1-Q3:71 -94), edad (años): 52 (Q1-Q3: 40-60), ASC (m2): 1,97 (Q1-Q3: 1,79-2,17). Dosis IFX: 5 mg/kg/8s (rango, 3, 5 - mg/kg/8s-5 mg/kg/6s). Cmin IFX (mg/L) y Cmin ajustada por la dosis (Cmin/D) (mgL-1/mg kg-1mes-1) fueron 1,48 y 0,58 respectivamente. Cambios en tratamiento: reducción de dosis en 5 pacientes (n=3: 4mg/kg 8s, n=1: 3.5mg/kg 8s y n=1: 7s a 8s); cambio a otro anti-TNF o Ustekinumab en 5 pacientes con pérdida de respuesta (3 con ATI positivo) y suspensión del tratamiento en 2 pacientes (ATI positivo en 1 de ellos). Coste/año: 314.731,5, y coste/paciente/año: 13.683,9 (7.182,7 - 25.226,1). Coste durante todo el periodo del estudio: 748.098,9. El ahorro anual y durante todo periodo del estudio de la dosificación guiada por Cmin, ATI y respuesta PASI fue de 42.888,5, y de 67.155,1, respectivamente. En pacientes con ASC>1.7 m2: Cmin: 1,79 y Cmin/D: 0,68 y en pacientes con ASC m2: Cmin: 1.30 mg/l y Cmin/D: 0.63 mg/l. PASI medio: 2,07 (rango: 0-3). Pacientes con respuesta PASI75: Cmin 1,59 mg/L vs 1,04mg/L en aquellos que no obtuvieron respuesta PASI75. Un 69% de los pacientes con ASC > 1.7 m2 alcanzó PASI 75 comparado con un 100% en aquellos con ASC< 1.7m2.

CONCLUSIONES: La determinación de la Cmin de IFX y ATI es útil para la optimización del tratamiento en la práctica clínica. El manejo de la terapia con IFX acorde a la Cmin, ATI y PASI se asoció con una disminución en los costes. Cmin > 1.5 mg/l y ASC

1176. MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADALIMUMAB.

AUTORES: RENTERO REDONDO L, Iniesta Navalón C, Nicolás De Prado I, Gómez Espín RM, Gonzalez Molina R, Antequera Lardón MT.

HOSPITAL REINA SOFIA. c/intentente jorge palacios. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la concentración media de Adalimumab (ADA) y determinar la prevalencia de pacientes en su rango terapéutico establecido según su patología de base tras una primera determinación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo transversal de 9 meses de duración (1 Julio 2015-31 Marzo 2016) en un hospital de referencia de área.

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con ADA prescrito para cualquier patología inflamatoria a los que se les realizó una extracción para determinar su concentración de en sangre.

De la historia clínica informatizada (SELENE®) se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, diagnóstico, tratamientos concomitantes). Se revisaron las indicaciones de uso: Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (APs), Espondilitis Anquilosante (EA), Enfermedad de Crohn (EC), Colitis Ulcerosa (CU), Psoriasis (PS), Hidradenitis (HD) y Uveitis no infecciosa (UV). Se consideró que un paciente estaba intensificado o espaciado si la dosis o la pauta posológica era superior o inferior a la indicada en la ficha técnica.

En cuanto a la monitorización, se citó a los pacientes el día de la administración para realizar la extracción (nivel valle) en el HDM. La técnica utilizada para la determinación de los niveles séricos y la presencia de anticuerpos fue mediante ELISA tipo sándwich (Promonitor®Progenika Biofarma, S.A.Grifols).

Se estableció un objetivo terapéutico para el ADA de [5-8mcg/ml] aunque siempre prevalecía la clínica. La determinación de Anticuerpos se realizó en pacientes con una concentración de fármaco indetectable.

La variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como medias $\pm$ desviación estándar utilizando el SPSSv.23.0®

Resultado

Se incluyeron 102 pacientes en tratamiento con ADA, el 51,9% eran hombres y la edad media fue de 44,8 $\pm$ 14,1 años. El 35,6% de los pacientes eran de Reumatología (AR 13,5%, EA 11,5% y APs 10,6%), el 51,0% de los pacientes eran de Digestivo (EC 15,4% y CU 35,6%), un 11,5% de Dermatología (PS 8,7% y HD 2,9%) y sólo 2 pacientes con UV (1,9% Interna). Tan sólo el 23,1% de los pacientes estaban en tratamiento concomitante con FAMES (14,4% Metotrexato, 4,8% Azatioprina, 2,9% Salazopirina y 1% Leflunomida).

El 16,2% de los pacientes de Reumatología estaban intensificados con ADA/semanal y el 20,7% de los pacientes de Digestivo.

La concentración media de ADA fue de 5,46 $\pm$ 3,78mcg/ml. Según las patologías: AR:5,13 $\pm$ 4,15mcg/ml, EA:4,74 $\pm$ 4,38mcg/ml, APs:5,17 $\pm$ 3,10mcg/ml, CU:6,64 $\pm$ 4,08mcg/ml, EC:5,75 $\pm$ 3,75mcg/ml, PS:5,00 $\pm$ 3,75mcg/ml, HD:5,12 $\pm$ 5,59mcg/ml y UV:1,56 $\pm$ 1,86mcg/ml.

El 44,2% de los pacientes tenían una concentración por debajo del rango (15,2%AR, 13,1%EA, 8,7%APs, 13,0%CU, 34,8%EC y 8,7%PS), el 27,9% por encima del rango (13,9%AR, 6,9%EA, 6,9%APs, 24,1%CU, 37,9%EC y 6,9%PS) y sólo el 27,9% en rango terapéutico. El 9,6% de los pacientes presentaron Anticuerpos-anti-ADA.

CONCLUSIONES: Existe una elevada prevalencia de pacientes con Anticuerpos Anti-Adalimumab con el riesgo clínico y el sobrecoste para el sistema que esto conlleva.

La implantación de la monitorización de los niveles fármacos biológicos permite individualizar de manera objetiva estas terapias según las diferentes patologías ya que existe una elevada prevalencia de pacientes fuera de rango.

Se necesitan más trabajos para establecer un rango terapéutico óptimo de ADA según las diferentes patologías inflamatorias.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

1172. MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE INFLIXIMAB

AUTORES: RENTERO REDONDO L, Iniesta Navalón C, Nicolás De Prado I, Gómez Espín RM, Gonzalez Molina R, Antequera Lardón MT.

HOSPITAL REINA SOFIA. c/intentente jorge palacios. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la concentración media de Infliximab (INF) según las diferentes patologías de uso y determinar la prevalencia de pacientes en rango terapéutico tras una primera determinación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo transversal de 9 meses de duración (1 Julio 2015-31 Marzo 2016) en un hospital de referencia de área.

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con Infliximab (INF) prescrito para cualquier patología inflamatoria a los que se les realizó una extracción para determinar el nivel de dicho fármaco en sangre.

De la historia clínica informatizada (SELENE®) se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, diagnóstico, tratamientos previos, tratamientos concomitantes). Se revisaron las indicaciones de uso: Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (AP), Espondilitis Anquilosante (EA), Enfermedad de Crohn (EC), Colitis Ulcerosa (CU) y Psoriasis (PS). Se consideró que un paciente estaba intensificado o espaciado si la dosis o la pauta posológica era superior o inferior a la indicada en la ficha técnica.

En cuanto a la monitorización, las muestras se recogieron el mismo día de la administración del fármaco previa a su administración (nivel valle) en el HDM, procediendo posteriormente a su congelación hasta el momento del análisis. La técnica utilizada para la determinación de los niveles séricos y la presencia de anticuerpos fue mediante ELISA tipo sándwich (Promonitor® Progenika Biofarma, S.A. Grifols).

Se estableció un objetivo terapéutico para el INF de [3-10 mcg/ml] aunque prevalecía siempre la clínica del paciente. La determinación de Anticuerpos se realizó en pacientes con una concentración de fármaco inferior al objetivo terapéutico. Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como medias $\pm$ desviación estándar.

Resultado

Se incluyeron 89 pacientes en tratamiento con INF, el 50,6% eran mujeres y la edad media fue de 45,6 años $\pm$ 15,1 años.

El 41,6% de los pacientes eran de Reumatología (AR 16,9%, EA 19,1% y APs 5,6%), el 53,9% de los pacientes eran de Digestivo (EC 34,8 y CU 19,1%) y tan sólo había 4 pacientes con PS (4,5% Dermatología). Tan sólo el 24,7% de

los pacientes estaban en tratamiento concomitante con FAMES (13,5% Metotrexato, 9% Azatiopina, 2,2% Leflunomida).

El 51,3% de los pacientes de Reumatología estaban intensificados, el 51,1% de los pacientes de Digestivo y el 25% de los pacientes de Dermatología.

La concentración media de INF fue de $4,17 \pm 4,07$. Según las patologías: AR: $4,20 \pm 4,14$ mcg/ml, EA: $4,35 \pm 4,81$ mcg/ml, APs: $8,15 \pm 5,66$ mcg/ml, CU: $4,78 \pm 3,71$ mcg/ml, EC: $3,31 \pm 3,30$ mcg/ml y Ps: $0,46 \pm 0,60$ mcg/ml.

El 48,3% de los pacientes tenían una concentración por debajo del rango (20,9% EA y 39,5% EC), el 14,6% por encima del rango (23,1% AR y 15,4% CU) y el 37,1% en rango terapéutico. El 21,3% de los pacientes presentaron Anticuerpos-anti-INF.

CONCLUSIONES: Existe una elevada prevalencia de pacientes con Anticuerpos Anti-Infliximab con el riesgo clínico y el sobre coste para el sistema que esto conlleva.

La implantación de la monitorización de los niveles fármacos biológicos permite individualizar de manera objetiva estas terapias según las diferentes patologías.

Son necesarios más estudios que determinen el rango terapéutico de INF según las distintas patologías.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA

1030. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFliximab ORIGINAL Y BIOSIMILAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: MORENO GÓMEZ AM, REBOLLO DÍAZ N, MORENO GÓMEZ A, HERNÁNDEZ VILLALBA L, VÁSQUEZ SEOANE M.

HOSPITAL SANTOS REYES. AVDA RUPERTA BARAYA 6. Burgos. España

OBJETIVOS: Comparar las concentraciones plasmáticas de infliximab (IFX) y de anticuerpos anti-infliximab (anti-IFX), en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), antes y después del cambio de formulación de Remicade® (IFX original) a Inflectra® (biosimilar) y evaluar el impacto clínico y económico de la utilización del biosimilar y de la monitorización farmacocinética de niveles plasmáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se consensuó el cambio de formulación de IFX en la Comisión de Farmacia y Terapéutica y se estableció un protocolo para la monitorización de los niveles plasmáticos de IFX y de anti-IFX. Se recogieron los siguientes parámetros: sexo, edad, peso, diagnóstico, línea de tratamiento, uso concomitante de inmunomoduladores, pauta y fecha de inicio de tratamiento. Se determinaron, mediante ELISA, las concentraciones mínimas de IFX correspondientes a la última dosis de Remicade® y a la primera de Inflectra® y los anti-IFX, en los casos en que procedía; se consideró un margen terapéutico de 3-7 microg/mL. Se consensuaron entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Digestivo las actuaciones clínicas a llevar a cabo, en base a la respuesta clínica y a los resultados farmacocinéticos obtenidos. Se calculó el impacto económico derivado del uso del biosimilar y de las decisiones terapéuticas tomadas.

RESULTADOS: En el momento del cambio, 14 pacientes (6 mujeres/8 hombres) con EII estaban en tratamiento con IFX; 5 tenían colitis ulcerosa (CU), 9 enfermedad de Crohn; mediana y rango de edad y peso: 44,5 años (19-84), 78 kg (45-90); para 12 pacientes IFX era primera línea de tratamiento con biológicos, 2 habían recibido previamente adalimumab; 9 tenían inmunomodulador asociado; 2 tratamientos estaban intensificados; el 100% de los pacientes se encontraba en fase de mantenimiento.

Uno de los pacientes se excluye de los resultados porque sólo se realizó una de las monitorizaciones; del resto de pacientes, el 92,3% (12/13) mantuvo los niveles de IFX en el mismo rango en las 2 monitorizaciones (6 en el rango terapéutico, 5 por debajo del mismo, 1 por encima); un paciente presentó concentraciones significativamente superiores en la segunda monitorización, se procederá a confirmar en nueva muestra del paciente. Con respecto a los anti-IFX de los pacientes con niveles de IFX infraterapéuticos/no detectables, se detectaron en 2 pacientes en ambas monitorizaciones y en un paciente sólo en la segunda.

Con los resultados obtenidos, se tomaron las siguientes decisiones clínicas: 8 pacientes continuaron el tratamiento con infliximab; 4 suspendieron el biológico; 2 cambiaron de biológico.

El impacto económico directamente asociado al cambio de formulación habría supuesto, en un hospital comarcal de 110 camas, un ahorro anual de aproximadamente 61.000 €; con ambas estrategias se ahorraron en torno a 120.000 €, en IFX (disminución del 67% del gasto en IFX).

CONCLUSIONES: Los resultados de la monitorización farmacocinética sugieren la comparabilidad entre Remicade® e Inflectra®. La incorporación del uso de biosimilares genera, de forma directa, un ahorro económico que, unido a otras estrategias como la optimización de los tratamientos a través de la monitorización farmacocinética, contribuye a una utilización más eficiente de los recursos.

451. NIVELES PLASMÁTICOS DE MEROPENEM EN PACIENTES SÉPTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS Y TRATADOS CON PERFUSIÓN CONTINUA DEL ANTIBIÓTICO

AUTORES: Vallez Valero L, Ahmad Diaz F, Miralbes Torner M, Cano Marron SM, Palomar Martinez M, Aragonés Eroles AM.

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. Avda. Alcalde Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVOS: El abordaje terapéutico del paciente crítico séptico durante las primeras 24-48h de estancia en la unidad de medicina intensiva es determinante para el pronóstico y de ello depende en gran medida la optimización de la dosis de antibiótico. Esta debe ser individualizada y ajustada a la situación clínica del paciente. El volumen de distribución del fármaco tiene gran influencia en la disponibilidad de fármaco en el organismo y dicho volumen podría ser diferente en estos pacientes respecto a los no críticos. El objetivo es determinar el volumen de distribución y el aclaramiento plasmático de meropenem en pacientes críticos sépticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel. Los pacientes recibieron una dosis de carga de 2g seguida de una perfusión continua de meropenem. La dosis inicial de la perfusión continua (250 mg/h) se ajustó en función de la determinación de la C_{ss} en plasma mediante tecnología HPLC. Cuando fue posible, el V_d expresado en l/Kg se calculó a partir de la C_{max} obtenida tras la administración de la dosis de carga. Las C_{ss} se determinaron a partir de las 24h de iniciada la perfusión y se midieron cada 24h durante un periodo máximo de 96h. En función de la dosis recibida (mg/h) y la C_{ss} (mg/l) se calculó el aclaramiento en l/h. Otras variables recogidas: datos antropométricos, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), filtrado glomerular (FG), hemodiafiltración continua (HDFCVV).

RESULTADOS: El estudio incluyó 32 pacientes con 59±16 años de edad, 78% hombres, afectados de infección grave de origen abdominal (28%), urológica (28%), respiratoria (18,7%) y otras (25,3%). En el ingreso había shock séptico en un 56,2% de los casos, fracaso renal (FR) en el 12,5% y un APACHE medio de 18,2±6,8.

En 12 de los episodios de tratamiento se dispuso de datos para el cálculo del V_d que resultó ser de 0.40±0.2 l/Kg, con una C_{max} de fármaco libre tras una dosis de 2g de 52,9±24,6 mcg/ml. Se dispuso de 43 valores de C_{ss} con una dosis media de 236,8±44,1 mg/h. Para los casos con función renal normal, FR sin HDFCVV y hemodiafiltración continua las C_{ss} fueron respectivamente: 22,5±13,1 (n=27), 58,7±26,1 (n= 8) y 34,5±15,5 (n=8) mcg/ml. Las diferencias entre los tres grupos fueron estadísticamente significativas (ANOVA p < 0,0001). Como era de esperar los casos sin FR presentaron un aclaramiento (3,1±1,7 l/h) superior a los que lo presentaban (1,0±0,5 l/h) o a los que recibían HDFCVV (1,32±0,4 l/h).

CONCLUSIONES: el V_d medio de meropenem en los pacientes de nuestra cohorte fue un 60% superior al establecido en ficha técnica (0,25 l/Kg) lo que justifica la necesidad de administrar dosis de carga de 2g al inicio del tratamiento. En los pacientes sin FR ni HF la perfusión continua de dosis equivalentes a 2g/8h podría ser insuficiente para mantener niveles de antibiótico superiores a 4xCM_I para bacterias con CMI para meropenem de 8 mcg/ml.

1178. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA ANTIBIÓTICA EN PACIENTE CRÍTICO: DOSIFICACIÓN DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN PERFUSIÓN CONTINUA

AUTORES: ESTEVE PITARCH E, PADULLÉS ZAMORA A, GUMUCIO SANGUINO VD, ROJAS LoRA M, LOZANO ANDREU T, COBO SACRISTÁN S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. C/ FEIXA LLARGA S/N. Barcelona. España

OBJETIVO: Piperacilina/Tazobactam (P/T) es un antibiótico beta-lactámico tiempo dependiente. Su eficacia se relaciona con el índice farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) basado en el mantenimiento de la concentración plasmática (C_p) por encima de la concentración mínima inhibitoria (tC_p > CMI), durante todo el intervalo de administración. El objetivo principal fue evaluar si la administración de P/T en infusión continua (IC) permite alcanzar el índice PK/PD objetivo a las 24 horas (h) de su determinación. El objetivo secundario fue determinar el tiempo necesario para alcanzar dicho objetivo PK/PD según diferentes cortes de CMI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo en pacientes críticos con función renal correcta (GFR CKD-EPI>60 ml/min) en tratamiento empírico o dirigido con P/T en un hospital de tercer nivel. El régimen de dosificación de P/T en IC consistió en: dosis de carga de 4g administrado en 30 minutos (si no se había recibido tratamiento previo) seguido de la administración en IC de la dosis total diaria descrita en ficha técnica. Se determinaron las C_p en dos ocasiones: después de la dosis de carga (C_{max}) y en estado de equilibrio estacionario (después de 24 horas del inicio de la IC). Las C_p se midieron mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (UPLC/MS/MS). Para la evaluación de la adecuación al objetivo terapéutico se asumieron CMI teóricas de bacilos gram-ne-

gativos más prevalentes y se consideró como microorganismo sensible aquel con CMI > 16 mg/L. Análisis estadístico: SPSS v22.

RESULTADOS: Se incluyeron 22 pacientes (41% mujeres). Mediana de edad 46,9 años (Q1: 41,8-Q3: 54,3). Peso 76 Kg (Q1: 64,8-Q3: 82). La media de la función renal calculada por CKD-EPI fue de 90 mL/min (Q1: 63-Q3: 90). El 77% presentó foco respiratorio, el 9,1% infección del sistema nervioso central y el 9,1% bacteriemia. El 72% recibió dosis de carga de 4g. La Cp mediana después de la dosis de carga fue 56,1 mg/L (Q1: 10,9- Q3: 127,6), siendo el 87,5% superior a 8 mg/L (75,2% superior a 16 mg/L, 62,6% superior a 32 mg/L y 44% superior a 64 mg/L). Dos pacientes presentaron Cp post-dosis de carga < 8 mg/L. La Cp mediana después de 24h del inicio de la IC fue 54,3 mg/L (Q1: 31,7- Q3: 80,4). Todos los pacientes presentaron valores de Cp sostenidas a las 24h del inicio > 8 mg/L (95% superior a 16 mg/L, 85% superior a 32 mg/L y 45% superior a 64 mg/L). El objetivo terapéutico de Cp > 16 mg/L y 32 mg/mL se alcanzó desde el inicio del tratamiento (después de la dosis de carga), manteniéndose a lo largo de todo el intervalo de dosificación, en el 75% y 62,6% de los pacientes, respectivamente.

CONCLUSIONES: La administración de P/T con el régimen de IC permite alcanzar el objetivo terapéutico PK/PD a las 24h del inicio del tratamiento en el 95% de los pacientes. Dicha diana se alcanzó desde el inicio del tratamiento el 75% de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACODINÁMICA

592. OPTIMIZACIÓN FARMACOCINÉTICA/FARMACODINÁMICA DEL MEROPENEM MEDIANTE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: CALPE ARMERO P, FERRIOLS LISART R, FERNANDEZ GARCÍA P, PÉREZ PITARCH A, LUCAS ALCAHUZ B. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALENCIA. Avda. Blasco Ibáñez. Valencia. España

OBJETIVO. Evaluar la utilidad de la monitorización farmacocinética de las concentraciones séricas de meropenem como herramienta de ayuda para la optimización farmacoterapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis prospectivo y exploratorio de las concentraciones séricas de meropenem en pacientes críticos en el entorno asistencial. La toma de muestras séricas se realizó 10-20 minutos antes de la administración de la dosis (Cmin). Las concentraciones de meropenem se determinaron mediante cromatografía líquida de alta eficiencia. El límite de cuantificación fue de 0,25 mg/L. La técnica se validó de acuerdo a los criterios establecidos por la EMA. La evaluación del tratamiento con meropenem se realizó mediante el cálculo del tiempo durante el cual las concentraciones séricas de meropenem se mantenían por encima de cuatro veces la CMI de germen aislado ($T > 4 \times \text{CMI}$). Se consideró adecuado cuando $T > 4 \times \text{CMI}$ era igual o superior al 40% del intervalo de dosificación. La CMI del germen aislado fue la proporcionada por The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Si se desconocía el germen responsable de la infección se utilizaba la CMI de *Ps.aeruginosa* (2 mg/L). El análisis farmacocinético se realizó con el programa Abbottbase Pharmacokinetic Systems® (Abbott Laboratories, Illinois, USA).

RESULTADOS. Se incluyeron en el estudio 12 pacientes y 17 concentraciones séricas de meropenem (1,4 determinaciones/paciente). La indicación del tratamiento antibiótico fue sepsis/shock séptico (n=3), endocarditis (n=3), bacteremia (n=3), neumonía, osteomielitis y politraumatizado. El 42% fueron varones. La edad media fue de $55,3 \pm 15,5$ años, la creatinina sérica de $0,83 \pm 0,54$ md/dL, proteínas séricas de $5,7 \pm 0,7$ g/dL y albúmina de $3,1 \pm 0,7$ g/dL. La dosis empírica inicial de meropenem fue de 1g/8h (50%), 2g/8h (25%) y otras dosis (25%). El 92% (n=11) de los pacientes llevaban prescrito al menos otro antibiótico. La primera solicitud de monitorización se realizó a los 7 días del inicio del tratamiento (IC95%: 4-10 días). La concentración sérica fue de $14,4 \pm 23,3$ mg/L (CV = 168%). El 33% (n=4) de los pacientes requirieron un ajuste del esquema posológico inicial de meropenem. Tres pacientes (25%) por presentar concentraciones indetectables de meropenem y otro (8%) por concentraciones elevadas (Cmin: 77 mg/L y creatinina: 2 mg/dL). En el 87% de los casos se aceptaron las recomendaciones realizadas por el Servicio de Farmacia. Las recomendaciones se basaron tanto en la modificación de la dosis total diaria como en la ampliación del tiempo de perfusión intravenosa a 2-3 h.

CONCLUSIONES. Las concentraciones séricas de meropenem muestran una gran variabilidad interindividual y son inadecuadas en un porcentaje significativo de pacientes críticos. La monitorización farmacocinética de meropenem permitiría la identificación de estos pacientes y la optimización, de acuerdo a criterios farmacocinético/farmacodinámico, de los esquemas de dosificación.

340. POLIMORFISMO CYP2C19*2 EN EL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

AUTORES: Díaz Villmarín X, Urda Romacho J, Dávila Fajardo CL, Valle Corpas M, Villegas Rodríguez I, Fernández Ortega JDD.

Hospital Universitario San Cecilio. Av Dr. Olóriz s/n. Granada. España

OBJETIVO: Clopidogrel es metabolizado por la isoenzima CYP2C19 para obtener el metabolito activo responsable de su efecto antiagregante; además, el gen ABCB1 codifica la expresión de la glicoproteína-P responsable de la absorción de éste a nivel intestinal. En el tratamiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA) se ha observado que la respuesta al tratamiento antiagregante con clopidogrel se ve influenciado por la presencia de polimorfismos CYP2C19 y ABCB1, así, en los pacientes portadores de al menos un alelo CYP2C19*2 (malos ó intermedios metabolizadores) y/o los portadores del genotipo ABCB1 T/T (malos transportadores) existirá una mala respuesta antiagregante y por tanto un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Esta evidencia no ha sido ampliamente estudiada en el tratamiento antiagregante con clopidogrel tras un accidente cerebrovascular (ACV) y los resultados publicados son contradictorios. El objetivo de este trabajo es determinar la aparición de ACV, SCA o muerte cardiovascular en pacientes tratados con clopidogrel tras un ACV y evaluar su asociación con la presencia de polimorfismos CYP2C19 y ABCB1 (individualmente y combinados). **MATERIALES Y METODOS:** Estudio de cohortes, retrospectivo, de 4 años de duración (2010-2013) en un hospital de segundo nivel. Se revisaron todos los pacientes que sufrieron un ACV, sin ser sometidos a intervención quirúrgica, y que fueron tratados con clopidogrel. Datos recogidos: demográficos (edad, sexo), estado clínico al ingreso y al alta, genotipo de los pacientes para los polimorfismos CYP2C19*2 (rs4244285), CYP2C19*3 (rs4986893) y ABCB1 (rs1045642) y aparición de evento (ACV, SCA o muerte cardiovascular) en el año posterior al inicio con clopidogrel. Se utilizaron las escalas NHSS y Rankin para determinar el estado clínico al ingreso y al alta. Para el genotipado de los pacientes se emplearon sondas Taqman® y la técnica de discriminación alélica. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya® y la aplicación informática Archinet®. **RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 58 pacientes (36 hombres; edad media 68,3 años $\pm$ 9,6). Evaluación del estado clínico: la media de la escala NHSS al ingreso fue 3,43 $\pm$ 3,1 y al alta 1,57 $\pm$ 2,3. Los pacientes presentaron una media en la escala Rankin de 1,08 $\pm$ 1,2. Genotipado: 15 (25,9 %) pacientes fueron portadores del alelo CYP2C19*2 y ninguno del alelo CYP2C19*3. Se detectaron 10 (17,2 %) pacientes portadores ABCB1 T/T. Del total, 4 (6,8 %) pacientes sufrieron un evento en menos de un año del inicio del tratamiento con clopidogrel. De estos 4, uno (25 %) era portador del alelo CYP2C19*2 y otro era portador ABCB1 T/T. No encontramos asociación entre la presencia de polimorfismos genéticos CYP2C19 y ABCB1 con la aparición de estos eventos. **CONCLUSIONES:** La diferente respuesta antiagregante a clopidogrel no se ve afectada por la presencia de polimorfismos genéticos CYP2C19 y/o ABCB1 en pacientes tras ACV no intervenido quirúrgicamente.

540. PREVALENCIA DE INMUNOGENICIDAD A INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: INCORPORACIÓN DEL FÁRMACO BIOSIMILAR

AUTORES: PASCUAL MARMANEU O, BELLÉS MEDALL MD, LIÑANA GRANELL C, RAGA JIMENEZ C, ALVAREZ MARTIN T, FERRANDO PIQUERES R.

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVDA. BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: Comparar la inmunogenicidad de infliximab biosimilar (Inflectra®) respecto a la molécula de referencia (Remicade®) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se evalúa la prevalencia de inmunogenicidad y tiempo medio de aparición desde el inicio del tratamiento, así como los factores que pueden influir en su aparición.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Estudio observacional retrospectivo desde febrero-2013 hasta abril-2016 que incluyó todos los pacientes con EII, tratados con infliximab en el Departamento de Salud. Las concentraciones séricas de infliximab fueron determinadas por ensayo ELISA de captura inicialmente, mediante el equipo Promonitor® hasta marzo-2014 y posteriormente con Lisa-Tracker®. En aquellos pacientes con niveles séricos inferiores al límite de detección (LDD) (0.1mcg/mL con Lisa-Tracker® y 0.035mcg/mL con Promonitor®) se determinó la concentración de anticuerpos anti-infliximab (ATI) mediante ELISA puente. (LDD de 10ng/mL en Lisa-Tracker® y 2Ua/mL con Promonitor®)

En el subgrupo de pacientes con ATI, se analizaron factores que pueden influir en la aparición de inmunogenicidad: pauta posológica, edad, sexo, inmunogenicidad previa a fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), y tratamiento inmunomodulador concomitante (azatioprina y mercaptopurina)

Resultados expresados como la mediana y rango intercuartílico (IQR) para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Estudio estadístico realizado mediante prueba chi-cuadrado para cualitativas y prueba U Mann-Whitney para cuantitativas a mediante el programa STATA/IC-14.1.

RESULTADOS: Se analizaron 39 pacientes, de los cuales 32 habían recibido Remicade® y 7 Inflectra®. La prevalencia de pacientes en cuyas muestras se evidenció inmunogenicidad fue de 15.63% (5/32) y de 42.86% (3/7) en los tratados con la molécula de referencia y con el biosimilar, respectivamente ($p=0.137$). La mediana del tiempo de aparición de inmunogenicidad en el grupo con Remicade® fue de 820 días (IQR 276-978) y de 151 días (IQR 97-242) en el de Inflectra® ($p=0.10$). La mediana del valor de ATI en los pacientes con Remicade® fue de 112UA/mL (IQR 24-1124) en 4 muestras procesadas con Promonitor® y de 16ng/mL en 1 muestra determinada con Lisa-Tracker®. En los tratados con Inflectra, todas las muestras ATI positivas fueron procesadas con Lisa-Tracker®, obteniéndose una mediana de 161.93ng/mL (IQR 49.57-359.00).

La pauta posológica empleada fue 5mg/kg/8semanas en la mayoría de los pacientes excepto en 2 tratados con Remicade® con dosis intensificadas de 6mg/kg/8semanas y 5mg/kg/6semanas. La mediana de edad fue 41.5 años (IQR 32-48) vs 35.5 años (IQR 29.5-35.5) ($p=0.18$), y el 80% vs 33.33% ($p=0.19$) eran varones en los tratados con Remicade® e Inflectra®, respectivamente. Resaltar que de los 5 pacientes tratados con Remicade®, 2 habían presentado inmunogenicidad previa a anti-TNF, mientras que de los 3 tratados con Inflectra®, ninguno había evidenciado inmunogenicidad previa a anti-TNF. El porcentaje de pacientes que recibió tratamiento inmunomodulador fue del 40.00% en los tratados con la molécula de referencia y del 66.67% en el grupo del biosimilar ($p=0.47$).

CONCLUSIONES

La monitorización de niveles plasmáticos de fármaco biológico y de su inmunogenicidad constituye una herramienta muy potente para valorar la incorporación de los biosimilares en la práctica clínica. Ante los datos preliminares presentados es necesario realizar una estrecha vigilancia tanto de su eficacia como de su seguridad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

385. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA DE MONITORIZACIÓN DE CLOZAPINA MEDIANTE HPLC

AUTORES: RAMUDO CELA L, Yáñez Rubal JC, Zas García MI, Ollero Gómez J, Lestón Vazquez M, Martín Herranz I. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas. Universidade da Coruña (UD. Xubias de Arriba, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir los resultados de la implantación de la técnica de monitorización de niveles séricos de clozapina mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC).

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron el 100 % de los pacientes y de las muestras recibidas desde la implantación de la técnica analítica en noviembre 2015 hasta marzo de 2016. Se utilizaron variables demográficas (sexo y edad) y variables clínicas (diagnóstico psiquiátrico, número total de fármacos prescritos, número total de antipsicóticos prescritos y tratamiento con antipsicótico parenteral de larga duración). Se determinaron los niveles valle (predosis) en suero siendo la extracción realizada por personal de enfermería cualificado. La determinación de niveles plasmáticos de Clozapina y Norclozapina en muestras séricas se realizó mediante HPLC con detector UV-Vis utilizando el kit RAPsyD by HPLC® de Bio-Rad® siguiendo las instrucciones del proveedor. Los datos clínicos son extraídos del análisis de la historia clínica electrónica (IANUS®). Se utilizó el software Stata® 12.1 para realizar el análisis estadístico descriptivo y el de correlación de dosis/concentraciones séricas con el coeficiente R cuadrado. Los rangos terapéuticos utilizados fueron (350-600 ng/mL) para la clozapina y (50-180ng/mL) para la norclozapina.

RESULTADOS: Las variables numéricas se expresan como media±desviación estándar (mínimo-máximo) y las variables categóricas como frecuencia(porcentaje).

Los pacientes incluidos en el estudio son 28, 19 hombres (67.86%) y 9 mujeres (32,14%), con una edad de 39.5±12,47 (17-66) años. Los diagnósticos para los que se prescribe la clozapina son: esquizofrenia paranoide (89,29% de los pacientes) y trastorno bipolar (10,71%). Respecto a la medicación concomitante: número de fármacos totales prescritos 4,75±2,17 (2-9). Número de pacientes con politerapia de antipsicóticos: monoterapia 17,86%, biterapia 57,14%, triterapia 17,86%, tetraterapia 7,14%. Pacientes con antipsicótico depot de larga duración 13(46,43%). Se realizaron 46 determinaciones de niveles séricos con dosis de 304,35±118,24 (100-600) mg obteniéndose como concentraciones séricas: Clozapina 288,35±146,02 (78-736) ng/mL, Norclozapina 250,82±112,70 (89-660) ng/mL. Niveles fuera de rango terapéutico: Número de determinaciones de Clozapina 600ng/mL=2(4,35%).Norclozapina 180ng/mL= 27 (58,69%)

Correlación niveles/dosis: R-cuadrado: Clozapina/Dosis=0,0122; Norclozapina/Dosis=0,0709

CONCLUSIONES: -La variabilidad obtenida en las concentraciones séricas de clozapina, norclozapina, su falta de correlación con la dosis administrada nos indican que la determinación de los niveles plasmáticos es esencial para garantizar la eficacia y seguridad en los tratamientos con Clozapina mediante el ajuste de la dosis. La cantidad de determinaciones fuera de rango terapéutico sugiere que la técnica debe de emplearse de manera rutinaria en nuestros pacientes.

-Las concentraciones séricas de Norclozapina fueron especialmente altas en nuestros pacientes, se trata de pacientes polimedicados. Una hipótesis es la baja selectividad del detector UV-Vis y la proximidad de los tiempos de retención de otros fármacos y metabolitos con estructura aromática y heterocíclica que actuarían como sustancias interferentes.

-Solamente un 17,86% de nuestros pacientes estaba a monoterapia con clozapina. Un 46,43% de los pacientes utilizan formulaciones depot. El uso de asociaciones de antipsicóticos carece de estudios robustos y puede conllevar un incremento de los efectos adversos sin incrementar la eficacia terapéutica

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA

932. UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LEVETIRACETAM, LAMOTRIGINA Y TOPIRAMATO

AUTORES: López Navarro AÁ, Porta Oltra B, Martínez Moreno J, Pelegrín Cruz R, Fernández Romero L, Climente Martí M.

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

Objetivo. Evaluar la utilidad en la práctica clínica de la monitorización farmacocinética de los antiepilepticos de nueva generación levetiracetam, lamotrigina y topiramato.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de 1,5 meses de duración. Se incluyeron todas las solicitudes de monitorización de levetiracetam, lamotrigina y topiramato realizadas desde la incorporación de estas técnicas analíticas a la cartera de servicios de nuestro hospital hasta el 15 de Abril de 2016.

De las solicitudes de monitorización incluidas se obtuvieron los datos demográficos de los pacientes (edad y sexo), fármaco monitorizado, así como el motivo de la solicitud (sospecha diagnóstica de infradosificación, de intoxicación o control periódico).

La determinación de la concentración se realizó en muestras de plasma mediante turbidimetría empleando el equipo Architect C 4000-® Abbot laboratorios.

Se registró si la concentración plasmática se encontraba dentro, por debajo o por encima del intervalo de referencia (IRef): levetiracetam (12-46g/L), lamotrigina (3-14mg/L) y topiramato (5-20mg/L), y si en el informe farmacocinético realizado posteriormente se propuso modificar la pauta posológica respecto a la prescrita antes de la monitorización. La utilidad de la monitorización se definió como el porcentaje de solicitudes de monitorización con concordancia entre la sospecha diagnóstica inicial y la concentración plasmática de fármaco obtenida.

Resultados. Durante el periodo de estudio se registraron 27 solicitudes de monitorización distintas (levetiracetam 16/27, lamotrigina 9/27, topiramato 2/27). La mediana de edad fue de 48 años (min 3-max 87 años) siendo el 56% de los pacientes hombres. El motivo de solicitud registrado fue en el 52% de determinaciones sospecha de infradosificación, 44% control periódico y en 4% sospecha de intoxicación.

De todas las determinaciones, el 44% se encontraron dentro, 37% por debajo y 19% por encima del IRef. En el 56% de los episodios se recomendó modificar la pauta posológica prescrita previa a la monitorización.

Del total de determinaciones, la concentración plasmática no se correspondió con la sospecha diagnóstica inicial en el 48% de solicitudes de monitorización.

En el subgrupo de solicitudes motivadas por una sospecha de infradosificación (14/27), en la mitad de las ocasiones se identificaron concentraciones plasmáticas por debajo del intervalo terapéutico normalmente aceptado, tal y como inicialmente indicaba la sospecha diagnóstica. En la otra mitad, las concentraciones plasmáticas se encontraron dentro (4/14) o por encima del IRef (3/14).

De las solicitudes motivadas por un control periódico (12/27), el 58% de las concentraciones plasmáticas se encontraron dentro, 25% por debajo y 17% por encima del IRef.

Se registró una única solicitud (1/27) cuya sospecha diagnóstica inicial se describió como posible intoxicación resultando la determinación farmacocinética en una concentración plasmática dentro del IRef.

Conclusiones. En un amplio porcentaje de situaciones clínicas (48%) no hubo concordancia entre la sospecha diagnóstica que motivó la solicitud de monitorización y la concentración plasmática obtenida. Desde nuestra experiencia, la monitorización farmacocinética de los fármacos antiepilepticos de nueva generación levetiracetam, lamotrigina y topiramato constituye una herramienta útil en la práctica clínica diaria, especialmente en aquellas determinaciones motivadas por una sospecha de infradosificación.

1106. ANÁLISIS COSTE-EFICACIA DE CEFTAROLINA FRENTE A LA COMBINACIÓN DE VANCOMICINA Y AZTREONAM EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS COMPLICADAS

AUTORES: González García J, Madueño Alonso A, García Gil S, Nazco Casariego GJ, González de la Fuente G, Gutiérrez Nicolás F.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Ofra S/n La Cuesta. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Ceftarolina no fue inferior a la combinación de vancomicina/aztreonam con respecto a las tasas de curación clínica en el tratamiento de infecciones complicadas de piel y partes blandas (IcPTB) en dos ensayos de fase III, sin embargo, se asoció a una tasa significativamente mejor de respuesta clínica a 72h. Actualmente, la FDA, recomienda que los ensayos clínicos incluyan la evaluación de la respuesta clínica a las 72 horas como variable principal. Esta recomendación permite la identificación temprana de fracasos terapéuticos, evitando así el uso prolongado de antibióticos inapropiados, que repercute negativamente en la morbilidad y la mortalidad global. Por tanto, el objetivo del presente estudio será llevar a cabo un análisis de coste eficacia de ambos tratamientos antibióticos en el tratamiento de las IcPTB en España desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) utilizando la tasa de respuesta clínica a las 72 h como variable de eficacia.

MATERIAL Y METODOS: Análisis retrospectivo, modelizado mediante un árbol de decisiones. La eficacia de los tratamientos se estimó a partir de los resultados de los ensayos clínico aleatorizados CANVAS-1 y CANVAS-2, en el que se compararon CEF (600mg cada 12h) frente a la combinación VAN (1 g cada 12 horas) y AZT (2g cada 12h). El estudio se efectuó desde la perspectiva del SNS considerando únicamente los costes sanitarios directos:

- ☐ Costes de adquisición de los antibióticos (PVL).
- ☐ Administración intravenosa de dichos tratamientos.
- ☐ Estancia hospitalaria.
- ☐ Monitorización farmacocinética de vancomicina (2 por tratamiento)
- ☐ Tratamiento de las RA más frecuentes o que obligaron al cambio de antibiótico.

De acuerdo con los ensayos clínicos, se estimó que la duración de la estancia hospitalaria fue equivalente a la duración del tratamiento antibiótico (8 días). El coste de la estancia hospitalaria en una planta de hospitalización en España considero fue de 702,02 /día.

En caso de cambio de tratamiento, por fracaso terapéutico o toxicidad, la consecuencia económica es la instauración a las 72 horas de un régimen antibiótico de rescate. Se estimó que el paciente que fracasara al tratamiento con VAN/AZT recibiría CEF y viceversa, durante 14 días adicionales.

Se realizó un análisis de sensibilidad determinístico considerando los factores siguientes:

- ☐ Los costes mínimos y máximos de los recursos sanitarios.
- ☐ Los límites inferior y superior del intervalo de confianza del 95% (IC95%) del resultado de eficacia por intención de tratar modificada.

RESULTADOS: La tasa de respuesta clínica a las 72h, fue del 74% para el grupo ceftarolina y 66,2 % para el grupo vancomicina/aztreonam ($p = 0,018$). Con ceftarolina se producirían menos costes debidos a los fracasos del tratamiento (antibióticos de rescate, pruebas adicionales y prolongación de la estancia hospitalaria) que con VAN/AZT. Como consecuencia, en el caso base, el coste medio de tratamiento por paciente fue de 8.210, con vancomicina/aztreonam y 7.917, con ceftarolina (diferencia de 293). El resultado fue robusto en el análisis de sensibilidad con ahorros por paciente tratado con ceftarolina de 42-855.

CONCLUSIONES: Ceftarolina es coste-efectiva frente a la combinación de VAN/AZT en el tratamiento de las IcPTB

81. ANALISIS COSTE-UTILIDAD DE LA COLAGENASA EN LA CONTRACTURA DE DUPUYTREN

AUTORES: CARRERA HUESO FJ, SANJUAN CERVERÓ R, GOMEZ HERRERO D, POQUET JORNET J, RAMON BARRIOS MA.

Hospital Doctor Moliner. Portacoeli S/N. Valencia. España

OBJETIVO: El principal objetivo fue determinar que opción es más coste-efectiva en el tratamiento de la contractura de Dupuytren, la fasciectomía parcial o la administración de una dosis de colagenasa Clostridium histolyticum, en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de cohortes que compara el tratamiento de la contractura de Dupuytren entre un grupo de pacientes sometidos a fasciectomía parcial (n=48) o tratados con colagenasa (n=43). El seguimiento de ambos grupos se realizó durante seis meses tras la intervención y se recogieron todas las variables demográficas,

de riesgo y de resultado de interés en cada paciente. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito y el estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del hospital.

Para conocer la eficiencia realizamos un análisis coste-efectividad comparando ambos grupos en dos escenarios: al final del seguimiento y a los 20 años, ajustando la mortalidad por sexo y edad. En este último escenario se tuvo en cuenta las recurrencias de ambas intervenciones.

La perspectiva utilizada fue la del sistema sanitario. Se recogieron todos los costes médicos directos en ambas alternativas proporcionados por los Servicios de Farmacia y Contabilidad del hospital. Los costes son del 2016. El horizonte temporal fue de 20 años y la tasa de descuento aplicada a los costes y resultados fue del 3%. La utilidad de cada resultado fue tomada de estudios previos.

Para corroborar los resultados obtenidos a corto y largo plazo, realizamos un análisis de sensibilidad (univariante, de escenarios igualando las utilidades y probabilístico) de las principales variables tenidas en cuenta en nuestro modelo. Realizamos una simulación bootstrapping con 1000 remuestreos de los resultados obtenidos con nuestros pacientes para realizar el probabilístico.

RESULTADOS: La eficacia de la fasciectomy parcial fue del 87,5% y del grupo de la colagenasa fue del 67,4%, con similar incidencia de complicaciones inmediatas, alrededor del 18%. Ambos grupos de paciente fueron equiparables en cuanto a la gravedad de la enfermedad inicialmente.

El coste total del tratamiento con colagenasa al final del seguimiento fue de 1168,19€; desglosado en un 62,1% el coste de adquisición del medicamento, seguido de la propia administración del mismo, un 24,0%. En coste por paciente en el grupo de la fasciectomy fue de 1228,72€, siendo el coste de quirófano el que más incidió con un 40,2%, seguido de la anestesia (16,0%) y de la fisioterapia (14,0%).

El ratio coste-utilidad incremental de la colagenasa frente a la fasciectomy obtenido fue al final del seguimiento de -68.799,60 €/AVAC y a los 20 años fue de -12.730,99 €/AVAC. La variable que más modificó este ratio fue el número de viales de colagenasa utilizados

CONCLUSIONES: Una dosis de colagenasa *Clostridium histolyticum* es una alternativa coste-efectiva, a corto y medio plazo, en el tratamiento de la contractura de Dupuytren, en comparación con la fasciectomy parcial.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

560. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE NIVOLUMAB EN MONOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA METASTÁSICO

AUTORES: Arance Fernández A, Soria Rivas A, de la Cruz-Merino M L, Echave Espot M, Oyagüez Martín I, Carrasco Calvo M.

Hospital Universitari Clinic. Villarroel, 170. Barcelona. España

OBJETIVO: Estimar el coste incremental por año de vida ajustado por calidad (AVAC) adicional de nivolumab versus ipilimumab en 1ª línea (1L) de tratamiento en pacientes con melanoma avanzado, irresecable o metastásico (MM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un modelo de análisis de supervivencia con tres estados de salud excluyentes (pre-progresión, post-progresión y muerte) y ciclos de un mes de duración.

La simulación se inició con una cohorte hipotética de pacientes con MM, que reciben una 1L de tratamiento con nivolumab o ipilimumab. Las características clínicas de los pacientes fueron validadas por un panel de expertos. Según evidencia disponible en España, se consideró un 41% de pacientes BRAF mutados. La evolución clínica de los pacientes se modelizó con la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). La transición de pre a post-progresión implicó la administración de una línea subsecuente, diferente para los tratamientos comparados. Las dosis consideradas fueron nivolumab iv (3mg/kg cada 2 semanas hasta aparición de toxicidad inaceptable o progresión) e ipilimumab iv (3mg/kg cada 3 semanas, máximo 4 dosis) según las fichas técnicas aprobadas para MM. La eficacia y frecuencia de acontecimientos adversos (AA) de nivolumab se extrajeron del ensayo CheckMate-066 de 1L. La SG de ipilimumab se obtuvo de un análisis agrupado de pacientes naïve a quimioterapia incluido en la autorización de ipilimumab en 1L. La SLP de ipilimumab se extrajo del ensayo CheckMate-069 donde ipilimumab actuaba como brazo control frente a un régimen de la combinación de nivolumab+ipilimumab.

El análisis se desarrolló desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud incluyendo costes médicos directos (coste farmacológico de 1L y subsecuentes, de administración, de AA en 1L y manejo del paciente en pre y post-progresión), con un horizonte temporal hasta el fallecimiento del paciente. Se aplicó una tasa de descuento del 3% anual, a costes y resultados en salud.

Para el cálculo del coste farmacológico se consideró el PVL notificado y se aplicó la deducción correspondiente del RD8/2010.

El consumo de recursos sanitarios por estado de salud fue proporcionado por el panel de expertos, que definió además el posible patrón de tratamientos subsecuentes, en función del tratamiento previamente recibido en 1L.

Los valores de calidad de vida (utilidades) por estado de salud se obtuvieron del ensayo CheckMate-066, aplicándose disutilidades asociadas a los AA.

Para comprobar la robustez del modelo se realizaron análisis de sensibilidad (AS) determinísticos y probabilístico.

RESULTADOS: La administración de nivolumab en 1L aportó 3,05 AVAC frente a 1,15 con ipilimumab. El coste global del tratamiento con nivolumab supondría una inversión de 123.280, a lo largo de toda la vida del paciente frente a 116.944, con ipilimumab. Se obtuvo un ratio de 3.242/AVAC con nivolumab frente a ipilimumab.

Los AS determinísticos confirmaron la robustez del modelo. El 95,8% de las 1.000 simulaciones realizadas fueron inferiores a 15.000/AVAC según el AS probabilístico

CONCLUSIONES: Considerando aceptable un umbral de disponibilidad a pagar de 30.000/AVAC, nivolumab resultaría una opción coste-efectiva frente a ipilimumab para el tratamiento en 1L de pacientes con MM en España.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1074. ANALISIS DE LA POSOLOGIA Y COSTES ASOCIADOS DE LOS FARMACOS ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: FERRIT MARTIN M, GUTIERREZ ZUÑIGA L, GUIJARRO HERRERA S, CAPARROS ROMERO MS, SIMON SANCHEZ T, CALLEJA HERNANDEZ MA.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA. Avda. Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVOS: Analizar la posología de los fármacos Anti-Factor de Necrosis Tumoral-alfa (Anti-TNF-alfa) en la práctica clínica habitual en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) y evaluar el impacto económico de los ajustes posológicos comparados con la dosis estándar (según ficha técnica).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en las consultas externas de un servicio de farmacia de hospital. Se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados de AR y tratados con Anti-TNF-alfa al menos 6 meses durante el periodo de estudio (Enero de 2011-Diciembre de 2013). Los anti-TNF-alfa estudiados fueron: adalimumab (ADA), etanercept (ETN), infliximab (INF), golimumab (GOL). Las variables de estudio fueron: anti-TNF-alfa, duración tratamiento (semanas), dosis reales, porcentaje dosis respecto a la dosis estándar, ajuste posológico (optimización, intensificación), coste/paciente/anual real y teórico (dosis según ficha técnica), coste total anual dosis teóricas y reales. Las variables se recogieron de los registros electrónicos de dispensación. La dosis estándar se obtuvo a partir de la posología recomendada según la ficha técnica. Los ajustes posológicos fueron categorizados según la reducción/aumento respecto a dosis estándar: optimización (reducción de dosis) e intensificación (aumento de dosis). El análisis estadístico se realizó con el programa SSPS®.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 228 pacientes. El perfil de utilización de los Anti-TNF-alfa fue el siguiente: 42.5% ADA, 35.5% ETN, 14% GOL, 13.2% INF. La duración del tratamiento con Anti-TNF-alfa fue: 124±31 semanas INF, 89±35 semanas ADA, 88±38 semanas ETN, 79±38 semanas GOL. Las dosis estándar utilizadas fueron: 40mg/2 semanas ADA, 50mg/semana ETN, 50mg/mes GOL, 3mg/kg/8 meses INF. Las dosis medias reales utilizadas fueron: 36.0±5 mg/2 semanas ADA, 44.6±1 mg/semana ETN, 49.9±6mg/mes GOL, 5.0±1 mg/kg/8 meses INF. Los porcentajes de dosis medias utilizadas respecto a la dosis estándar se indican a continuación: 166.6% INF, 99.8% GOL, 90.0% ADA, 89.2% ETN. El grado de utilización de dosis estándar para cada fármaco fue: 85.7% GOL, 69.9% ADA, 59.3% ETN, 30% INF. Los ajustes posológicos realizados fueron: 35.8% optimización y 4.9% intensificación para ETN, 28.2% optimización y 1.9% intensificación para ADA, 7.1% optimización y 7.1% intensificación para GOL, 10% optimización y 60% intensificación para INF. Los costes de de la utilización de dosis estándar/paciente fueron: 12894, GOL, 12860, ADA, 11487, ETN, 6714, INF. Los costes de dosis reales/paciente/año fueron: 12892, GOL, 11583, ADA, 10.568, ETN, 9.201, INF. La diferencia de costes/paciente/año entre la dosis estándar teórica y dosis real fueron: -919, ETN, -1267, ADA, -2, GOL, +2487, INF. Los costes anuales totales según las dosis estándar teórica y dosis real fueron 2635963, y 2505575, respectivamente.

CONCLUSIONES: Se realizaron ajustes de dosis de los Anti-TNF-alfa en el 38.1% de los pacientes con Artritis reumatoide (27.1% optimizados versus 11.0% intensificados) lo que supuso una reducción del coste del 5%. Sería adecuada la adopción de nuevas medidas de eficiencia para mejorar la individualización posológica de los Anti-TNF-alfa en pacientes con Artritis reumatoide.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1155. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y DEL COSTE EVITADO DEBIDO A LA INTRODUCCIÓN DE INFlixIMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: SANTIAGO PRIETO E, IBARRA MIRA ML, ESCUDERO VILAPLANA B, SAAVEDRA QUIROS V, MANSO MANSO M, SÁNCHEZ GUERRERO A.

HOSPITAL UNIV. PUERTA DE HIERRO. Manuel de Falla, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Los fármacos biológicos representan una parte muy importante del presupuesto farmacéutico hospitalario, y la patente de gran parte de estos fármacos ha expirado o está próxima a expirar. En este sentido, la introducción de medicamentos biosimilares puede suponer una importante estrategia de ahorro de costes al sistema sanitario. Por ello, el objetivo de este estudio es analizar las condiciones de utilización y el impacto económico que ha tenido a incorporación de Infliximab- biosimilar a la Guía Farmacoterapéutica de un Hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con Infliximab- biosimilar desde Mayo de 2015 hasta Marzo de 2016. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso, dosis administrada, número de dosis administradas, servicio prescriptor, diagnóstico, efectos adversos, inicio o cambio de tratamiento, diferencia de coste Infliximab- Remicade® frente a Infliximab- biosimilar. Los costes de Infliximab- se calcularon en base a los precios netos de nuestro centro (PVL-descuentos+IVA). Los datos se sacaron de la historia clínica electrónica y del módulo de pacientes ambulatorios del programa informático Farmatools®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se trataron con Infliximab- biosimilar 22 pacientes (45% mujeres), edad media 46 años (28-62), todos inicios de tratamiento. Por servicios, el 45,45% fueron prescritos por Digestivo (con un 50% de diagnósticos de enfermedad de Crohn y 50% de colitis ulcerosa); 27,27% Reumatología (50% espondilitis anquilosante, 33% artritis psoriásica y 17% Artritis reumatoide); 13,64% Dermatología (todos por Psoriasis grave) y tres usos fuera de indicación: neurología por enfermedad de Belçet, Oncología por colitis por Ipilimumab y Alergología por poliposis nasosinusal y asma intrínsecas no controladas.

Infliximab- biosimilar fue utilizado en el 24% de los inicios de tratamiento. Durante este tiempo se han utilizado 30.356 mg de Infliximab- biosimilar, con un ahorro estimado en comparación con la utilización del Infliximab- original de 41.922 euros. Por servicios: Neurología 1.643 euros; Digestivo, 20.503 euros; Reumatología, 9.115 euros; Dermatología, 8.645 euros; Oncología, 359 euros; y Alergología, 1.657 euros. Por extrapolación, el ahorro que hubiera supuesto el uso del biosimilar en todos los nuevos pacientes se estima en 172.928 euros.

Cuatro de los pacientes experimentaron efectos adversos asociados al uso del fármaco, no requiriendo ninguno de ellos suspensión de tratamiento por este motivo y habiendo sido estos efectos adversos previamente descritos con Infliximab- original (reacciones infusionales y reacciones cutáneas).

CONCLUSIONES: El tratamiento con Infliximab- biosimilar ha supuesto un importante ahorro económico con respecto a la molécula original. A pesar del pequeño porcentaje de efectos adversos registrados asociados al tratamiento con el fármaco, la proporción de nuevos pacientes en tratamiento es todavía reducido. Sin embargo, es de destacar que, aunque el porcentaje de utilización es todavía bajo, Infliximab- biosimilar se ha utilizado por una gran variedad de Servicios, no solamente en todas las indicaciones para las que está autorizado, sino también para otras fuera de ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1181. ANÁLISIS DE LOS COSTES DE LA ELABORACIÓN DE CICLOS DE QUIMIOTERAPIA CON ANTELACIÓN A SU CONFIRMACIÓN.

AUTORES: PICAZO SANCHIZ G, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, MARTÍN CASASEMPERE I, SANTAOLALLA GARCÍA I, RUBIO CEBRIÁN B, MORIEL SÁNCHEZ C.

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

OBJETIVOS: Calcular el coste de los ciclos de quimioterapia (CQT) elaborados con antelación. Analizar qué tratamientos se realizan con mayor frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado durante el período de junio a diciembre de 2015. Coincidiendo con la puesta en marcha de la nueva sala blanca en junio de 2015, desde el servicio de Farmacia (SF) se planea hacer en las tardes de lunes a jueves los CQT que por estabilidad, mayor de 24 horas, y costes fuera posible, siguiendo así una de las estrategias que propone el sistema de elaboración de citostáticos dose banding para reducir el tiempo de espera de los pacientes en hospital de día y agilizar el trabajo del personal del servicio de Farmacia encargado de la elaboración de las mezclas. Se revisaron los datos de estabilidad de los ciclos y, teniendo en cuenta el coste, se establecieron aquellos que se podían elaborar en turno de tarde. Se realizó un registro de los tratamientos que se hicieron con antelación y que fueron suspendidos, y con el sistema informático Farmatools® se descargó el listado de todos los tratamientos elaborados de junio a diciembre de 2015.

RESULTADOS: En los siete meses de estudio se hicieron 4.419 preparaciones para 398 pacientes, 1.593 (36.05%) mezclas fueron preparadas con antelación, de las cuales 226 (14.19%) fueron suspendidas. El coste total de las 4.419 mezclas fue de 1.701.064,96€. Las 1593 mezclas realizadas con antelación suponían un gasto de 25.080,35€ (1.47%) de los que 3641.36€ (0.21%) corresponden a las preparaciones que fueron suspendidas y no se reutilizaron.

Los tratamientos hechos con más frecuencia fueron: paclitaxel 333 (20.77%), carboplatino 149 (9.3%), oxaliplatino 145 (9.05%), etopósido 125(7.80%) y gemcitabina 122(7.61%).

CONCLUSIONES: La preparación de CQT con antelación ha demostrado ser una estrategia eficiente, ya que más de un tercio de las preparaciones totales se realizaron en turno de tarde y los CQT desechados no suponen un elevado coste para el servicio de Farmacia, teniendo en cuenta que en el periodo de estudio ninguna mezcla fue reutilizada. Además la elaboración anticipada nos permite mantener la individualización de los CQT.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1076. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE DISPENSADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN LA DÉCADA 2005-2015

AUTORES: Horta Hernández A, Yusta Izquierdo A, Escalera Izquierdo B, Blanco Crespo M, Martín Alcalde E, Molina Alcántara MC.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. Donantes de Sangres, s/n. Guadalajara. España

OBJETIVOS: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central. Se caracteriza por crisis neurológicas autolimitadas (brotes) seguidas de periodos de recuperación parcial o completa. Es la segunda causa de discapacidad neurológica en adultos jóvenes. En la última década, se han comercializado nuevos fármacos para EM que han demostrado reducir la frecuencia y la severidad de los brotes. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución del número de pacientes tratados y el gasto asociado a los fármacos modificadores de la enfermedad (FME), según línea de tratamiento en un hospital de segundo nivel en 2005-2015. **MATERIAL Y**

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los FME dispensados para EM en el periodo 2005-2015. Los FME de primera línea incluidos son: Interferon beta 1A IM, Interferon beta 1A SC, Interferon beta 1B, Acetato de Glatirámico, Dime-tilfumarato y Teriflunomida. Los FME de segunda línea son: Fingolimod y Natalizumab. Los datos de consumo se obtuvieron de la aplicación Farmatools® del Servicio de Farmacia. Se evaluó el número de pacientes tratados y el gasto por medicamento y año. Además, se calculó el coste anual por paciente en primera y segunda línea de tratamiento.

RESULTADOS: Se observó un incremento en el número de pacientes y en el coste global de los FME en el periodo de estudio: año 2005 (48 pacientes, 483.620 €), 2006 (56 pacientes, 530.031 €), 2007 (66 pacientes, 603.978 €), 2008 (82 pacientes, 772.155 €), 2009 (96 pacientes, 906.448 €), 2010 (107 pacientes, 967.170 €), 2011 (142 pacientes, 1.218.188 €), 2012 (153 pacientes, 1.360.888 €), 2013 (154 pacientes, 1.540.859 €), 2014 (169 pacientes, 1.602.088 €) y 2015 (175 pacientes, 1.702.288 €). Si analizamos el porcentaje de pacientes con FME de 1ª línea fue del 100% en 2005-2006. A partir de 2007, los FME de primera línea fueron decreciendo: 98,48 % (2007), 90,24% (2008), 88,54 % (2009), 83,18% (2010), 86,62% (2011), 83,66% (2012), 81,82% (2013), 78,70% (2014) y 78,86% (2015). En cuanto al coste, los FME de 2ª línea en 2007 suponían sólo el 0,26% del total, pero experimentaron un crecimiento continuo a lo largo del estudio: 9,39% (2008), 17,20% (2009), 24,59% (2010), 24,17% (2011), 23,78% (2012), 29,43% (2013), 33,12 % (2014) y 35,82% (2015). En 2015, hubo 138 pacientes con FME de 1ª línea (1.092.563 €) frente a 37 pacientes de 2ª (609.725 €). En 2015, el coste anual por paciente en primera línea de tratamiento disminuyó el 21,4% respecto al año 2005. **CONCLUSIONES:** Entre 2005-2015, los pacientes tratados con FME aumentaron un 360% y el coste de los FME un 352%. El aumento en el número de pacientes está motivado por las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de iniciar tratamiento precozmente para lograr un mejor control de los síntomas y ralentizar la progresión de la discapacidad. Los FME de 2ª línea duplican el coste por paciente respecto a la 1ª línea. La bajada del coste anual por paciente en primera línea por la disminución del coste de los fármacos, ha permitido contener el incremento global del coste.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

674. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL CONSUMO DE NEOSTIGMINA FRENTE A SUGAMMADEX DURANTE LOS AÑOS 2012-2015

AUTORES: SANTIAGO GALLEGO B, MARTIN CURZ B, MORIEL SANCHEZ C, RUBIO CEBRIAN B, GARRIDO PEÑA N, PICAZO SANCHIZ G.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MOSTOLES. RIO JUCAR S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la variación del consumo de Neostigmina y Sugammadex en los servicios quirúrgicos durante un periodo de cuatro años y su repercusión económica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde el año 2012 hasta el año 2015. Las variables a medir fueron: unidades dispensadas y gasto por servicios de Neostigmina 2,5mg amp. 5 mL, Sugammadex 100 mg/ml amp 2 mL y Sugammadex 100 mg/ml amp 5 mL; fármacos empleados para la reversión del bloqueo neuromus-

cular inducido por bloqueantes neuromusculares no despolarizantes después de la cirugía. Los datos se obtuvieron del programa informático de gestión económica del Servicio de Farmacia (Farmatools®).

RESULTADOS: El consumo de Neostigmina durante el periodo de estudio fue: 2.135 unidades en 2012, 1.558 unidades en 2013, 864 unidades en 2014 y 694 unidades en 2015, suponiendo un descenso medio en las unidades dispensadas por año del 9,14% (480); por el contrario, el consumo de Sugammadex fue: 388 unidades en 2012, 737 unidades en 2013, 1.047 unidades en 2014 y 1.282 unidades en 2015 lo que supone un aumento medio de las unidades dispensadas por año del 8,69% (300). Las unidades dispensadas de Neostigmina frente Sugammadex por servicios fueron de: Quirófano 1.970 vs 101 en 2012; 1.410 vs 682 en 2013; 735 vs 1.005 en 2014 y 612 vs 1.216 en 2015; Reanimación 68 vs 287 en 2012, 53 vs 51 en 2013, 38 vs 37 en 2014 y 17 vs 56 en 2015; Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria 97 vs 0 en 2012, 85 vs 4 en 2013, 90 vs 4 en 2014 y 50 vs 6 en 2015. Asumiendo un precio medio de compra de 0,37€, por ampolla de Neostigmina, 70€, por vial de Sugammadex 2 mL y 170€, por vial de Sugammadex 5 mL; supone un gasto de 1.942,87€, por las dispensaciones de Neostigmina y de 259.580€, por ambas presentaciones de Sugammadex durante el periodo estudiado. La variación en la dispensación de Sugammadex conlleva un incremento del gasto anual de 22.000€.

CONCLUSIONES: Como reflejan los datos ha habido un aumento en las dispensaciones de Sugammadex y como consecuencia un aumento del gasto económico en el hospital, a veces no suficientemente justificado. Dicho aumento puede relacionarse con la instalación, en el año 2013, de sistemas de dispensación automatizada (SAD) en los servicios de Quirófano y Reanimación, lo que deriva en un menor control de las dispensaciones por parte del SFH. Dado el impacto económico de este medicamento se hace necesaria la dispensación con validación previa del farmacéutico en los SAD, una vez revisado que la prescripción se ajusta a un protocolo de uso en la historia clínica electrónica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

528. COSTE DE LA QUIMIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN ESPAÑA

AUTORES: Delgado Ortega L, González Domínguez A, Cordero Puentes LA, Hidalgo Vega Á, Moya de Alarcón C. Weber Economía y salud. C/ Las Norias, 123. Madrid. España

OBJETIVO: Estimar la carga económica del tratamiento de quimioterapia, administración y farmacológico, del cáncer de ovario epitelial en España para los cuatro estadios de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un modelo de Markov desde la perspectiva social, con un horizonte temporal de 10 años, simulando la historia natural del cáncer de ovario epitelial con ciclos de 3 semanas de duración, correspondiente al tiempo en que se administra un ciclo de quimioterapia, para los cuatro estadios de la enfermedad. El uso de recursos y los costes se calculan por tipo de costes: directos sanitarios, directos no sanitarios e indirectos, siendo el coste de la quimioterapia uno de los costes directos sanitarios que suponen mayor carga económica. Para estimar este coste, la quimioterapia (QT) se clasifica en 1) QT neoadyuvante: se administra a mujeres no subsidiarias de cirugía óptima, 2) QT adyuvante: se administra después la cirugía en estado-Estable- de estadios I, II y III, 3) QT post-progresión: se administra en estado de -Post-Progresión- en estadios I y II, y 4) QT Avanzada: se administra en estado de -Post-Progresión- para estadio III y en cualquier estado de salud del estadio IV. El coste total de la quimioterapia incluye el coste de la administración y el farmacológico. La tasa de descuento es del 3% y los costes se han actualizado a euros de 2015. Todos los datos del modelo, proceden de literatura nacional e internacional, consensuados por un comité de expertos mediante un cuestionario anonimizado y dos reuniones presenciales.

RESULTADOS: El coste del cáncer de ovario epitelial en 10 años es de 3.513 millones de euros y de éstos la quimioterapia supone 799.390.379 € (22,8%), distribuida de la siguiente manera: QT neoadyuvante 9.519.519 € (0,27%), QT adyuvante 274.370.710 € (7,81%), y la QT post-progresión y QT avanzada, 55.270.123 € (1,57%) y 460.230.027 € (13,10%), respectivamente. El peso del coste total de la QT en la carga económica global del cáncer de ovario epitelial en diez años según el estadio de la enfermedad se distribuye de la siguiente manera: en el estadio I supone un 37,3% del coste, un 55,0% en el estadio II, el 38,0% en el estadio III y 46,1% en el estadio IV. Los costes medios de la quimioterapia según paciente/año son 9.318 €, de éstos 146,2 € se deben a la QT neoadyuvante, 3.345,6 € a la QT adyuvante, 515,2 € a la QT post-progresión y 5.310,5 € a la QT avanzada. Por estadio suponen un coste medio anual/paciente de 2.114,3 €, 5.124,4 €, 11.132,2 € y 16.976,4 €, en los estadios I a IV, respectivamente.

CONCLUSIONES: La estimación de la carga económica de la quimioterapia supone prácticamente la mitad de los costes sanitarios directos, esto es gran medida debido a los estadios III y IV de la enfermedad.

777. COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MODIFICADOR DE PRIMERA LINEA CON INTERFERON BETA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE

AUTORES: ALAÑÓN PARDO MM, ÁREAS DEL ÁGUILA VL, FERNÁNDEZ MARCHANTE AI, FRANCO SERENO MT, BENET GIMÉNEZ I, RODRIGUEZ MARTÍNEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. Calle del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Evaluar el coste-efectividad a dos años de tratamiento modificador de primera línea con interferón beta (INFβ-1A) en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes naive diagnosticados de EMRR que iniciaron tratamiento con INFβ-1A desde enero 2009 hasta diciembre 2014 y que continuaban con cualquier tratamiento para misma enfermedad en diciembre 2015 en el área de atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital terciario con 550 camas. Criterios de exclusión: pacientes tratados con INFβ-1B y glatirámico, debido a su escasa utilización en el hospital durante el período estudiado.

Variables recogidas: sexo, edad, duración de EMRR (tiempo desde diagnóstico hasta inicio de tratamiento), persistencia al tratamiento con INFβ-1A intramuscular (IM) y subcutáneo (SC) al segundo año (P2), número de recaídas, costes del tratamiento farmacológico, urgencias, consulta sucesiva y hospitalización de día.

Se definió -persistencia- como tiempo transcurrido desde inicio hasta discontinuación del tratamiento con INFβ-1A y -recaída- como aparición de nuevos signos y síntomas mantenidos durante ≥24 horas, separados de una recaída previa durante ≥1mes, valorados posteriormente por el neurólogo.

La efectividad fue evaluada como -número de recaídas evitadas (RE)-, calculando la diferencia entre las medias del número de recaídas que sufre un paciente sin tratar durante dos años (2,56-valor medio del grupo control con placebo según ensayo PRISMS) y durante dos años de tratamiento con INFβ-1A; aplicando una reducción correspondiente a la -no persistencia- (1-P2)

Los -costes de recaídas-(CRecaídas) fueron calculados multiplicando el coste medio por recaída (2.079,2) por la media de recaídas producidas tras dos años de tratamiento. Cálculo de coste medio por recaída: coste metilprednisolona 1g/día x 5 días + coste urgencias (239,1) + coste dos consultas sucesivas (91,1 x 2) + coste hospitalización de día (325) x 5 días, considerando precios autonómicos de facturación (año 2014) y aplicando tasa de descuento del 3%.

-Costes tratamiento farmacológico-(CINFβ): -coste mensual adquisición de cada fármaco-(valor medio del PVF correspondiente al período 2009-2014 y aplicando tasa de descuento del 3% x 24 meses x P2).

El coste-efectividad fue valorado como -coste por RE-, dividiendo coste total (CRecaídas+CINFβ) entre número de RE a dos años de tratamiento.

Fuentes consultadas: historia clínica, programas de dispensación a pacientes externos y de gestión de stocks.

Análisis estadístico (IBM-SPSS Statistics_v.19): t-test para comparar variables cuantitativas; Chi-Cuadrado para cualitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron 51 pacientes con EMRR (74,5% mujeres, edad media: 40,9±9,2 años): 28 iniciaron con INFβ-1A-IM y 23 con INFβ-1A-SC. Características basales INFβ-1A-IM vs. INFβ-1A-SC: sexo (71,4% vs. 78,3% mujeres, p=0,577), edad media (41,3 vs. 40,4 años, p=0,769), duración media (4,3 vs. 2,5 años, p=0,166), media de recaídas durante dos años previos al inicio del tratamiento (1,36 vs. 1,14, p=0,277).

P2 INFβ-1A-IM vs. INFβ-1A-SC: 78,3% vs. 75,0%, (p=0,807).

Media de recaídas a dos años con INFβ-1A-IM vs. INFβ-1A-SC: 0,33 vs 0,56, p=0,463.

El tratamiento con INFβ-1A-IM presentó mayor número de RE (1,75) que INFβ-1A-SC (1,5), p=0,598.

Los CRecaídas fueron mayores con INFβ-1A-SC que INFβ-1A-IM (1.164,3 vs. 686,1).

CINFβ INFβ-1A-IM vs. INFβ-1A-SC: 14.838,2 vs. 12.463,2.

El coste por RE fue menor para INFβ-1A-IM (8.871) que INFβ-1A-SC (9.085)

Conclusiones

Según nuestra experiencia, INFβ-1A-IM ha resultado ser más eficiente que INFβ-1A-SC en evitar las recaídas a dos años de tratamiento.

529. EL CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN ESPAÑA: CARGA ECONÓMICA - ESTUDIO OVARCOST

AUTORES: Delgado Ortega L, González Domínguez A, Cordero Puentes LA, Hidalgo Vega Á, Moya de Alarcón C. Weber Economía y salud. C/ Las Norias, 123. Madrid. España

OBJETIVO: Estimar la carga económica del cáncer de ovario epitelial en España para los cuatro estadios de la enfermedad, puesto que esta enfermedad supone costes significativos para las pacientes, los servicios sanitarios y la sociedad en general.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un modelo de Markov desde la perspectiva social, con un horizonte temporal de 10 años, simulando la historia natural del cáncer de ovario epitelial con ciclos de 3 semanas de duración, correspondiente al tiempo en que se administra un ciclo de quimioterapia, para los cuatro estadios de la enfermedad. El uso de recursos y los costes se calculan por tipo de costes: directos sanitarios, directos no sanitarios e indirectos. Los costes sanitarios directos considerados son el cribado oportunista, el consejo genético a familiares, visitas al médico, pruebas diagnósticas, el tratamiento (cirugía, quimioterapia neoadyuvante, quimioterapia adyuvante, quimioterapia post-progresión y avanzada), las hospitalizaciones no quirúrgicas, las urgencias y los cuidados paliativos. Los costes directos no sanitarios considerados son los cuidados formales e informales mientras que los costes indirectos incluyen la pérdida de productividad laboral de las pacientes a causa de una incapacidad temporal o permanente y la mortalidad prematura. La tasa de descuento es del 3% y los costes se han actualizado a euros de 2015. Todos los datos del modelo, proceden de literatura nacional e internacional, consensuados por un comité de expertos mediante un cuestionario anonimizado y dos reuniones presenciales.

RESULTADOS: El coste del cáncer de ovario epitelial en 10 años es de 3.513 millones de euros. Los costes directos sanitarios son 1.941,9 millones de euros, los costes directos no sanitarios 1.501,3 millones de euros y costes indirectos 70,6 millones de euros. El 55,3% de la carga económica de esta enfermedad procede de los costes directos sanitarios, y el 90% de este coste proviene de las hospitalizaciones (897 millones de €), la quimioterapia avanzada (460 millones de €), la quimioterapia adyuvante (274 millones de €) y la cirugía (138 millones de €). El coste paciente/año es de 34.827 €, siendo el estadio III de la enfermedad el que supone un coste mayor (46.512 €). Los costes directos sanitarios ascienden a 21.347 €/paciente/año y los costes directos no sanitarios e indirectos son de 12.715 € y 766 €/paciente/año, respectivamente. El 99,7% de los costes directos no sanitarios corresponden a cuidados informales, y el 75% de la pérdida de productividad laboral corresponde al estadio I.

CONCLUSIONES: La estimación de la carga económica del cáncer de ovario es muy relevante para los tomadores de decisiones sanitarias dado que, al conocer el uso de recursos sanitarios y sociales en cada uno de los estadios de la enfermedad, permitirá priorizar intervenciones sanitarias para la prevención y/o el tratamiento del cáncer de ovario.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

316. ESTIMACIÓN DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL USO DE LOS INHIBIDORES DE PCSK9 EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: SIERRA SANCHEZ JF, GAVIRA MORENO R, GAZQUEZ PEREZ R, JIMENEZ PICHARDO L, ALCALA SOTO A, MORA HERRERA C.

HOSPITAL DE JEREZ. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE CADIZ. CTRA. CIRCUNVALACION S/N. Cádiz. España

OBJETIVO: estimar el impacto presupuestario de los nuevos fármacos hipolipemiantes inhibidores de PCSK9 (i-PCSK9), evolocumab y alirocumab, en un área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un análisis de impacto presupuestario (AIP), con un horizonte temporal de tres años, de la introducción de i-PCSK9 en un área de salud de 455.436 habitantes. Para determinar la población objetivo (PO), se realizó una estimación utilizando los datos de facturación farmacéutica recogidos en la base de datos corporativa de facturación de recetas (pacientes en tratamiento con estatinas en diferentes intensidades de dosis±ezetimiba o con ezetimiba en monoterapia) y los resultados de pruebas analíticas de laboratorio (niveles de colesterol LDL [c-LDL], creatinina [CPK] y transaminasas [ALT y AST]) pertenecientes a 2015. La PO se definió por uno de los siguientes criterios: 1) tratamiento con estatinas de alta intensidad+ezetimiba, con un nivel de c-LDL >100 mg/dL, y 2) tratamiento con estatinas intensidad moderada+ezetimiba o ezetimiba en monoterapia, con intolerancia a estatinas. Se consideraron intolerantes a estatinas aquellos pacientes con elevación de CPK, ALT y/o AST >3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) e historia de tratamiento con al menos 3 estatinas. Para la estimación del impacto presupuestario (IP) se tomaron los costes directos (PVL-7,5%+4%IVA) de evolocumab (5.172 €/año) y alirocumab (4.825 €/año), y se calculó el coste total del tratamiento hipolipemiante en el área con estatinas±ezetimiba. El coste incremental del tratamiento de los pacientes que cumplieron el criterio 1 fue el del i-PCSK9 + el coste del tratamiento en curso (estatina+ezetimiba). El coste incremental del tratamiento de los pacientes que cumplieron el criterio 2 fue el correspondiente a los i-PCSK9 en monoterapia. Calculado IP para la PO, se hizo el AIP a tres años, considerando una introducción gradual de i-PCSK9 del 30%, 70% y 100% durante el primer, segundo y tercer año. Se realizó un análisis de sensibilidad para estimar el efecto de la aplicación del objetivo de reducción de c-LDL recogido en el informe NICE de 155 mg/dL de c-LDL.

RESULTADOS: durante 2015 recibieron tratamiento con alguna estatina un total de 50.978 pacientes. La PO está constituida por un total de 95 pacientes (85 cumplieron el criterio 1 y 10 cumplieron el criterio 2). El coste total del tratamiento hipolipemiente los pacientes del área en 2015 fue de 4.746.999,27€. El uso de i-PCSK9 tendría un IP a tres años de entre 957.541-1.023.469€, lo que supone un IP mínimo de 143.631€ (3,03%) el primer año y un máximo de 511.734€ (10,78%) el tercer año. La aplicación del objetivo de reducción de c-LDL propuesto por el NICE conllevaría una reducción de la PO a 55, con un IP de 82.852€ (1,75%) el primer año y 295.257€ el tercer año (6,22%).

CONCLUSIONES: la incorporación de los nuevos i-PCSK9 a la terapia hipolipemiente según los criterios actualmente establecidos, tendría un IP de entre tres y diez puntos porcentuales en los primeros tres años de uso. La aplicación de unos criterios menos exigentes de reducción de c-LDL, podría reducir este IP a la mitad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

79. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES ORALES ENTRE 2008 Y 2015 Y HEMORRAGIAS ASOCIADAS A LOS MISMOS ENTRE 2012 Y 2015.

AUTORES: LÓPEZ SEPÚLVEDA R, García Lirola MÁ, Espinola García E, Anaya Ordóñez S, Martín Sances MS, Cabeza Barrera J.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA. Avda. de las Fuerzas Armadas, 2. Granada. España

OBJETIVOS: Analizar el impacto económico y la evolución del uso de anticoagulantes orales desde 2008 en nuestra provincia y las hemorragias graves experimentadas por esos pacientes entre 2012 y 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional. 1) Estudio de utilización. Ámbito de estudio: dos hospitales de tercer nivel y sus áreas de referencia. Se atiende a una población aproximada de 666.000 habitantes. Los datos se obtuvieron a través de la facturación de recetas de acenocumarol, warfarina, dabigatrán, rivaroxabán y apixabán. Periodo de estudio: 2008 al 2015. Variables: Importe, dosis diarias definidas (DDD)/1000 habitantes y día (DHD) y el número de pacientes y edad media. 2) Resultados en salud. Se estudió el número de hemorragias graves atendidas en los dos hospitales de referencia en pacientes tratados con anticoagulantes orales entre 2012 y 2015.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 24.498 pacientes con una edad media de 76,7 años entre 2008 y 2015. El incremento global en las DHD ha sido del 88,9%: de 6,3 DHD (2008) a 11,8 DHD (2015). Las DHD en 2015 fueron: 6,6 acenocumarol; 0,6 warfarina; 2,7 dabigatrán; 1,3 rivaroxabán y 0,6 apixabán. Ese año el 91,4% de los pacientes (13.218) se trataron con antivitaminicos K (12.370 acenocumarol y 848 warfarina); y el 8,6% (1.241) con anticoagulantes de acción directa (ACODs) (480-dabigatrán, 494-rivaroxabán y 267-apixabán). Mientras que el número de pacientes tratados aumentó en un 44,6% durante el periodo de estudio, el importe PVP total se incrementó en un 573,8% entre 2008 y 2015: de 232.650€ a 1.567.675€. En 2015 el importe PVP de los ACODs para tratar al 8,6% de los pacientes supuso el 81,2% del gasto (1.273.460€). El número de pacientes con hemorragias graves entre 2012 y 2015 fueron respectivamente: 146, 136, 128 y 121. Siendo las asociadas a ACODs: 2, 8, 10 y 12, respectivamente. En 2015 el 0,7% de los pacientes con ACODs experimentaron hemorragias graves frente al 0,6% de los pacientes con antivitaminicos K. Este porcentaje para cada fármaco fue: 0,6% acenocumarol; 0,4% warfarina; 1,2% dabigatrán; 0,5% rivaroxabán y 0% apixabán.

CONCLUSIONES: El gasto en anticoagulantes orales ha crecido notablemente en los últimos 7 años en nuestro ámbito. Esto es debido en parte al desplazamiento de la prescripción hacia los nuevos fármacos y al coste mucho más elevado de los ACODs. Este desplazamiento podría responder más a una estrategia de marketing que a ventajas clínicas reales.

A lo largo del periodo de estudio el número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales se ha incrementado notablemente, por el contrario el número de hemorragias viene descendiendo desde el año 2012. Esto podría explicarse porque se esté haciendo un uso más controlado de los mismos.

En 2015 dabigatrán mostró el porcentaje más alto de hemorragias asociadas y apixabán el más bajo, sin embargo apenas hubo diferencias en el porcentaje de hemorragias al estudiar en conjunto los antivitaminicos K y los ACODs.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

1147. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA INCORPORACIÓN DE TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES: LETELLEZ FERNANDEZ J, BRAVO LAZARO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CAMINO DEL MOLINO Nº2 28028. Madrid. España

OBJETIVO: Principal: Evaluar el impacto económico que ha supuesto la incorporación de la formulación subcutánea de trastuzumab para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama HER2+.

Secundario: Llevar a cabo un análisis de impacto presupuestario para la hipótesis de sustituir el 100% de la formulación intravenosa por la formulación subcutánea durante un año.

MATERIAL Y METODOS: Análisis de impacto presupuestario llevado a cabo en un hospital de segundo nivel desde Enero hasta Diciembre 2015. La formulación subcutánea se introdujo en el centro en Junio 2015, bajo la premisa que ambas formulaciones se consideran equivalentes (estudio HannaH).

La perspectiva del estudio fue la del Sistema Nacional de Salud considerando únicamente los costes directos sanitarios farmacológicos de ambas formulaciones calculados como PVL (Mayo 2016) sobre el que se aplicó el IVA (4%) y la deducción estipulada de acuerdo al Real Decreto-Ley 8/2010 y descuentos de laboratorio.

Los costes de la formulación intravenosa fueron calculados en mg desde la premisa del máximo aprovechamiento de viales.

Se incluyeron en el análisis pacientes con diagnóstico de cáncer de mama HER2+ precoz o metastásico en tratamiento con trastuzumab.

La recogida de datos se llevó a cabo de forma retrospectiva. Se registraron los siguientes datos: número de pacientes al mes con dispensaciones de trastuzumab intravenosa o subcutáneo, incluidas en protocolos de administración trisemanal con las posologías descritas en ficha técnica (intravenosa: 8mg/Kg dosis de carga; 6 mg/kg dosis de mantenimiento; subcutánea: 600 mg dosis fijas), número de dispensaciones realizadas y el coste asociado a las mismas. Se calculó la diferencia entre el coste medio por administración para cada una de las formulaciones, así como el impacto económico que representaría la sustitución del 100% de la formulación con menor coste medio por dispensación durante un año de tratamiento.

Fuente de datos: módulo de pacientes ambulatorios (Farmatools; Dominion); registro y análisis de datos MS Excel.

RESULTADOS: Se contabilizaron un total de 353 dispensaciones de trastuzumab, de las cuales 132 correspondieron con la formulación subcutánea y 221 con la formulación intravenosa. El coste medio de la dispensación de trastuzumab intravenoso fue de 1.450,95€, mientras que el coste medio de dispensación de la formulación subcutánea fue de 1.325,96€. La diferencia entre el coste medio por administración para cada una de las formulaciones fue 124,95 €, a favor de la formulación subcutánea.

La disminución del coste medio por administración genera que el cambio de formulación haya producido un ahorro medio estimado de 16.498,68€ en aquellos pacientes con cambio en la vía de administración. El impacto económico estimado para la hipótesis de sustitución del 100% de las dispensaciones por la formulación de menor coste durante un año según el total de dispensaciones realizadas sería de 44.107,35 €.

CONCLUSIONES: - La formulación subcutánea de trastuzumab es la alternativa más eficiente frente a la formulación intravenosa en el escenario considerado.

- La selección adecuada de las presentaciones de trastuzumab permite generar importantes ahorros para el Sistema Nacional de Salud.

Limitaciones: No se han incluido costes derivados de la administración, ni de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

364. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA ENFERMEDADES DIGESTIVAS

AUTORES: PELLICER FRANCO C, AROCAS CASAÑ V, RUBIA NIETO ADL.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Describir la evolución del coste y del número de pacientes que recibieron tratamiento con fármacos biológicos intravenosos para la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC) en el hospital de día de un centro hospitalario de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó un periodo de cinco años (2011-2015). Se registró el coste anual global, por patología (CU y EC) y por fármaco (Infliximab [INF] y Vedolizumab [VED]). El coste se calculó a partir del coste real de adquisición, aplicando descuentos e IVA y optimizando los viales. Se recogió también el número de pacientes, analizándose del mismo modo, la cifra anual global, por patología y por fármaco. Las variables medidas fueron el coste incremental y la variación del número de pacientes en tratamiento.

RESULTADOS: Entre 2011 y 2015 el gasto aumentó en 129.415 € (21% de incremento). El diagnóstico que más contribuyó a este incremento fue la EC, con un aumento de 132.300 € causado por INF y de 2.028 € por VED. El gasto en CU solo aumentó en 3.201 €, atribuible al uso de VED, con 4.057 € de incremento, mientras que el gasto en INF descendió en 856 €.

Entre 2011 y 2015, el número de pacientes tratados con estos fármacos en el hospital de día aumentó en 13 (25% de incremento). Por patologías, con EC hubo 17 pacientes más al final del estudio, mientras que hubo 4 menos con CU.

En EC hubo 60 pacientes nuevos que comenzaron tratamiento con INF durante el periodo de estudio, mientras que 43 suspendieron con INF para pasar a otras terapias. En CU comenzaron tratamiento 33 nuevos pacientes con INF y terminaron con esta terapia 37 pacientes.

Durante 2015 comenzaron tratamiento con Vedolizumab, 3 pacientes en total, 1 en CU y 2 en EC

El coste por paciente ha pasado de 9.509 € en 2011 a 11.696 € en 2015 (23% de incremento)

CONCLUSIONES: El gasto atribuible a las terapias biológicas intravenosas administradas en el hospital está en continuo aumento desde 2011, debido, fundamentalmente, al aumento en el número de pacientes con EC tratados con INF.

De momento, la aparición de un nuevo fármaco como VED no ha causado un aumento significativo en el gasto global en fármacos biológicos en estas patologías digestivas, aunque si ha causado un incremento en el coste medio por paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

341. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL COMPARÁNDOLO CON EL GASTO NACIONAL, DURANTE EL QUINQUENIO 2010-15.

AUTORES: De León Gil JA, Martín Conde JA, Betancor García T, Tevar Alfonso E, Jurado López R, Merino Alonso FJ. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. carretera el rosario nº 145. Santa Cruz de Tenerife. España

Introducción:

El gasto farmacéutico ha tenido una fuerte tendencia al alza históricamente, relacionado con la aparición de nuevas alternativas terapéuticas, desarrollo de tratamientos para enfermedades huérfanas y la cronicidad de enfermedades que hasta hace poco tiempo tenían un desenlace fatal.

En este entorno, cada vez es más necesaria la comparación de indicadores de gestión y de resultados y ponerlos en relación al contexto económico del país. Sin embargo, esto no es siempre posible por la dificultad para de obtener datos de referencia.

OBJETIVOS: Comparar los resultados de nuestro centro hospital con respecto a los datos nacionales y evaluar los mismos en relación a los indicadores económicos del estado como son el índice de precios de consumo (IPC) y el producto interior bruto (PIB).

MATERIAL Y MÉTODOS: Para los datos de gasto farmacéutico hospitalario nacional, se obtuvieron los datos publicados por el instituto IMS Health. El IPC y el PIB fueron recabados del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Los datos de nuestro centro fueron extraídos del programa Farmatools

RESULTADOS: A nivel nacional, durante el quinquenio 2010-2015 todos los años hubo aumento en el gasto público en farmacia hospitalaria con respecto al anterior con un aumento acumulado de casi un 19% (4.380 millones de € en 2010 hasta 5.200 millones de € en el 2015), siendo en 2015 en el que más aumentó porcentualmente con respecto al año anterior (4.658 millones de € en 2014)

En nuestro centro se mantuvo el gasto en farmacia relativamente estable entre 2010 a 2014 dado que hubo 2 periodos con gasto inferior al año base, 2011 con un gasto del 98.39% del de 2010 y 2013 con un gasto del 98.59%, mientras que en 2012 y 2014 fue superior al de 2010 en un 1,85% y un 2.27% respectivamente. Sin embargo en 2015 se produjo un salto en nuestro centro con un aumento de casi el 30% en relación al año 2010.

Si se corrigen los datos por el IPC, el resultado es que en la serie histórica nacional no se supera el gasto de 2010 hasta 2014 (un aumento del 1.64%) y en 2015 hubo un aumento del 13.47%. Por el contrario, en nuestro centro, sólo el 2015 tuvo un gasto superior a 2010 cuando se corrige por el IPC con un aumento del 24.15%.

Estos datos están en consonancia con la evolución del PIB en el periodo que tuvo tasas negativas en los años 11, 12 y 13, mientras que en 2014 fue del 1.4, sin embargo el aumento en el gasto farmacéutico de 2015 fue muy superior al PIB de ese año (3.2) tanto a nivel nacional como en nuestro centro.

CONCLUSIONES: El gasto farmacéutico hospitalario ha seguido la evolución de la economía del estado, hasta el año 2015 en el que se ha disparado su aumento muy por encima del aumento del PIB, probablemente debido a la aparición de los nuevos fármaco contra la hepatitis C.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

546. IMPACTO DE UTILIZACION BIOSIMILARES EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

AUTORES: Martin Herranz I, Lestón Vázquez M, Fernández Bargiela N, Martínez Roca C, Yañez Gómez P, Porta Sánchez A.

Xerencia de Xestión Integrada A Coruña. As Xubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Actualmente en Europa se dispone de siete principios activos (PA) con su correspondiente medicamento biosimilar (MB) autorizado: filgrastim, epoetina-zeta, epoetina-alfa, folitropina-alfa, infliximab, somatropina, insulina glargina.

En España los MB están incluidos en el sistema de precios de referencia desde el año 2006 (artículo 93-Ley 29/2006). Se estima que la comercialización de MB reduce entre un 20-35% el coste del medicamento referencia (MR).

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto que tiene la utilización de MB en un hospital de nivel terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del consumo de MB y MR. PA analizados: filgrastim, epoetina-zeta, folitropina-alfa, infliximab y somatropina. Se excluye insulina glargina dado que se comercializó a finales del 2015. Periodo de estudio: 2010-2015. Se consideró consumo total a la suma de MB+MR. Variables del estudio: 1.) Inclusión del MB en el centro hospitalario: Tiempo de demora (meses) desde la autorización del MB hasta su inclusión en el centro, utilización del MB para cada especialidad calculada por: $n^{\circ} \text{ DDD total} / 1000 \text{ habitantes-día}$ y $\% \text{ DDD} / 1000 \text{ habitantes-día}$ del MB respecto al total. 2.) Económicas: cálculo del coste/DDD del MB, MR y del total para cada PA y $\% \text{ reducción del coste/DDD total por PA}$ en el periodo de estudio. Se calculó el coste real total del consumo de estos medicamentos, así como el ahorro generado por la utilización de MB. Cálculo y valor de la DDD según WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology (2015) y análisis de la tendencia de $n^{\circ} \text{ DDD total}$ con el modelo de regresión joinpoints para evaluar tendencias.

RESULTADOS: El tiempo de demora medio desde la autorización del MB hasta su inclusión en el centro fue de 35 meses (rango 18-53), teniendo en cuenta para el cálculo el periodo en el que los MB disponían de autorización pero se encontraban pendientes de comercialización. La menor demora corresponde a los MB incluidos en el año 2015 (infliximab 18 meses y folitropina 19 meses). El $n^{\circ} \text{ DDD} / 1000 \text{ habitantes-día}$ total por PA en el periodo de estudio fue: Somatropina total: 0,08/0,07/0,05/0,05/0,07/0,09; Folitropina-alfa total: 0,09/0,1/0,1/0,08/0,08/0,06; Infliximab total: 0,34/0,37/0,35/0,37/0,42/0,41; Filgrastim total: 0,05/0,04/0,04/0,05/0,05/0,06; Epoetina-zeta total: 1,07/0,80/0,92/0,95/1/1,09. $\% \text{ DDD} / 1000 \text{ habitantes-día}$ anual del MB fue: Somatropina: 2%/6,9%/4,6%/4,5%/7,9%/17,6%. Folitropina-alfa: 0%/0%/0%/0%/0%/31,1%. Infliximab: 0%/0%/0%/0%/0%/15,2%. Filgrastim: 0%/0%/94,7%/100%/100%/100%. Epoetina-zeta: 0%/0%/14,9%/97,6%/100%/100%. Manteniéndose un incremento en la tendencia total de n° de DDD de MB (incremento medio anual de 0.03%, $p < 0.05$).

El coste por DDD para cada medicamento (MR y MB) y el $\% \text{ de reducción del coste de la DDD (RCDDD)}$ a lo largo del periodo de estudio fue: somatropina de 14,41€ a 9,53€ (RCDDD 33,9%), infliximab de 19,95€ a 14,95€ (RCDDD 25,1%), filgrastim de 46,92€ a 10,17€ (RCDDD 78,3%), epoetina-zeta de 4,19€ a 1,18€ (RCDDD 72%), folitropina-alfa de 28,19€ a 17,81€ (RCDDD 36,8%). Siendo $\% \text{ total de RCDDD}$ del 43,3%. La tendencia anual del coste total de DDD de los MB se mantiene en descenso.

El coste total del consumo en el periodo de estudio fue de 15.910.817,56€ (año/coste total: 2010/3429431,5€, 2011/3174539,5€, 2012/2602534,2€, 2013/2.198.649,4€, 2014/2.315.638,8€, 2015/2.190.024,4€). El ahorro estimado en el periodo 2010-2015 fue de 3.556.393,6€, correspondiendo 56,9% a la eritropoyetina y un 29,4% al filgrastim.

CONCLUSIONES: La inclusión de MB ha producido un ahorro económico importante a lo largo del periodo de estudio, sin verse afectado el consumo en DDD/1000 habitantes-día.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

627. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN E INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS

AUTORES: CORREGIDOR LUNA L, Salcedo Mingoarranz AL, Legaria Gaztambide E, Suárez Del Olmo D, Santos Mena B, García Díaz B.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. Avd. de Orellana, s/n. Madrid. España

Objetivo. En el tratamiento de la psoriasis, la optimización de pautas de tratamientos biológicos supone una estrategia de ahorro de costes, mientras que la intensificación supone un incremento en el gasto. El objetivo es evaluar el impacto económico que han supuesto estas estrategias en un hospital general durante el periodo de un año.

Material y métodos. Los datos se obtuvieron del programa informático de Gestión de Farmacia Hospitalaria (FAR-HOS®).

Se registraron las pautas de todos los pacientes con psoriasis con prescripción activa de tratamiento con Etanercept (Enbrel®), Adalimumab (Humira®), Infliximab (Remsima® y Remicade®) y Ustekinumab (Stelara®) a diciembre de 2015.

Se clasificaron las pautas posológicas en: pauta estándar (recogidas en ficha técnica), pauta optimizada (con reducción de dosis y/o espaciado del intervalo de administración) y pauta intensificada (aumento de dosis y/o disminución del intervalo de administración).

Se asumió la última pauta prescrita como la pauta recibida de forma anual y para el cálculo del gasto se tomó el precio medio del medicamento. En base a ello se calculó la diferencia de costes como:

Coste global real de tratamiento [coste pauta real prescrita fármaco x número pacientes x número administraciones/año] - Coste global teórico de tratamiento [coste de pauta estándar según ficha técnica fármaco x número pacientes x número administraciones/año].

Se calculó el porcentaje de pacientes con estas pautas y el incremento o ahorro en el gasto.

Resultados. 25 pacientes recibieron ustekinumab, 21 etanercept, 16 adalimumab y 7 infliximab.

Los pacientes con pauta estándar de ustekinumab supusieron el 71 % (45 mg/90 días excepto dos pacientes con pauta de 90 mg/97 días y 90 mg/120 días por peso >100Kg). A un 24 % se le administró una pauta optimizada de 45 mg/120 días o 45 mg/150 días). La diferencia de costes supuso un ahorro de 18.735 €, lo que supone un 6,73 %. Al 51,14% de los pacientes con etanercept se le administró una pauta estándar de 50 mg/semana y al 42,68% una pauta intensificada de 100 mg/semana. La diferencia de costes supuso 99.832 €, incrementando el gasto en un 42,86%.

Un 50% de los pacientes con adalimumab tenía prescrito pauta estándar de 40 mg/2 semanas frente a un 50% con pauta optimizada de 40 mg/3 semanas o 40 mg/30 días. La diferencia de costes permitió un ahorro de 37.313 €, que supone un 19,71%

En relación con infliximab, a un 71,43% se les administra una pauta estándar de 5 mg/kg/56 días y a un 28,58% pautas intensificadas de 5 mg/kg/49 días y 7 mg/kg/56 días. La diferencia de costes supuso un incremento de 6.448 €, con aumento del gasto de 8,65%.

El resultado global supone un incremento neto de 50.231 €/año en la terapia con biológicos en psoriasis.

Conclusiones. Según el análisis económico realizado, el ahorro por optimización de pautas no compensó al sobregasto por pautas intensificadas. Adalimumab y ustekinumab supusieron ahorro por pautas de optimización. Etanercept, y en menor medida infliximab, incrementaron el gasto debido a pautas de intensificación. Por ello se hace necesario el desarrollo de estrategias de optimización de pautas, especialmente para etanercept.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

943. IMPACTO ECONÓMICO Y CLÍNICO DEL USO DE UN FÁRMACO BIOSIMILAR DE INFlixIMAB

AUTORES: SIERRA TORRES MI, TOSCANO GUZMAN MD, FLORES MORENO S, VILLANUEVA BUENO C, ROMERO GOMEZ M, BAUTISTA PALOMA FJ.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DEL ROCIO. Avda. Manuel Sirout, s/n. Sevilla. España

Tras la autorización por la AEMPS de los medicamentos biosimilares de infliximab, la Comisión de Farmacia acordó considerar a Remicade®, fármaco original, Remsima® e Inflectra®, como alternativas terapéuticas equivalentes. Tras el correspondiente procedimiento de adquisición, se seleccionó a Remsima® en base a criterios de eficiencia.

Evaluar el impacto económico y clínico de la introducción de un biosimilar en el tratamiento de pacientes diagnosticados con colitis ulcerosa en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa y en tratamiento con infliximab. El impacto económico fue evaluado, considerando la diferencia de coste de tratamiento en estos pacientes entre el fármaco original y el biosimilar, durante un período de 6 meses. Se calculó para cada paciente el coste de una única dosis y del tratamiento total de 6 meses, tanto antes como después del cambio, así como el coste medio de tratamiento para el total de pacientes.

La eficacia clínica se evaluó utilizando la escala True-Love-Witts y los niveles de proteína C reactiva antes y después del cambio. En este caso, el período de estudio fue de 3 meses.

Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos y clínicos de los pacientes, clasificación de la enfermedad según la escala de Montreal, posología en cada período (en caso de que se hubiese requerido un ajuste de dosis) y el coste de ambos fármacos tanto en una dosis única como durante 6 meses de tratamiento, efectividad y efectos adversos.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes, 52% mujeres, con una edad media de 45 años (21-71), con una dosis media de entre 225 mg y 625 mg. La dosis se ajustó siempre al peso de los pacientes en cada administración (5 mg/kg), intentando siempre optimizar la dosis a los viales de infliximab.

El uso de Remicade® tuvo un coste medio, durante 6 meses de tratamiento, de 127.367€, vs 71.829€ de Remsima®. La diferencia entre el coste total de ambos fármacos fue de 55.538€, es decir, Remsima® fue un 56% más barato que Remicade®. Se estimó que en un año el ahorro podría ser de 111.076€.

En el periodo de tratamiento evaluado 12 pacientes pudieron ser revisados tras el cambio. 8 pacientes mantuvieron estable la enfermedad y 4 mejoraron su puntuación en la escala de clasificación de Montreal. Con el fármaco biosimilar no se incrementó la dosis administrada en ningún paciente. Tampoco se detectó ninguna reacción adversa.

CONCLUSIONES: La consideración de alternativas terapéuticas equivalentes a infliximab supuso un ahorro significativo en el gasto de farmacia, haciendo posible el uso de estos recursos en otras necesidades.

El cambio al biosimilar no supuso ningún perjuicio para los pacientes en cuanto a efectividad y seguridad. Sin embargo, el período de estudio es muy corto por lo que serían necesarios estudios de mayor extensión para obtener datos de mayor relevancia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

274. INCLUSIÓN EN GUÍA DE INFlixIMAB BIOSIMILAR: IMPACTO ECONÓMICO Y CLÍNICO

AUTORES: LARÍA CAMPAÑA C, CALVO ARAGÜETE ME, CASAJUS NAVASAL A, MARIN GORRICO R, APIÑANIZ APIÑANIZ R, HURTADO GÓMEZ MF.

HOSPITAL SAN PEDRO. Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: Analizar el impacto económico que supone la incorporación de infliximab biosimilar a la guía farmacoterapéutica. Secundariamente se estudió su perfil de seguridad/eficacia y grado de aceptación en los distintos Servicios Clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio realizado durante un año (enero 2015 □ enero 2016) en un Hospital General de 600 camas. Los pacientes que recibieron tratamiento con infliximab biosimilar (Remsima®) y el medicamento de referencia (Remicade®) se obtuvieron a través de los programas OncoGest® y Athos APD® Prisma. Se analizó:

- Número de pacientes que recibió cada tratamiento y coste por vial de cada especialidad.
- Ahorro anual por la incorporación de Remsima® (coexistiendo con el medicamento de referencia) y ahorro hipotético en caso de emplear exclusivamente el medicamento biosimilar.
- Ahorro anual debido al descenso del precio de Remicade® de 2014 a 2015.
- Servicios Clínicos implicados y pacientes incorporados en cada uno.
- Perfil de seguridad y eficacia.

RESULTADOS: De 146 pacientes en tratamiento, el 43,2% (63) se trataron con Remicade® y el 56,8% (83) con Remsima®. El coste medio por vial, respectivamente, fue de 423 € y 333 €. Infliximab biosimilar implicó un ahorro de 90 €/vial (21,3%) respecto a Remicade®. El ahorro anual real que supuso su incorporación y coexistencia con Remicade® fue de 122.442 € (7,8%). En el caso hipotético de haber empleado exclusivamente infliximab biosimilar en todos los pacientes, el ahorro anual hubiera sido de 333.310 € (21,3%).

Tomando como hipótesis que la presencia en el mercado de infliximab biosimilar provocara un descenso en el precio/vial de Remicade® y considerando que éste se produjera desde 01-01-2015, el ahorro en un año fue del 12,4% (140.454 €).

El ahorro anual total, teniendo en cuenta ambos efectos (coexistencia de ambas especialidades y descenso del precio de Remicade®) fue de 262.872 €.

Las diferencias en el grado de aceptación en los distintos Servicios Clínicos fueron notables: en Digestivo el 73,7 % de los pacientes paso de Remicade® a infliximab biosimilar y el 0% en Reumatología/Dermatología.

No se observó ningún cambio en la efectividad del tratamiento y los efectos adversos notificados fueron semejantes para Remicade® y Remsima®. Tampoco se detectó ningún problema de inmunogenicidad.

CONCLUSIONES: - Se constata que los fármacos biosimilares suponen un ahorro en el gasto farmacéutico hospitalario, favoreciendo la competencia, el acceso de un mayor número de pacientes a los medicamentos y la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios.

- Las dudas sobre el uso de medicamentos biosimilares en los Servicios Clínicos debería ir disminuyendo ante los resultados obtenidos no sólo en los ensayos clínicos, sino también en la práctica clínica, donde presentan un perfil de eficacia y seguridad equiparable a los medicamentos biológicos de referencia.

- En el periodo de estudio, no se notificó ninguna reacción de inmunogenicidad ni tampoco reacciones adversas graves.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

430. LA OPTIMIZACIÓN CON IMMUNOSUPRESORES BIOLÓGICOS REDUCE EL COSTE DEL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

AUTORES: PARADA ARADILLA MA, GONZALEZ MARTINEZ J, MARTINEZ BERNABÉ EM, RUIZ POZA D, TERRÉ OHME S, ROCA LACOSTENA M.

CORPORACIÓ DE SALUT DEL MARESME I LA SELVA. C/SANT JAUME, 209-217. Barcelona. España

OBJETIVO: El objetivo principal de este estudio es evaluar la optimización de la pauta posológica de inmunosupresores biológicos (IMM-b) en pacientes con psoriasis y el ahorro económico que supone para el centro sanitario. Objetivo secundario evaluar la durabilidad de los diferentes tratamientos según la línea de tratamiento utilizada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de 6 años (1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2015) realizado en un hospital comarcal. En Enero de 2010 se publicó en nuestro centro el Protocolo de Utilización de IMM-b Adalimumab (ADM), Etanercept (ETC), Ustekinumab (USK) y Infliximab (INF), y con pautas de optimización en pacientes con Psoriasis (índice PASI=0 después de un año de tratamiento).

Cálculo % de optimización por medicamento: periodo (días), para cada posología y medicamento se contabiliza el total de días optimizados y se dividió por el periodo (días) total expuesto al medicamento.

Cálculo de los costes: periodo optimizado, se sumaron el total de días optimizados y se dividió por la posología (días) optimizada y se multiplico por el coste unitario y se hizo lo mismo con la posología según ficha técnica (periodo no optimizado).

Cálculo de la durabilidad del IMM-b según línea de tratamiento: % medio del periodo que cada paciente ha estado con cada IMM-b.

RESULTADOS: Se evaluaron 46 pacientes, 60,9% hombres. La edad media de inicio del IMM-b fue 46,4 años DE $\pm$ 12,5.

El 50% de los pacientes han estado en algún momento optimizados, de estos 23 pacientes, 16 continúan con pauta optimizada al finalizar el periodo de estudio. El tiempo total de los pacientes en el estudio fue de 59.981 días, el 30% (18.083 días) del tiempo los pacientes han estado optimizados.

El total de tiempo expuesto a ADM fue 27.613 días, el 40,67% (11.229 días) con pauta optimizada; USK fue 17.324 días, 22,44% (3.887 días) pauta optimizada y ETC 14.760 días, el 20,10% (2.967 días) pauta optimizada. INF 284 días de exposición y sin optimización.

El ahorro económico de la optimización fue de 212.005,62€, el 11,46% sobre un coste teórico de 1.850.265,38€, de la pauta estándar durante el total de días.

Al inicio del estudio el 57% de los pacientes estaban siendo tratados con IMM-b en 1ª línea, 30% 2ª línea y 13% líneas posteriores.

En 1ª línea el porcentaje de durabilidad fue USK 93% (n=7), ADM 73% (n=13) y ETC 72% (n=6). En 2ª fue ADM 77% (n=7), ETC 61% (n=10), USK 47% (n=6) y no se valoró un caso con INF al no finalizar inducción por reacción infusional en la segunda dosis. En 3ª línea fue ETC 66% (n=2), USK 57% (n=8), ADM 50% (n=7) y INF 11% (n=1).

CONCLUSIONES: La optimización supone una fuente de ahorro económico y una reducción de exposición al medicamento para los pacientes. En nuestro centro el medicamento más optimizado y en cualquier línea de tratamiento es Adalimumab. En 1ª línea el IMM biológico con mayor durabilidad fue Ustekinumab.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

742. LOS TÉCNICOS DE FARMACIA HOSPITALARIA, PROFESIONALES QUE CONTRIBUYEN A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

AUTORES: Vega Hanna L, Petit Cintioli D, Eroles Baena S, Juanes Borrego AM, Juanes Borrego E, De Pourcq ----- JT. Hospital de la santa cruz y san pablo. calle sant quintín, 89, 08026. Barcelona. España

OBJETIVOS: Determinar el ahorro económico generado en el Servicio de Farmacia mediante la preparación individualizada de las dosis de medicamentos de alto coste, para su administración por vía intravenosa.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de un año de duración (Enero-Diciembre 2015) llevado a cabo en la Unidad de Tecnología Farmacéutica del Servicio de Farmacia, en un Hospital general universitario de nivel III.

Los fármacos incluidos en el estudio fueron: micafungina, anfotericina B liposomal, anfotericina B lipídica, linezolid y romiplostim.

La preparación de las dosis exactas prescritas en las órdenes médicas, corrió a cargo del técnico de farmacia hospitalaria (FH) en una cabina de flujo laminar vertical, siguiendo las recomendaciones de las buenas prácticas de elaboración de medicamentos en el Servicio de Farmacia y bajo la supervisión de un farmacéutico especialista.

Se calculó el coste total de los tratamientos en caso de utilizar para cada dosis la presentación comercial y desechando la cantidad de fármaco sobrante. Para el cálculo se aplicó el precio de venta del laboratorio (PVL). Asimismo se calculó el coste para el hospital de todos los tratamientos con las preparaciones individualizadas que contenían las dosis exactas a administrar, sin fármaco sobrante. La diferencia entre estos dos valores determinó la cuantía económica del ahorro generado con la individualización.

También se cuantificaron las horas requeridas por el técnico de FH para llevar a cabo todas las preparaciones y se calculó el coste que suponía para la empresa dicha actividad.

RESULTADOS: Durante el año 2015, el número de dosis exactas que se prepararon de manera individualizada fue de 1.724. De éstas, 770 preparaciones fueron de micafungina (44%), 462 de anfotericina B lipídica (27%), 354 de anfotericina B liposomal (21 %), 102 de romiplostim (6%) y 36 de linezolid (2%).

El ahorro total estimado con estas preparaciones fue de 164.724, €. La dosificación individualizada de micafungina generó un ahorro de 54.780, €, la de anfotericina B liposomal de 18.000, €, la de anfotericina B lipídica de 17.000, €, la de romiplostim de 74.200, € y la de linezolid de 744, €. El ahorro medio por unidad asociado a la preparación con la dosis exacta a administrar de cada uno de los principios activos fue de 214, € para micafungina, 91,5, € para anfotericina B liposomal, 91,5, € para anfotericina B lipídica, 927,8, € para romiplostim y 37,2, € para linezolid.

El tiempo de técnico de FH empleado en esta actividad fue el equivalente al 20% de su jornada laboral. Teniendo en cuenta el salario anual de un técnico de grado superior, que en nuestro centro es de 29.284, €, el coste para la empresa correspondiente a las horas de técnico de FH empleadas fue de 5.857, € en el año 2015.

CONCLUSIÓN: La preparación en el Servicio de Farmacia de las dosis exactas prescritas de cinco principios activos para su administración IV consiguió en 2015 un ahorro de 164.724, €. La inversión en personal técnico resulta muy eficiente para el Hospital.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

405. MODELO DE MARKOV PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTES ESPAÑOLES NO CANDIDATOS A TRASPLANTE

AUTORES: Palomera Bernal L, Casanova Espinosa M, Gironella Mesa M, Jarque Ramos I, Martínez Chamorro C, Soler Campos JA.

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

Objetivos

En los pacientes con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico (MMND) no candidatos a trasplante autólogo de sangre periférica (TASPE) el estándar de tratamiento incluye, por lo general, inhibidores del proteasoma (IP) o agentes inmunomoduladores (IMiD). A pesar de las buenas tasas de respuesta, transcurrido un cierto tiempo los pacientes recaen y requieren terapias sucesivas. La secuencia de administración y la combinación terapéutica óptima es objeto de debate. A partir de un modelo de Markov desarrollado previamente para el Sistema de Salud alemán, se compararon 22 secuencias de tratamiento para pacientes de MMND no candidatos a TASPE. El objetivo de este estudio fue el desarrollo de un marco de análisis actualizado y objetivo capaz de estimar, según la secuencia de tratamientos seleccionada, la supervivencia global (SG) de estos pacientes y el impacto económico desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios publicados entre Enero de 2004 y Noviembre de 2015 [PUBMED, EMBASE] en Mieloma Múltiple para extraer los datos de eficacia y seguridad de todas las combinaciones consideradas en este análisis. El modelo estocástico (Markov), construido en Excel, diferencia los tres estados de salud que un paciente puede experimentar post-tratamiento: respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP) y no-respuesta (NR). Esta información determina para cada estado de salud la probabilidad de transición a líneas posteriores de tratamiento y muerte. El estudio se diseñó para incluir los gastos farmacológicos directos, así como los costes derivados del cuidado de los pacientes y del manejo de los efectos adversos. Se aplicó un descuento anual del 3% tanto de los costes como de los resultados en salud futuros.

RESULTADOS: Las secuencias farmacológicas más empleadas en práctica clínica española fueron evaluadas por el modelo. El meta-análisis de eficacia, en base a la calidad de la respuesta de los diferentes estudios, reveló la superioridad en la primera línea de la combinación bortezomib-melfalán-prednisona (VMP, RC 30%) frente a lenalidomida-dexametasona (RD, RC 15%), bortezomib-dexametasona (VD, RC 10%) y melfalán-prednisona (MP, RC 4%). El incremento medio en supervivencia de las secuencias que comienzan con VMP frente a las de RD fue de 0.24 años de vida ganados (AVG). El modelo estimó los costes globales para el tratamiento de los pacientes de MM no candidatos a TASPE que incluyen IP y/o IMiD entre 94,014, € y 281,585, €, con valores mayores asociados al uso de RD en primera línea.

CONCLUSIONES: El modelo muestra que la elección de la terapia inicial es crítica para la obtención de los mejores resultados clínicos y económicos. Dado el peso que tienen los costes de farmacia en el presupuesto global, las terapias que son capaces de prolongar intervalos libre de tratamiento tienen menor impacto económico. Cuando se combinan la inversión económica y los resultados en salud en un plano de coste-efectividad, el modelo predice que VMP->VD->RD es la secuencia óptima

277. OPTIMIZACIÓN DE LAS PRESENTACIONES DE RITUXIMAB EN LINFOMA NO HODGKIN

AUTORES: GONZÁLEZ CHÁVEZ J, MARTINEZ-BROCAL OGAYAR I, MADRID PAREDES A.

HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL. Avda. de los Argonautas, s/n. Málaga. España

OBJETIVO: Optimizar el uso de las presentaciones de rituximab, tras comparar los costes de la utilización de rituximab intravenoso (IV), en función de la superficie corporal, frente a rituximab subcutáneo (SC) a dosis fijas en pacientes con Linfoma no Hodgkin (LNH) a partir del segundo ciclo de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, desde Enero de 2014 a Marzo de 2016, en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de LNH en un hospital privado. Criterios de inclusión: Pacientes que tuvieron tratamiento con rituximab asociado a quimioterapia o en monoterapia en mantenimiento. Criterios de exclusión: pacientes que no completaron el tratamiento en nuestro centro y/o que sólo recibieron 1 ciclo de tratamiento.

Se realizó una comparación de los costes directos (PVL+IVA) de las presentaciones de rituximab (Mabthera® 500 mg y 100 mg IV, y Mabthera® 1400 mg SC) según las dosis recibidas por su superficie corporal (375 mg/m²), y lo que hubiese supuesto tratar con dosis fijas de la nueva presentación subcutánea (1400 mg). Para el análisis, no se incluyó el primer ciclo de tratamiento, puesto que es necesario recibir una dosis IV antes de pasar a la forma SC.

No se tienen en cuenta los costes de hospital de día, ya que aunque la presentación SC se administra en 5 minutos, se necesita premedicación y vigilancia tras la inyección del anticuerpo.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, 38 pacientes fueron diagnosticados de LNH: el 5,3% tenían linfoma esplénico de zona germinal, el 42,1% tuvo linfoma folicular, el 5,3% linfoma de células B tipo MALT (tejido linfático relacionado con la mucosa) y 47,4% LDCGB (linfoma difuso de células grandes B).

De ellos, el 39,5% recibió R-CHOP con una media de 7 ciclos; el 36,8% recibieron Rituximab-Bendamustina con un promedio de 6 ciclos; el 5,3% recibió R-CVP; y el 18,42% estuvo en tratamiento de mantenimiento con rituximab con un límite de dos años.

Según la superficie corporal se observó:

-Pacientes con superficie corporal >1,9 (12 pacientes): El tratamiento de estos pacientes supuso un gasto de 173.545,09 €, a partir de la segunda infusión. El emplear la forma farmacéutica SC, hubiese supuesto un ahorro de 20.964,53 €.

-Pacientes con superficie corporal ≤1,9 (26 pacientes): Al necesitar menos dosis en base a su superficie corporal, generaría más costes la presentación SC, la cual debe administrarse a dosis de 1400 mg. El coste con la forma SC hubiese sido de 308.837,76. En su lugar, el utilizar la forma IV genera un ahorro de 28.764,84 €.

CONCLUSIONES: Frente a un perfil de seguridad similar de ambas presentaciones, rituximab SC supone una ventaja para los pacientes en cuanto al tiempo de administración, así como menor estancia en el hospital de día oncológico. Sin embargo, supone incluir otra presentación con un alto impacto económico, que no sustituiría a la presentación IV en un primer ciclo de tratamiento. Teniendo en cuenta la superficie corporal de los pacientes, se podría optimizar el uso de ambas presentaciones, usando en cada caso la presentación más coste-efectiva.

223. TOXINA BOTULÍNICA: EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN Y COSTES

AUTORES: RODRÍGUEZ FERRERAS A, ZAPICO GARCÍA I, LÁZARO LÓPEZ E, CARRILES FERNÁNDEZ C, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Av. Roma s/n. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar la utilización de la toxina botulínica, la adecuación de la prescripción a las indicaciones autorizadas en ficha técnica (FT) y determinar su consumo en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se analizó el uso de toxina botulínica A (Botox® 100 unidades, Dysport® 500 unidades) y B (Neurobloc® 5.000 unidades) en el segundo semestre del año 2015. A partir de los formularios de prescripción individualizada requeridos para su dispensación se recogieron: datos de pacientes, indicación del tratamiento con toxina botulínica y dosis empleadas. Además, se analizó si las indicaciones estaban incluidas en FT o bien en un protocolo para su uso fuera de FT en el hospital. Para determinar el consumo y el gasto, la información se obtuvo del programa de gestión SAP®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio un total de 751 pacientes recibieron tratamiento: 594 pacientes con Botox® (204 hombres y 390 mujeres), 155 con Dysport® (70 hombres y 85 mujeres) y 2 pacientes con Neurobloc® (1 hombre y 1 mujer). El total de las dosis administradas fueron 700, 176 y 4, respectivamente. El 73,5% de las prescripciones correspondieron al Servicio de Neurología, el 14,9% al Servicio de Rehabilitación, el 5,3% al Servicio de Dermatología y el 4,9% a la Unidad del Dolor. El resto (

CONCLUSIONES: Un porcentaje significativo de las indicaciones de tratamiento de toxina botulínica no está autorizado en ficha técnica. En el hospital se han protocolizado algunas de estas indicaciones, pero no existe ningún protocolo del uso off-label de toxina botulínica en el Servicio con mayor número de prescripciones de este tipo (Neurología). El alto porcentaje de indicaciones no autorizadas en ficha técnica detectado, unido al considerable coste, sugiere la necesidad de establecer protocolos consensuados que garanticen un uso eficiente de la toxina botulínica en el hospital.

CLASIFICACIÓN: FARMACOECONOMÍA

722. TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO VERSUS TRASTUZUMAB INTRAVENOSO: ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

AUTORES: Escudero Vilaplana B, Basagoiti Carreño B, Santiago Prieto E, Calvo Salvador M, Manso Manrique M, Sánchez Guerrero A.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. C/Manuel de Falla s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: Trastuzumab intravenoso (iv) se administra en mujeres con cáncer de mama HER2+ dosificándose en función del peso, mientras que trastuzumab subcutáneo (sc) se administra a dosis fijas con la misma frecuencia. En base a los precios establecidos, en pacientes por encima de un determinado peso, la administración de trastuzumab sc llevará asociado un ahorro económico versus iv, proporcionalmente mayor cuanto mayor sea el peso de la paciente.

El objetivo es analizar el perfil de pacientes en tratamiento con trastuzumab sc con vistas a la mejor optimización de recursos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio longitudinal prospectivo. Se analizaron las mujeres que estaban en tratamiento con trastuzumab sc durante un periodo de un año (marzo 2015-marzo 2016). Se recogieron las siguientes variables: peso, número de administraciones recibidas, inicio o cambio respecto a la presentación iv y el tratamiento en monoterapia o en combinación con otros fármacos iv. Además, se analizó el número de pacientes con trastuzumab iv. Para los cálculos económicos se tuvo en cuenta que la primera administración de trastuzumab iv se realiza a dosis de 8mg/kg seguida de 6 mg/kg cada 3 semanas. Por otro lado, trastuzumab sc se administra a dosis fijas de 600 mg sin necesidad de dosis de carga. Los precios de trastuzumab sc e iv empleados se corresponden con los precios de compra final de nuestro centro, considerándose la optimización de viales en el caso de la presentación iv.

RESULTADOS: Se identificaron 36 pacientes en tratamiento con trastuzumab sc. El peso medio era de 69(48-120) kg, con un promedio de 6(1-13) administraciones por paciente. Sólo 3 de ellas iniciaban tratamiento, el resto eran cambios de trastuzumab iv a sc. Todas ellas en monoterapia, a excepción de una en biterapia con paclitaxel.

En base a los precios de nuestro centro, el uso de trastuzumab sc supondría un ahorro económico directo en mujeres con peso igual o superior a 62 kg. De las pacientes analizadas con tratamiento sc, 20 de ellas presentaban un peso ≥ 62 kg (56%). El número de pacientes con cáncer de mama que recibieron trastuzumab iv durante el mismo periodo fue de 95, de los cuales 53 (56%) presentaban un peso ≥ 62 kg.

El ahorro anual que se consigue gracias al cambio de trastuzumab iv por sc se estima en 86.422 euros. El cambio de todas las pacientes en tratamiento iv a sc supondría un ahorro anual de 128.271 euros, cifra que se ve casi duplicada (241.707 euros) si el cambio se realizase sólo en aquellas pacientes con peso ≥ 62 kg.

CONCLUSIONES: El uso de trastuzumab sc en nuestras pacientes versus iv supone un ahorro económico sustancial gracias a la reducción de costes sanitarios directos (coste fármacos, disminución de tiempos de esperas y de personal sanitario necesario), ahorro que se vería enormemente incrementado en caso de usarse sólo en pacientes con peso ≥ 62 kg.

Dado los resultados obtenidos, sería conveniente potenciar su uso para lograr una mejor gestión de recursos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

408. ANÁLISIS DEL GASTO DE AFLIBERCEPT FRENTE A RANIBIZUMAB INTRAVITREOS

AUTORES: FERNANDEZ BARGIELA N, FEAL CORTIZAS B, GARCÍA QUEIRUGA M, MONDELO GARCIA C, LESTÓN VAZQUEZ M, MARTÍN HERRANZ I.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS 54. A Coruña. España

Introducción y **OBJETIVOS:** La dosificación de medicamentos para administración intravítrea en el Servicio de Farmacia(SF), concentra una parte importante de la actividad diaria y principalmente la dosificación de ranibizumab y aflibercept. Asimismo, representa una fracción importante del gasto farmacéutico. Entre las diferentes estrategias del SF para la contención del gasto se encuentran el agrupamiento de pacientes y el fraccionamiento de viales. Ambos medicamentos comparten algunas indicaciones como la degeneración macular asociada a la edad. En en nuestra

comunidad autónoma la Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica (CACFyT) estableció en 2015 que aflibercept es el fármaco de primera elección por ser el más coste-efectivo. Así, los nuevos pacientes que cumplieron criterios fueron tratados con aflibercept y los que ya estaban siendo tratados con ranibizumab continuaron con él. Nuestro objetivo es describir lo que representa esta actividad en el SF y estimar el ahorro que se produciría si todos los pacientes fuesen tratados con aflibercept.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Fuentes de datos: aplicativo informático Oncofarm® se recogen número de pacientes, distribución por sexos, y el número de dosificaciones de ranibizumab y aflibercept preparadas durante el año 2015. El número total de viales consumidos y el precio de cada medicamento se obtiene mediante el programa de gestión Sinfhos®.

RESULTADOS: En 2015 se realizaron un total de 9.544 preparaciones oftálmicas estériles en el SF, correspondiendo 2138 a jeringas intravítreas de ranibizumab (77%) y 638 de aflibercept (23%). El número total de pacientes fue de 821 (ranibizumab 611 y aflibercept 210). El 51,4% mujeres. El número medio de dosis/paciente fue para ranibizumab 3,5 (rango 1-11), y para aflibercept 3 (rango 1-7). Gracias a las técnicas de fraccionamiento de viales en condiciones asépticas, un vial de Lucentis® (ranibizumab) nos permite preparar 3,36 inyecciones intravítreas, mientras un vial de Eylea® (aflibercept) da como resultado 3,89 inyecciones. Estos datos se traducen en un coste de 192,18 €/dosis de ranibizumab y 157,39 €/dosis de aflibercept. El gasto real alcanzó 511.290,4 (410.872,4 ranibizumab y 100.418,0 aflibercept). Si todos los pacientes hubiesen sido tratados con aflibercept el gasto sería 257.962 €, produciéndose así un ahorro estimado de 253.328 €, con respecto a la situación real de 2015.

CONCLUSIONES: Las estrategias implementadas como la agrupación de pacientes y la dosificación en el SF suponen un importante ahorro económico. Sería interesante potenciar la utilización de aflibercept en todas las indicaciones establecidas por la CACFyT, al ser el medicamento más eficiente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

436. ANÁLISIS GRAVIMÉTRICO PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE UN SISTEMA MANUAL DE FABRICACIÓN DE SOLUCIONES DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: Prenafeta Torres J, Solé Fabre N, Cardenete Ornaque J, Morillas Gonzalez E, Zurita Alonso B, Cardona Pera D.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/ Sant Quintí 89, 08026. Barcelona. España

OBJETIVOS: Uno de los principales métodos utilizados para verificar la exactitud de las mezclas de nutrición parenteral (NP) es el análisis gravimétrico. La Agencia Europea para la Evaluación del Medicamento (EMA) y la Farmacopea de Estados Unidos (USP) establecen que el 100% de las mezclas de NP deberán prepararse con un error gravimétrico inferior al 5%. El objetivo de este estudio es comprobar la precisión en la elaboración de las mezclas de NP mediante el análisis gravimétrico de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo realizado en el área de Nutrición Clínica del Servicio de Farmacia de un hospital universitario de tercer nivel. En este Servicio todas las soluciones de NP se fabrican manualmente añadiendo los diferentes componentes por separado. Se incluyeron soluciones de NP estandarizadas según el protocolo interno de prescripción de nutrición parenteral y cuya densidad estuviera previamente determinada. Se realizó un control gravimétrico de las soluciones de NP preparadas durante un mes, que consistió en la pesada de las soluciones de NP mediante una balanza electrónica de pesada máxima de 20Kg con una precisión de 5g. El control de calidad gravimétrico consistió en comparar el volumen real del producto con el volumen teórico. El volumen real de estas soluciones se estimó mediante la masa y la densidad de las mismas, restando el peso de las bolsas multicapa utilizadas para su preparación (90g y 105g para las bolsas de 2L y 3L, respectivamente). El volumen teórico se calculó con la suma de los volúmenes de los diferentes componentes incluidos en la preparación de la solución NP. Finalmente, se calculó el porcentaje de desviación entre estos dos volúmenes respecto al volumen teórico, aceptando un error gravimétrico de preparación del 5%. Para aquellos casos en que la desviación fue superior al 5% se analizaron las posibles causas.

RESULTADOS: Se realizó el análisis gravimétrico de 95 soluciones de NP correspondientes a 26 pacientes durante el mes de marzo de 2016. Se prescribieron 7 protocolos diferentes de preparaciones de NP con un rango de densidad de entre 1,01 a 1,09 g/mL. La media de desviación de volúmenes fue de 2,69% con un máximo de 5,51% y un mínimo de 0,13%. Únicamente se observó una preparación con una desviación superior al 5%. Después de analizar las posibles causas de esta desviación, se determinó que podía ser debida a la utilización de fracciones de frasco de macronutrientes para la preparación de la solución de NP.

CONCLUSIONES: El 99% de las soluciones de NP preparadas en la unidad de preparación de mezclas intravenosas seguían las especificaciones de la EMA y la USP. Las causas de una desviación de volumen superior al 5% deben ser analizadas y la solución debe ser descartada por no cumplir el control de calidad gravimétrico.

609. BEVACIZUMAB COLIRIO EN EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: López-Viñau López T, Cuevas Asencio I, López-Santamaría Donoso J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Av Menéndez Pidal, S/N. Córdoba. España

OBJETIVO: Describir la elaboración de una fórmula magistral de bevacizumab colirio y evaluar la efectividad y seguridad a largo plazo en el tratamiento de un paciente con neovascularización corneal (NC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 65 años diagnosticada de úlcera de Mooren y queratopatía marginal pelúcida en ambos ojos con importante NC asociada. A petición del Servicio de Oftalmología y tras aprobar su uso off-label se elaboró como fórmula magistral un colirio de bevacizumab 5mg/ml basándonos en los datos aportados en el estudio de Bock F et al. Para la elaboración de un colirio de 5ml se tomó 1ml del vial comercial (Avastin® 25mg/ml) y se completó con 4 ml de suero fisiológico. Se reenvasó en 14 jeringas de 1 ml con 0.3ml. Se le asignó una caducidad de 24h en nevera y 14 días en congelador. La preparación se realizó en cabina de flujo laminar horizontal y siguiendo las normas de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. Al inicio del tratamiento, desde el Servicio de Farmacia, se proporcionó al paciente información verbal y escrita acerca de la conservación y modo de administración. La efectividad y seguridad fue valorada clínicamente por el Servicio de Oftalmología. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de la paciente y los registros de dispensación del servicio de farmacia.

RESULTADOS: La paciente comenzó en septiembre de 2009 con la administración de 1 gota del colirio de bevacizumab 3 veces al día, recogiendo puntualmente y hasta la fecha cada 14 días su tratamiento en el servicio de farmacia. A los tres meses de tratamiento ya mostró una gran mejoría clínica, la vascularización corneal se redujo notablemente y desaparecieron otros síntomas asociados a su patología como la irritación ocular. Tras 6 años y medio de tratamiento con el colirio de bevacizumab se sigue observando una excelente respuesta, presentando la paciente en la actualidad una córnea prácticamente sin neovasos. La fórmula ha sido bien tolerada sin registrarse efectos adversos locales ni sistémicos.

CONCLUSIONES: Bevacizumab colirio, utilizado a una concentración de 5 mg/ml, ha demostrado ser efectivo y seguro consiguiendo la regresión a largo plazo de la NC de nuestra paciente. La bibliografía disponible avala el uso off-label de este fármaco para la NC ya que ha demostrado que su aplicación en córnea logra la regresión, inhibición y estabilización de los neovasos jóvenes y la reducción en la perfusión vascular de los vasos antiguos. No obstante, serían necesarios estudios adicionales que permitieran determinar la dosis y el régimen terapéutico óptimo.

1209. CIDOFOVIR EN CREMA: FORMULACIÓN Y EFICACIA EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE VERRUGAS VULGARES EN UN PACIENTE VIH

AUTORES: Basagoiti Carreño B, Ibarra Mira ML, Esudero Vilaplana B, Santiago Prieto E, Manso Manrique M, Sanchez Guerrero A.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Calle Manuel de Falla 1. Madrid. España

OBJETIVO: Las verrugas son lesiones epiteliales benignas hiperqueratósicas. Las opciones terapéuticas son limitadas y a menudo ineficaces. El cidofovir actúa inhibiendo la síntesis de ADN viral. Está aprobado para uso intravenoso en el tratamiento de infección por citomegalovirus en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Existen diversos casos clínicos publicados que hablan sobre respuesta total o parcial al tratamiento con cidofovir tópico.

El objetivo del trabajo es describir la eficacia y la elaboración de una crema de cidofovir para el tratamiento tópico de verrugas vulgares en un paciente VIH con fracaso a tratamientos previos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de la formulación de una crema de cidofovir. Se trata de un paciente varón de 49 años, VIH positivo, que acude a la consulta de dermatología por haber desarrollado en los últimos dos años una formación verrucosa lineal a lo largo de la cara ventral del antebrazo y pectoral izquierdo, diagnosticada de verruga vulgar zosteriforme gigante. Tras realizarse múltiples tratamientos ininterrumpidos y con buen cumplimiento por parte del paciente, que dieron escasos resultados, se solicitó al Servicio de Farmacia la preparación de cidofovir tópico al 3%, a partir de los viales para uso intravenoso, para un tratamiento inicial de 3 semanas según la evolución clínica. Para la solicitud se requirieron tanto un informe clínico, por tratarse de un fármaco extranjero de elevado coste (439,40 euros/vial), como el consentimiento informado del paciente, al tratarse de un uso fuera de indicación. Tras la aprobación del tratamiento por parte de la dirección médica se realizó una búsqueda bibliográfica y se inició la preparación de cidofovir crema al 3%. Para cada preparación se usaron 4 viales de cidofovir (1500 mg) y cantidad suficiente para alcanzar los 50g de base beeler. La preparación se realizó en cabina de seguridad de flujo vertical para

evitar toxicidad. Se le dio una caducidad de 30 días tras revisión bibliográfica y se realizó una hoja de información al paciente.

RESULTADOS: Se obtuvo una crema de textura uniforme, con adecuadas características organolépticas, para uso tópico a aplicar 3 veces al día con guantes, protegiendo previamente con vaselina la zona que rodea la lesión, para evitar toxicidad.

El paciente inició tratamiento en julio de 2015. Tras tres semanas, se realiza una revisión de la lesión, comprobando excelentes resultados, con desaparición de la verruga en prácticamente toda la zona afectada. Se planteó continuación del tratamiento debido a la efectividad del mismo. El paciente se encuentra en tratamiento actualmente con buena respuesta y revisiones mensuales.

CONCLUSIONES: La elaboración de la crema de cidofovir ha supuesto una alternativa terapéutica eficaz para tratar este tipo de verrugas refractarias a múltiples líneas de tratamientos.

La crema obtenida tuvo unas características organolépticas adecuadas para el uso tópico.

Debido al alto impacto económico este tratamiento debería quedar reservado a pacientes que no hayan respondido a las líneas previas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

772. COMPATIBILIDAD FÍSICA DE LA ADMINISTRACIÓN EN Y DE CEFTAROLINA-FOSAMILO CON VARIOS ANTIBIÓTICOS CON ACTIVIDAD FRENTE A GRAM POSITIVOS

AUTORES: Achaques Rodríguez M, Vázquez Sánchez R, Sánchez-Rubio Ferrández J, Molina García T.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. Ctra. de Toledo, km. 12.5. Madrid. España

1. **OBJETIVOS:** La ceftarolina fosamilo es una cefalosporina de amplio espectro de reciente comercialización, indicada en el tratamiento de infecciones de piel y partes blandas y neumonía adquirida en la comunidad. La combinación de la ceftarolina con daptomicina o vancomicina es efectiva en el tratamiento de infecciones por *S. aureus* con sensibilidad reducida a estos antibióticos.

El objetivo es evaluar la compatibilidad física, en condiciones de administración en Y, de la ceftarolina fosamilo con vancomicina y daptomicina.

2. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se utilizaron viales comerciales de ceftarolina fosamilo (Zinforo®, AstraZeneca Lote: 0003D4, caducidad: 04/2017). Cada vial se reconstituyó según las instrucciones de la ficha técnica y posteriormente se diluyeron con suero fisiológico (SF) o glucosa 5% (G5%), a una concentración final de 2,22 mg/ml. Los ensayos se realizaron por triplicado para cada una de las mezclas y diluyentes. La concentración de vancomicina fue 4mg/ml y la de daptomicina 1,4 mg/ml. Para simular las condiciones de administración en Y, se realizó una mezcla 1:1 de la ceftarolina con cada uno de los antibióticos, haciéndolos pasar simultáneamente a través de una llave de tres pasos. Para la observación de partículas visibles se llevó a cabo el test 2.9.20 de la Farmacopea Europea. Para la medida de la turbidez de las muestras en unidades de turbidez nefelométrica (NTU), se utilizó un turbidímetro modelo HI 93703 (Hanna Instruments). Todas las muestras se analizaron por triplicado.

Los análisis se llevaron a cabo tras la mezcla de ambos antibióticos, a la hora y a las cuatro horas tras la mezcla. Las muestras se mantuvieron a temperatura ambiente durante todo el proceso.

Se consideraron signos de incompatibilidad física la aparición de precipitado, los cambios de color y la variación en la turbidez de las muestras ≥ 0.5 NTU

3. **RESULTADOS:** La ceftarolina fosamilo en SF y G5% dio lugar a disoluciones de color amarillo claro, transparentes y sin partículas visibles.

Las mezclas de ceftarolina fosamilo con vancomicina fueron prácticamente incoloras, y la mezcla de ceftarolina fosamilo con daptomicina fue de color amarillo pálido. Todas las muestras fueron transparentes y sin partículas visibles. En ninguna de las muestras aparecieron signos de precipitación en 4 horas y no se observaron tampoco cambios de color.

Los datos de turbidez (media $\pm$ SD NTU) obtenidos para la mezcla con vancomicina en SF y G5% fueron: a tiempo 0: 0; a tiempo 1h: 0; a tiempo 4h: 0; para la mezcla daptomicina en SF fueron: a tiempo 0: 0,091 $\pm$ 0,118; a tiempo 1h: 0,093 $\pm$ 0,094; a tiempo 4h: 0,087 $\pm$ 0,090, y para la mezcla de daptomicina en G5% fueron: a tiempo 0: 0,109 $\pm$ 0,087, a tiempo 1h: 0,142 $\pm$ 0,110 y a tiempo 4h: 0,139 $\pm$ 0,112. En ninguno de los casos se observaron variaciones en la turbidez ≥ 0.5 NTU.

4. **CONCLUSIONES:** La ceftarolina fosamilo a una concentración de 2,22 mg/ml es físicamente compatible para su administración en Y, con vancomicina 4mg/ml y daptomicina 1,4mg/ml.

482. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN JARABE DE ISONIAZIDA 50MG/ML PARA USO PEDIÁTRICO

AUTORES: GONZALEZ FREIRE L, DAVILA POUSA MC, GARCIA MAYO ME, VAZQUEZ BLANCO S, VARELA SANJURJO V, CRESPO DIZ C.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. Mourente. Pontevedra. España

OBJETIVO: La concentración descrita en los formularios de referencia para Isoniazida (10mg/mL) proporciona un volumen de dosificación superior al recomendado para determinados grupos de la población pediátrica, por lo que en nuestro hospital se decidió establecer una concentración mayor de 50mg/mL para facilitar la adherencia. Como objetivos del presente trabajo nos planteamos la evaluación de la eficacia y seguridad de una fórmula magistral de Isoniazida 50mg/mL, utilizando los mismos vehículos y excipientes que la concentración más baja. Además de validación galénica y control microbiológico de la fórmula establecida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para evaluar la efectividad y seguridad de la concentración de Isoniazida a 50mg/mL se realizó un estudio observacional retrospectivo de 5 años de duración (2010-2015), incluyendo a todos los pacientes que recibieron dicho tratamiento.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, indicación (profilaxis o tratamiento) reacciones adversas (RA) y evolución. Bases de datos: Silicon® (soporte informático de dispensación) y IANUS® (historia clínica electrónica).

Aunque tras el cambio de concentración a 50mg/mL se evaluaron, inicialmente, las características físicas y organolépticas, tras la publicación de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos (GBBP) se decidió hacer una validación galénica y control microbiológico de dicha fórmula.

Para la fórmula evaluada, se estableció un periodo de estudio de 30 días a una temperatura de conservación entre 2-8°C que coincide con el periodo de validez referenciado para la concentración 10mg/mL.

Para la validación galénica, se estableció la determinación del pH como indicador de estabilidad físico-química. Se realizaron controles por triplicado en los días 0, 7, 14, 21 y 30, con un medidor Crison Micro pH 2001. También se evaluaron mediante control visual limpidez y ausencia de precipitados.

Para el control microbiológico se siguieron las recomendaciones descritas en los capítulos 2.6.12 y 5.1.4 de la Real Farmacopea Española (RFE) 5ª Edición. Se realizaron por triplicado en los días 0, 14 y 30. Las muestras se procesaron en el Servicio de Microbiología.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 43 pacientes (22 mujeres) con una mediana de edad de 0.87 (0.1-6) años. El 58,14% recibieron Isoniazida como profilaxis y 41,86% como tratamiento. El 95,34% de los casos se resolvieron favorablemente. 1 paciente discontinuó tratamiento por resistencias. 1 paciente abandonó el tratamiento por hepatotoxicidad a Isoniazida.

La composición de la FM elaborada por 100mL fue: Isoniazida 5g (materia prima), Agua Conservans 50mL (contiene Nipagin® 0,08% y Nipazol® 0,02%) y Sorbitol 70% 50mL como vehículos.

Los resultados obtenidos fueron:

pH: $6,46 \pm 0,06$; $6,45 \pm 0,05$ y $6,49 \pm 0,06$.

Caracteres organolépticos: la solución elaborada permaneció límpida y transparente durante el periodo de estudio.

Control microbiológico: dentro de los límites establecidos por la RFE en los días 0, 14 y 30.

CONCLUSIONES: Isoniazida 50mg/mL ha resultado ser una FM segura y efectiva para profilaxis y tratamiento de la tuberculosis en la edad pediátrica, proporcionando un volumen de dosificación más racional que facilita la adherencia al tratamiento.

La nueva formulación mantiene las propiedades fisicoquímicas, caracteres organolépticos y características microbiológicas dentro de los límites establecidos, durante el periodo de estudio evaluado.

1127. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN COLIRIO DE LINEZOLID 0.2% ELABORADO EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN QUERATITIS BACTERIANAS RESISTENTES A VANCOMICINA Y CEFTAZIDIMA.

AUTORES: PICAZO SANCHIZ G, MARTÍN CRUZ B, SANTAOLALLA GARCÍA I, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, RUBIO CEBRIÁN B, MORIEL SÁNCHEZ C.

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

OBJETIVOS: La mayoría de las queratitis bacterianas son producidas por estafilococos gram positivos. El tratamiento inicial para estas infecciones era la combinación colirios reforzados de aminoglucósidos con cefalosporinas o vancomina, sin embargo se han comenzado a ver resistencias a estos tratamientos. Actualmente la alternativa de tratamiento que se plantea para queratitis bacterianas resistentes es colirio de linezolid 0.2%. . El objetivo del estudio

es describir la formulación de un colirio de linezolid al 0.2 % y su aplicación en pacientes con queratitis bacteriana, documentando su efectividad y seguridad en infecciones resistentes a vancomicina y ceftazidima.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión bibliográfica para determinar la indicación, dosificación, elaboración y estabilidad de un colirio de linezolid al 0.2%. El colirio fue elaborado en campana de flujo laminar horizontal mediante técnica aséptica, acorde con la Guía de Buenas prácticas de elaboración. Se solicitó el colirio de linezolid para dos pacientes. Posteriormente se realizó una revisión la historia clínica de esos pacientes en el programa informático Selene, para documentar datos de eficacia y seguridad.

RESULTADOS: varón de 77 años con antecedentes de queratitis herpética, operado de cataratas de ojo derecho (OD). Acudió a consulta por absceso corneal en ojo izquierdo (OI), a pesar de que los cultivos tanto para bacterias como para hongos fueron negativos comenzó tratamiento empírico con colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima. Dada la mala evolución del paciente se suspendieron los colirios reforzados y se añadió terapia sistémica con valaciclovir, doxiciclina y colirios de voriconazol, suero autólogo y natamicina. Tras 15 días de tratamiento el paciente empeoró por lo que se decidió añadir colirio de linezolid 0.2 % y se suspendieron los colirios de vancomicina, natamicina. El paciente mantuvo tratamiento con linezolid tópico durante 3 meses presentando mejoría clínica por lo que se decidió suspender el tratamiento dejando únicamente el colirio de suero autólogo hasta la actualidad. Caso 2: mujer de 64 años con absceso corneal en OD tras cirugía oftalmológica con confirmación microbiológica de *Staphylococcus epidermidis*. Inició tratamiento con colirios reforzados de ceftazidima y vancomicina, voriconazol y ciclopléjico durante 1 mes. Al no presentar mejoría clínica se decidió cambiar el tratamiento antibiótico y pautar colirio de linezolid 0.2% durante un periodo de 2 meses. El paciente presentó una evolución favorable resolviéndose completamente la infección. En ambos casos el colirio fue bien tolerado.

CONCLUSIONES: El uso de colirio de linezolid fue efectivo en los dos pacientes con queratitis bacteriana que no respondieron al tratamiento con colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima. Otras publicaciones, Akova Budak B et al, Tu EY et al, consideran adecuado el uso de linezolid 0.2% para el tratamiento de queratitis bacterianas, y establecen que la eficacia puede estar relacionada con la baja toxicidad ocular de linezolid que hace que sea mejor tolerado.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

750. ELABORACION DE PARCHES EPICUTANEOS PARA EL DIAGNOSTICO DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA A PRINCIPIOS ACTIVOS

AUTORES: ALAÑÓN PARDO MM, ÁREAS DEL ÁGUILA VL, TUDELA PATON P, ALFAYA ARIAS T, GARCÍA RODRÍGUEZ R, RODRIGUEZ MARTÍNEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. Calle del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: -Describir los parches epicutáneos (PE) elaborados para pruebas alérgicas epicutáneas (PrE) con principios activos (PA).

-Evaluar la utilidad de PE para diagnosticar reacciones de hipersensibilidad retardada (RHR) a PA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo (enero 2013-marzo 2016) de PE solicitados por Servicio de Alergología y elaborados en el Servicio de Farmacia de un hospital terciario. Se incluyeron pacientes atendidos en Hospital de Día con sospecha de RHR a PA para los cuales no existen baterías comercializadas para PrE.

Variables relacionadas con: paciente (sexo, edad, tipo de reacción cutánea), elaboración del PE: vehículo y PA (clasificación ATC, solubilidad en agua, concentración, puro u obtenido de forma farmacéutica (FF)), resultados de PrE (verdadero positivo-VP, y negativo-VN, falso positivo-FP y negativo-FN) y valor diagnóstico.

Las concentraciones solicitadas se consultaron en □ Tratado de Alergología de Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEIAC) □ (1ª Edición, 2007); la solubilidad en □ Real Farmacopea Española □ (3ª Edición, 2005) y www.pharmacycode.com.

Elaboración: 1-pesada de PA (si FF oral sólida, pulverizar previamente) y de vehículo; 2-incorporar lentamente en mortero el PA al vehículo hasta alcanzar concentración solicitada; 4-homogeneizar; 5-acondicionamiento; 6-etiquetado. Vehículo utilizado: vaselina. Si PA insoluble ó poco soluble, se humecta previamente con parafina líquida; si moderadamente, bastante ó muy soluble, se disuelve en lanolina-vaselina (fundiendo previamente la lanolina en baño maría).

La PrE se realizó incorporando la mezcla, elaborada el mismo día, a un adhesivo oclusivo (Curatest®) colocado sobre la piel durante 48 h.

El resultado de PrE se interpretó 48 y 96 h tras aplicación, considerando su positividad con reacciones cutáneas (++) y (+++) según recomendaciones de SEIAC.

El valor diagnóstico fue evaluado mediante: sensibilidad, $S=VP/(VP+FN)$, especificidad, $E=VN/(VN+FP)$, valores predictivos positivo ($VPP=VP/(VP+FP)$) y negativo ($VPN=VN/(VN+FN)$); tomando como referencia las pruebas de ☐ exposición oral controlada ☐ (PEC) y ☐ controles sanos ☐ (PCS), en caso de PrE negativa ó positiva, respectivamente.

RESULTADOS: 89 PE elaborados para 40 pacientes (60,0% mujeres, edad media: $56,3 \pm 23,5$ años). Media de PE/paciente: $2,3 \pm 1,3$. Reacciones cutáneas: erupción exantemática (37,5%), exantema maculopapuloso (32,5%), exantema fijo (7,5%), Síndrome Stevens-Johnson (5,0%), pustulosis exantemática (5,0%), eritema multiforme (5,0%), otras (7,5%).

56 PA solicitados, los principales fueron: amoxicilina (11,2%), ibuprofeno (6,7%), clavulánico (4,5%), naproxeno (3,4%), paracetamol (3,4%). Grupos terapéuticos: J01-☐ Antibacterianos ☐ (30,3%), M01-☐ Antiinflamatorios/antirreumáticos ☐ (13,5%), N03-☐ Antiepilépticos ☐ (7,9%), N06A-☐ Psicoanalépticos ☐ (6,7%), N02-☐ Analgésicos ☐ (4,5%), J05-☐ Antivirales ☐ (4,5%), A02A-☐ Antiulcerosos ☐ (3,4%), ☐ otros ☐ (29,2%). Solubilidad del PA: ☐ insolubles ☐ (44,6%), ☐ poco solubles ☐ (21,4%), ☐ moderadamente solubles ☐ (12,5%), ☐ bastante solubles ☐ (17,9%) y ☐ muy solubles ☐ (3,6%). Concentración media: 7,8%, (rango: 0,1%-20%). Tres PA fueron puros, 86 obtenidos de FF: orales (79,1%) (72,0% comprimidos, 25,0% cápsulas, 1,5% granulados, 1,5% gotas), parenterales (19,7%) y oftálmicas (1,2%).

El 66,0% de PA se incorporaron en vaselina; 26,9%, lanolina-vaselina y 7,1% fueron testados sin diluir en vehículo. 71 PE testados. Los resultados de PrE fueron: dos ☐ positivos ☐ (fenitoína 5% y carbamacepina 5%, vaselina), siendo ambos VP (confirmando diagnóstico de exantema maculopapuloso), y 69 ☐ negativos ☐: 30 VN y un FN (en 38 no se pudo realizar PEC por gravedad de reacción cutánea).

El valor diagnóstico fue: $S=100\%$, $E=100\%$, $VPP=100\%$ y $VPN=96,8\%$.

Conclusiones

Los PE se elaboran mayoritariamente con PA insolubles o poco solubles y a partir de comprimidos. Los antibióticos son los PA más testados.

Los PE presentan un valor diagnóstico elevado para RHR a PA, siendo una alternativa diagnóstica válida cuando la PEC no pueda realizarse.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

910. ELABORACIÓN DE POSACONAZOL SOLUCIÓN PARA ADMINISTRACIÓN VÍA ENDOBRONQUIAL Y EN NEBULIZACIÓN EN PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL SEVERA POR SCEDOSPORIUM APOSPERMUM

AUTORES: SOLANA ALTABELLA A, GARCÍA ROBLES A, RIBES ARTERO H, SOLÉ JOVER A, VILA CLÉRIGUES N, POVEDA ANDRÉS JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Describir el procedimiento de elaboración de posaconazol solución para administración por vía endobronquial a través de fibroscopio y en nebulización en obstrucción bronquial severa por *Scedosporium apiospermum*.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente con fibrosis quística, trasplantada bipulmonar con obstrucción bronquial severa por *Scedosporium apiospermum*, resistente a anfotericina B y con alergia previa a voriconazol. Tras no respuesta a los tratamientos previos intravenosos, la Unidad de Trasplante Pulmonar y Fibrosis quística solicita la elaboración de posaconazol para administración por vía endobronquial y en nebulización. El procedimiento fue una búsqueda bibliográfica de ensayos o casos clínicos en los que se hubiera empleado posaconazol o en su defecto otros antifúngicos por vía nebulizada o endobronquial, las condiciones que debían cumplir las soluciones para ser administradas por estas vías e información sobre estabilidad físico-química de diluciones de posaconazol. Además, se consultó en la ficha técnica de posaconazol intravenoso (Noxafil® 300 mg): excipientes, pH, osmolaridad, compatibilidad con diluyentes, estabilidad una vez diluido y dosis.

RESULTADOS: No se encontró ninguna referencia bibliográfica sobre el uso de posaconazol por estas vías, pero sí de anfotericina B y voriconazol, aunque había una gran variabilidad en las concentraciones usadas, los intervalos, la duración del tratamiento y los vehículos utilizados. Ante la ausencia de información disponible, y en base a los datos publicados con otros antifúngicos, se decidió la preparación en el Servicio de Farmacia a partir de Noxafil® intravenoso. Esta presentación contiene como excipientes edetato disódico, ClH y NaOH para ajustar el pH a 2,6 y sulfobutiléter beta-ciclodextrina sódica (SBECD) para mejorar la solubilidad. La SBECD también está presente en la presentación intravenosa de voriconazol. No se encontraron datos de estabilidad físico-química superiores a las 24h indicada en ficha técnica por lo que se asignó dicha estabilidad a las preparaciones conservadas en nevera. El modus operandi fue la elaboración en cabina de flujo laminar horizontal según técnica aséptica. Para la solución endobronquial de posaconazol 1mg/mL se utilizó 1 ☐ 1mL de Noxafil® y se diluyó con 18,9mL de suero fisiológico 0 ☐ 9% (SF) hasta obtener 20mL y se envasó en jeringa de 50mL. La solución de 2mg/mL se preparó utilizando 2,8mL de Noxafil®

en 22,2mL de SF, con volumen final de 25mL en una única jeringa de 50mL. La solución de nebulización a 2 mg/mL se realizó de manera similar pero repartiendo los 25mL en 5 jeringas con 5mL cada una. Se midió el pH y osmolaridad de la solución de 2mg/mL, siendo de 3,3 (lejos del pH fisiológico $7\pm0,5$) y 376mOsm/kg (dentro del rango fisiológico 300-400mOsm/Kg) respectivamente. Ante la buena tolerancia de la administración endobronquial de la solución a 1mg/mL, se decidió aumentar hasta 2mg/mL en las sucesivas administraciones (8 instilaciones), concentración que también se utilizó para las nebulizaciones sin aparición de reacciones adversas.

CONCLUSIONES: Sin referencias previas de uso, se elaboraron soluciones de posaconazol para su administración vía endobronquial y nebulización a 1 y 2 mg/ml, con buena tolerancia y mejoría clínica en paciente con obstrucción bronquial severa por *Scedosporium apiospermum*.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

877. ELABORACIÓN DE VANCOMICINA 10 MG/ML Y AMIKACINA 10 MG/ML DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENTRICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: POLO GARCIA J, COMA PUNSET M, PRECIADO GOLDARACENA J, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ J, MONTESE-RIN GARRASTATXU I, ETXEBERRIA URIZ M.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA 3. Navarra. España

OBJETIVO: Describir la elaboración en el Servicio de Farmacia de las fórmulas intraventriculares de vancomicina 20 mg y amikacina 30 mg solicitadas desde el Servicio de Medicina Intensiva para el tratamiento de infección por *Escherichia coli* y *Enterococcus faecalis* del líquido cefalorraquídeo (LCR), así como la evaluación de la respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para establecer el procedimiento de elaboración y la estabilidad de las fórmulas se realizó una búsqueda en Pubmed de la evidencia científica de las preparaciones. Los datos del paciente se obtuvieron de la Historia Clínica Informatizada. Técnica de elaboración: ambas soluciones se prepararon bajo cabina de flujo laminar horizontal y siguiendo la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria. Vancomicina 20 mg de concentración 10 mg/mL: se reconstituyó el vial de vancomicina 500 mg con 10 mL de agua para inyectables, se extrajeron 2 mL de esta solución y se diluyeron con 8 mL de suero fisiológico en un vial vacío y estéril, agitándose después hasta homogeneización. Se cargó una jeringa de 2 mL con esta solución cerrándose con tapón Luer-Lock. La caducidad asignada fue de 7 días en frigorífico. Amikacina 30 mg de concentración 10 mg/mL se preparó a partir de la solución comercial 10 mg/mL sin conservantes, cargando una jeringa de 3 mL y cerrando con tapón Luer-Lock asignándole una caducidad de 24 horas a temperatura ambiente, aplicando la matriz de riesgo de preparaciones estériles. Las jeringas se etiquetaron incluyendo nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis, concentración, volumen, vía de administración, caducidad y condiciones de conservación. Se comprobó que la solución fuera incolora, sin partículas y sin burbujas.

RESULTADOS: Varón de 50 años ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, intervenido de craneofaringioma que se complicó con una infección profunda de herida quirúrgica con ventriculitis por *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterococcus faecalis*, con bacteriemia por *Escherichia coli*, que requirió tratamiento sistémico con linezolid, amikacina y meropenem. El análisis microbiológico del LCR mostró la presencia de *Escherichia coli* y *Enterococcus faecalis* por lo que se inició antibioterapia intraventricular con vancomicina 20 mg y amikacina 30 mg cada 24 horas. La duración del tratamiento intraventricular con vancomicina y amikacina fue de 18 días. Los cultivos de LCR fueron negativos a los 11 y 25 días del inicio del tratamiento. La antibioterapia sistémica se suspendió tras 12 días de la finalización de la intraventricular. Cuatro días más tarde, dada la estabilidad del paciente, se decidió su traslado al Servicio de Neurocirugía.

CONCLUSIONES: La vía cerebroespinal resulta una alternativa eficaz en infecciones del LCR ya que permite alcanzar concentraciones bactericidas de antibióticos que tienen una baja penetración a través de la barrera hematoencefálica. Su preparación se considera de riesgo alto, por lo que se requiere realizarla en el Servicio de Farmacia siguiendo un procedimiento normalizado de trabajo definido que asegure la esterilidad y características necesarias de los medicamentos administrados por esta vía.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

642. ENTEROCOLITIS NECROSANTE Y OSMOLALIDAD DE FÓRMULAS ORALES LÍQUIDAS PARA NEONATOS

AUTORES: ARETIO POUSA A, FELIU RIBERA A, JUANES BORREGO E, CAMPOS BAETA Y, GINOVART GALIANA G, MANGUES BAFALLUY MA.

Hospital De La Santa Creu I Sant Pau.. Carrer de Sant Quintí, 89. Barcelona. España

OBJETIVOS: La enterocolitis necrosante neonatal es una enfermedad multifactorial caracterizada por la necrosis isquémica de la mucosa intestinal. La administración de fármacos por vía oral es fisiológica y minimiza la manipulación de catéteres, sin embargo, osmolalidades mayores de 350mOsm/kgH₂O se han relacionado con un aumento en la incidencia de esta enfermedad. El conocimiento de la osmolalidad de los medicamentos que administramos por vía oral a los neonatos nos permitirá controlar uno de los factores contribuyentes.

Los objetivos del estudio son: i) Conocer la osmolalidad de 14 fórmulas orales líquidas preparadas en un servicio de farmacia y administradas en una unidad de neonatología, ii) Revisar protocolos de administración y establecer recomendaciones para conseguir la adecuada osmolalidad de estas preparaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS: i) Se prepararon 3 lotes de 14 fórmulas orales líquidas según la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria y siguiendo los Protocolos Normalizados de Trabajo del servicio. De cada lote se obtuvieron muestras por triplicado y se determinó su osmolalidad por el método del descenso crioscópico (osmómetro Fiske® 210 Micro-Sample Osmometer). Los resultados para cada fórmula se expresaron como la media de las osmolalidades de las 9 muestras totales. ii) Se recalcularon las osmolalidades (fórmula de Ernst) en las condiciones reales de administración junto con una toma de leche materna (285mOsm) o leche artificial (300mOsm) en volúmenes de 150ml/kg/día divididos en 8 o 12 tomas. Se tuvieron en cuenta diferentes rangos de peso de los neonatos y dosis mínimas y máximas para todos los fármacos. Se valoró la dilución del jarabe con 0.5 ml de agua previa a la toma de leche.

RESULTADOS: i) Cuatro fórmulas (ácido fólico 1mg/mL, sulfadiazina 100mg/mL, hidrocortisona 1mg/mL y captopril 0,1mg/mL) tienen una osmolalidad adecuada. ii) Tres fórmulas (espironolactona 2mg/mL, atenolol 2mg/mL y levotiroxina 20mcg/mL) tienen una osmolalidad correcta cuando se administran junto con una toma de leche. iii) Cinco fórmulas (ácido ursodesoxicólico 20mg/mL, omeprazol 2mg/mL, flecainida 5mg/mL, fenobarbital 5mg/mL e hidroclorotiazida 2mg/mL) superan el margen en algunos escenarios. La osmolalidad aumenta cuando el volumen de leche de la toma es menor, cuando se trata de leche artificial y cuando se administra una dosis/kg mayor. La dilución con 0,5mL de agua reduce la osmolalidad a

CONCLUSIONES: Algunas de las fórmulas orales líquidas utilizadas en la unidad de neonatología sobrepasan los límites aconsejados de osmolalidad. Se inicia un proceso de revisión de las formulaciones orales líquidas y de las condiciones de administración para intentar reducir su osmolalidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

204. ESTABILIDAD DE FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

AUTORES: GÓMEZ ÁLVAREZ S, GASPAR CARREÑO M, ACHAU MUÑOZ R, LÓPEZ NAVARRO A, PONCE SILLAS A, GARZÓN FERNÁNDEZ C.

Hospital intermutual de Levante. Autovía CV-35, Km 11,7. Valencia. España

Introducción

El reenvasado y almacenamiento de fármacos en jeringas es una práctica clínica habitual realizada en el Servicio de Anestesia y Reanimación, avalada por numerosas fuentes bibliográficas y que proporciona grandes ventajas. Para evitar errores de administración, las jeringas son identificadas con etiquetas de diferentes colores que contienen el nombre del fármaco que se reenvasa, siguiendo las recomendaciones del Sistema Español de Notificación de Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) y de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR). No obstante, el almacenamiento de fármacos no está contemplado en el etiquetado de las jeringas ni en la ficha técnica de los medicamentos, y por tanto, no existe una evaluación previa de la compatibilidad físico-química jeringa-fármaco.

OBJETIVO: Revisar la compatibilidad físico-química, estabilidad microbiológica y fotosensibilidad de los fármacos más utilizados en el Servicio de Anestesia y Reanimación para su almacenamiento en jeringas Omnifix Luer® sin látex de 2, 5, 10 y 20 mililitros del laboratorio B. Braun®.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Servicio de Anestesia y Reanimación utiliza jeringas Omnifix Luer® sin látex de 2, 5, 10 y 20 mililitros del laboratorio B. Braun®. El material que compone el cuerpo de las jeringas es polipropileno. Se evaluó la compatibilidad físico-química, estabilidad microbiológica y fotosensibilidad durante un mínimo de 24 horas de los siguientes fármacos: fentanilo 0,05mg/ml, morfina 10mg/ml y 20mg/ml, midazolam 1mg/ml, cisatracurio 2mg/ml, rocuronio 10mg/ml, efedrina 50mg/ml, atropina 1mg/ml, alfentanilo 0,5mg/ml, lidocaina 20mg/ml, droperidol 2,5mg/ml y levobupivacaina 2,5mg/ml, 5mg/ml y 7,5mg/ml. Para determinar la compatibilidad físico-química y fotosensibilidad, se realizó una búsqueda en fuentes secundarias y terciarias. En cuanto a la estabilidad microbiológica, se llevó a cabo una evaluación de los riesgos asociados a las preparaciones estériles mediante la matriz de riesgos de la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, determinando el nivel de riesgo de la preparación.

RESULTADOS: Todos los fármacos revisados mostraron compatibilidad físico-química con las jeringas Omnifix Luer® durante al menos 24 horas, siendo necesario en el caso de fentanilo, midazolam, cisatracurio y rocuronio protegerlos de la luz (PL) durante el almacenamiento.

En cuanto a la estabilidad microbiológica se asumió un nivel de riesgo bajo, para el cual se establece una estabilidad de 1 hora a Tª ambiente (15 - 25 °C) y refrigerado (2 - 8°C), cuando la preparación se realiza en la unidad de enfermería en planta sin un ambiente controlado, y de 48 horas a Tª ambiente y 14 días refrigerado cuando se realiza en cabina de flujo laminar.

CONCLUSIONES: Pese a que la compatibilidad físico-química esté garantizada, el factor limitante para el almacenamiento de estos fármacos es la estabilidad microbiológica. Es conveniente verificar previo al reenvasado la compatibilidad fármaco-envase, esto es, la influencia del producto sanitario sobre el medicamento y su efecto, mantener actualizada la información disponible y garantizar la adecuada conservación de los medicamentos que se administran a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

455. ESTABILIDAD QUÍMICA DE SOLUCIONES PARA INFUSIÓN DE MEROPENEM. ESTUDIO A 24 HORAS

AUTORES: Aragonés Eroles AM, Ahmad Díaz F, Vallez Valero L, Miralbes Torner M, Cano Marrón SM, Schoenenberger Arnaiz JA.

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. Avda. Alcalde Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVOS: En las Unidades de Cuidados Intensivos la optimización de la relación entre farmacocinética y farmacodinamia de los antibióticos está llevando a introducir nuevas prácticas de administración de los mismos, tal y como ocurre con el meropenem administrado en infusión continua. El objetivo de este enfoque es tratar de mejorar los resultados en el tratamiento de infecciones graves y prevenir la aparición de resistencias durante el tratamiento. Dado que las soluciones para infusión intravenosa continua del antibiótico deben permanecer muchas horas en un ambiente con temperaturas de 25°C y sometidas a luz ambiental directa se propuso realizar un estudio de la estabilidad química del antibiótico durante el tiempo que dura la infusión en dichas condiciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se prepararon dos tandas de dos bolsas cada una de meropenem diluido en suero fisiológico a concentración de 2g/100 ml. Las bolsas se mantuvieron simulando las condiciones normales de luz y temperatura durante la administración (rango medido de 21 a 27°C). En ambas se analizó la concentración del antibiótico mediante un sistema HPLC inmediatamente después de la dilución (T0); en la primera tanda se muestrearon a las 4, 6 y 24h; en la segunda se muestrearon a las 6, 8, 12 y 24h. De cada bolsa se analizaron para cada tiempo tres alícuotas.

RESULTADOS: Los resultados del estudio, que se expresan como porcentaje de fármaco remanente en la bolsa respecto a la concentración inicial, indican que: a las 4h el % medio de concentración respecto al basal fue de 99,0±2,4%, a las 6h de 97,1±2,9%, a las 8h de 90,0±1,5%, a las 12h de 89,5±1,96% y a las 24h de 82,8±2,5%.

CONCLUSIONES: En el presente estudio la estabilidad química de meropenem, diluido en fisiológico a concentración de 2g/100ml y expuesto a condiciones reales de temperatura y luz, no se mantiene más allá de 8h. Por lo tanto las soluciones para perfusión continua de meropenem a esta concentración deberían prepararse y cambiarse cada 8h. Estos resultados no son coherentes con los datos aportados por algunos fabricantes y evidencian la necesidad de llevar a cabo análisis más profundos y detallados, utilizando además otras soluciones para perfusión como el glucosado al 5%.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

602. ESTANDARIZACIÓN EN LA SOLICITUD Y ELABORACIÓN DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS.

AUTORES: RAGA JIMENEZ C, BELLES MEDALL MD, PASCUAL MARMANEU O, ÁLVAREZ MARTIN T, TRIPIANA RALLO M, MONTAÑES PAULS B.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CASTELLÓN. AVDA BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Durante el año 2015 se elaboraron en nuestra Unidad de Farmacotecnia 240 formulaciones tópicas de las cuales 35 (14,6%) fueron pruebas epicutáneas que correspondieron a 29 fármacos distintos, siendo un 27,5% antibióticos. Las concentraciones solicitadas variaban de 1 al 20%, hasta 6 concentraciones diferentes. El 20% de las solicitudes no se pudo elaborar la concentración solicitada por no disponer de materia prima y utilizar la forma farmacéutica incluida en la guía farmacoterapéutica del hospital. Este proceso suponía un elevado consumo de tiempo farmacéutico para resolver las discrepancias respecto a la solicitud inicial. Así, se evidenció la necesidad de protocolizar la solicitud y elaboración de las pruebas epicutáneas.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Se estandarizaron las concentraciones de fármaco, al 1% si la reacción previa del paciente había sido grave, o al 10% si había sido leve, ambas sobre materia prima. En caso de no disponer de materia prima se realizaría cambio de concentración desde 1 a 5% y en el caso de 10 a 30%, sobre la forma farmacéutica.

Se estableció el criterio de selección del vehículo en función de la solubilidad de la materia prima o del principio activo/excipientes mayoritario de la forma farmacéutica. Cuando los gramos de sustancia disueltos en 100 gramos de agua a 20 °C fuesen mayores a 1 se utilizaría como vehículo glicerina y cuando fuese menor, vaselina.

EJECUCIÓN: Se llevó a cabo la elaboración de dos documentos: impreso de solicitud de pruebas epicutáneas y procedimiento normalizado de trabajo (PNT).

El impreso de solicitud constaba de cuatro apartados: datos identificativos del paciente, prescripción de la prueba epicutánea, datos del médico prescriptor e intervención farmacéutica. En este último apartado se registraba, en caso necesario, el cambio de concentración por no disponibilidad de materia prima y/o cambio de vehículo por hidrosolubilidad.

El segundo documento fue un PNT que establecía el modus operandi y las medidas de pesada en función de las cuatro concentraciones definidas. Se incluyó una tabla de solubilidades para asignar el vehículo adecuado, así como la estabilidad, el etiquetado, envasado en jeringa para evitar la manipulación y el control de calidad a realizar.

EVOLUCIÓN: Este proyecto se inició en enero de 2016 tras revisión de las solicitudes realizadas a la Unidad de Farmacotecnia en 2015 y revisión bibliográfica.

En marzo de 2016 se presentaron los documentos al Servicio de Alergología para consensuar el proyecto. Posteriormente, se realizó una sesión clínica en el Servicio de Farmacia para comunicar la estandarización del proceso al resto de farmacéuticos. Finalmente, se implementó el proyecto en abril de 2016.

RESULTADOS Y EFECTOS: El Servicio de Alergología mostró un alto grado de satisfacción a la propuesta presentada. Con la implantación de la estandarización en la solicitud y elaboración de las pruebas epicutáneas se ha conseguido unificar criterios en la prescripción, reducir significativamente los tiempos del farmacéutico en la validación, racionalizar costes, reducir los riesgos en la elaboración y aumentar la seguridad en el paciente. La estandarización del proceso implica una mejora de calidad y eficiencia en la Unidad de Farmacotecnia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

697. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EFICACIA DE UNA LOCIÓN DERMOPROTECTORA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS

AUTORES: Jiménez Guerrero L, Murillo Izquierdo M, Lara Aliaga R, Merino Bohórquez V, Castañeda Macías I, Cárdenas Fernández M.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Av Dr Fedriani, s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar eficacia y satisfacción, en el personal sanitario de nuestro hospital, de una loción dermoprotectora empleada para la prevención de úlceras.

MATERIAL Y MÉTODOS: La loción dermoprotectora es una fórmula magistral líquida, incluida en el protocolo de prevención y tratamiento de úlceras del hospital, de la cual se describe composición, porcentaje de sus componentes y modus operandi.

Se diseñó un impreso para la realización de una encuesta al personal sanitario de nuestro hospital. La encuesta se dirigió a enfermería, tanto a Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) como a Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE), de las áreas de cirugía, UCI, traumatología y medicina interna. La encuesta se componía de una pequeña introducción explicativa y 8 preguntas en referencia a la eficacia, tolerancia y aplicabilidad del producto. Los ítems, respondían a variables cualitativas dicotómicas o politómicas, con escalas de medición nominal u ordinal; estas últimas tomaban valores del 1 al 5, peor y mejor valoración respectivamente.

RESULTADOS: Modus Operandi: la loción dermoprotectora se compone de aceite de coco y vaselina líquida a partes iguales. Ambos se mezclan licuados, previo calentamiento a baño maría. Se envasan en frasco topacio con pulverizador.

El número de encuestas recogidas fueron 58, de las cuales 35 pertenecían a DUE y el resto (23) a TCAE. El producto estaba disponible en todas las unidades encuestadas, aunque cinco encuestas reflejaron no conocer el producto. Todas las encuestas expresaron que su indicación era profiláctica, como se recoge en el protocolo de enfermería. Sobre la facilidad o comodidad de aplicar el producto el 59% marcaron las casillas 4 y 5. En el apartado de tolerancia, el 89% de los encuestados marcaron la casilla 3 o superiores. En cuanto al nivel de hidratación observada en el estado de la piel solamente el 7,5% de los sanitarios reflejó un valor inferior a 3. La valoración global de este producto fue: 1 (0%), 2 (11%), 3 (23%), 4 (43%) y 5 (23%).

CONCLUSIONES: La formulación dermoprotectora es simple y muy fácil de elaborar. El personal de enfermería de nuestro hospital conoce y sabe encuadrar su uso dentro del protocolo sobre la prevención de úlceras. La encuesta también refleja que es un preparado útil, seguro y fácil de aplicar, con una valoración global superior a 3 del 66% de los encuestados.

294. EXPERIENCIA EN DESENSIBILIZACIÓN A FÁRMACOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: MUÑOZ GARCÍA I, CHICA MARCHAL AM, CARREÑO ROJO A, MARTÍNEZ PENELLA M, GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, LACRUZ GUZMÁN D.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Las reacciones de hipersensibilidad a fármacos implican entre el 6 y el 10% de las reacciones adversas a medicamentos, limitando en gran medida las opciones terapéuticas. Una alternativa que permite la administración del fármaco implicado, es el empleo de un protocolo de desensibilización basado en la administración al paciente de dosis ascendentes del fármaco al que es alérgico. El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis de nuestra experiencia de los distintos protocolos de fármacos implicados en la desensibilización, las características de los pacientes que la requieren y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha elaborado una base de datos con los pacientes que han precisado de la administración de un protocolo de desensibilización a fármacos desde Octubre de 2010 a Marzo de 2016.

Del programa de historias clínicas del hospital (Selene®) se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, manifestaciones clínicas de la reacción alérgica, realización de pruebas alérgicas, fecha de la desensibilización y los resultados de la misma.

RESULTADOS: Se obtuvo un total de 29 pacientes, 48,27% hombres, con una edad media de 59,07(±14,33) años. 11 (37,93%) casos fueron desensibilizaciones a antibióticos: penicilina (1), piperacilina/tazobactam (1), imipenem (7), ertapenem (1) y trimetropim/sulfametoxazol (1). Otros 11 casos (37,93%) se referían a agentes antineoplásicos: carboplatino (7), oxaliplatino (1), docetaxel (1), paclitaxel (1) y ciclofosfamida (1). El resto corresponde con desensibilizaciones a ácido acetilsalicílico (AAS) (20,69%) y a morfina (3,45%).

Las manifestaciones clínicas observadas en el grupo de antibióticos fueron: erupción cutánea en 3 casos, 1 caso de disnea, mareo e hipotensión, 1 caso pérdida de conocimiento y otro de eritema fijo en glándula. El resto se desconocían. En los agentes antineoplásicos se observó anafilaxia en 5 de los casos, urticaria generalizada en 2, 1 caso con calor y prurito generalizado, eritema facial y en manos, tos y dificultad respiratoria, 1 caso con prurito palmo-plantar seguido de erupción en manos y región alta de tórax acompañados de náuseas y vómitos, 1 caso de disnea y opresión torácica y 1 caso de disnea, mareo y desaturación. Los casos de AAS presentaron manifestaciones de náuseas, sudoración y mareo en 1 caso, reacciones cutáneas en otro caso, uno presentó anafilaxia y otro angioedema, en dos de ellos se desconocían las manifestaciones.

El resultado de la desensibilización fue exitoso en 26 (89,65%) casos. No se pudo conseguir la tolerancia al fármaco en el caso de trimetropim/sulfametoxazol, el de paclitaxel y un caso de carboplatino.

CONCLUSIONES: Los protocolos de desensibilización constituyen una herramienta eficaz para aquellos casos en los que no existe alternativa terapéutica adecuada.

Son los servicios de oncología y hematología médica, los que presentan un incremento de los casos de reacciones de hipersensibilidad a fármacos y en los que las opciones terapéuticas son escasas, jugando un papel fundamental estos protocolos.

En el proceso de desensibilización a un fármaco se encuentran implicados diferentes servicios hospitalarios (medicina interna/hematología/oncología/cardiología, alergología, medicina intensiva y farmacia), por lo que se ha hecho necesario la elaboración de un protocolo de actuación con el fin de su coordinación.

513. FENOBARBITAL 1% SUSPENSIÓN ORAL: FORMULACIÓN, CONTROL DE CALIDAD Y MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA.

AUTORES: RAYMUNDO PIÑERO A, BOADA HERNANDEZ JM, PASCUAL CARRASCO A, DIAZ GONZALEZ M, GANDIA MARTINEZ R, SELVA OTAOLAURRUCHI J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. Pintor Baeza, 12. Alicante. España

OBJETIVOS: Formulación y determinación de niveles plasmáticos de Fenobarbital 1% suspensión oral (no existe en el mercado nacional), en una serie de seis neonatos diagnosticados de status epiléptico y convulsiones, en tratamiento con Fenobarbital intravenoso que progresan a Fenobarbital vía oral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la preparación de la suspensión oral de Fenobarbital al 1% partimos de fenobarbital comprimidos de 100 mg comercializados (Luminal®), Ora-Sweet SF® y Ora-Plus®. Para las determinaciones farmacocinéticas usamos el espectrofotómetro UV-vis Indiko®, el ABBOTTBASE Pharmacokinetic Systems® v. 1.1 (pKs) para los ajustes posológicos, y el programa Gestlab® para la consulta de los informes farmacocinéticos.

En la elaboración de 100 mL de suspensión oral de Fenobarbital 1% utilizamos 10 comprimidos de Luminal® 100 mg, triturados y vehiculizados en una mezcla 50 mL/50 mL de Ora-Sweet SF®/Ora-Plus. El envasado se realiza en frasco topacio de 120 mL, identificado asignando 115 días de caducidad, según publicación al efecto ¹.

Realizamos determinaciones sobre la suspensión oral recién preparada y a los 115 días de pH, desprendimiento de gas, coloración, contaminación microbiológica y re-dispersión uniforme de la suspensión.

Para comprobar la correlación de los niveles plasmáticos estimados y los obtenidos en los pacientes objeto del estudio, se realizaron mediciones en valle mientras estaban en tratamiento con Fenobarbital intravenoso previo al paso a la vía oral, manteniendo las determinaciones durante la administración de la fórmula magistral.

Se recogieron los datos de 6 pacientes con edades comprendidas entre 6 días y un mes, con pautas de Fenobarbital entre 6 y 16 mg/24 h vía oral (dosis estándar entre 3-5 mg/Kg/día), que previamente habían estado en tratamiento intravenoso.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos en el momento de la preparación y el día 115 de caducidad fueron: pH 6.5, color uniforme sin apreciarse la formación de burbujas de gas. El control microbiológico fue negativo y la re-dispersión óptima sin apreciarse fenómenos de caking. Los niveles obtenidos en valle tras el paso a la formulación oral están dentro del rango terapéutico (15-40 mg/L), con valores entre 16 y 32 mg/L, correspondiéndose con las estimaciones realizadas durante el tratamiento intravenoso, con una desviación de 3,59 mg/L respecto a los valores calculados (media: $25,4 \pm 3,59$ mg/L).

El estado clínico de los seis pacientes fue de control de los síntomas de su enfermedad.

CONCLUSIONES: La suspensión oral de Fenobarbital 1% es válida terapéuticamente en el control de pacientes neonatos con status epiléptico y convulsiones.

La formulación es correcta a las pruebas galénicas practicadas durante los 115 días de caducidad establecida.

Las concentraciones plasmáticas obtenidas se corresponden con las estimadas y se encuentran dentro del intervalo terapéutico según pautas posológicas recomendadas desde el Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

653. FORMULACIÓN DE IDEBENONA PARA ATAXIA DE FRIEDREICH

AUTORES: FERNANDEZ GONZALEZ MP, LOPEZ DOLDAN MDC, GOMEZ MARQUEZ AM, CASADO VAZQUEZ L, DOMINGEZ GUERRA M, VARELA CORREA JJ.

COMPLEJO HOSPITAL UNIV. DE OURENSE. Ramón Puga, 52-53. Ourense. España

OBJETIVOS: Introducción: la ataxia de Friedreich (AF) considerada como una enfermedad rara, es la causa más común de ataxia autosómica recesiva en la población caucásica; su incidencia se estima en 1/40 mil nacidos vivos. Se caracteriza por ataxia progresiva truncal y de extremidades progresiva, de inicio temprano antes de los veinticinco años, acompañada de disminución en propiocepción y sentido de vibración y ausencia de reflejos osteotendinosos en miembros inferiores. Se debe a la expansión de un triplete GAA en el intrón 1 del gen FXN (frataxina), cuya proteína interviene en el metabolismo del hierro mitocondrial. Actualmente no existe tratamiento que resuelva la enfermedad y las estrategias actuales pretenden frenar en la medida de lo posible su progresión mediante antioxidantes y en algún caso quelantes de hierro. Entre las medidas terapéuticas empleadas se encuentra la Idebenona (ID) un antioxidante análogo a una cadena corta de la coenzima Q10. En dosis orales de 10 a 20 mg/kg/día, ID contribuye a disminuir los síntomas de la ataxia especialmente en las cardiopatías

OBJETIVO: elaboración de una fórmula magistral (FM) de ID oral adaptada a las necesidades de una paciente con AF de 11 años de edad y peso 49 kg correspondiente a una dosis de 980mg/24h de ID. En ese momento se encuentra a tratamiento con comprimidos de ID 45mg (Mnesis 45mg: disponible a través de medicamentos extranjeros) con una posología de 20-22 comprimidos a días alternos. La paciente presenta con frecuencia náuseas y/o vómitos debido a la dificultad de la toma lo que supone el incumplimiento terapéutico por parte de esta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de bibliografía e historia clínica informatizada (IANUS) y diseño del PNT de elaboración.

Se describe fórmula patrón: principio activo: ID 150mg, excipiente (diluyente): celulosa microcristalina pH101 80mg; cápsulas N° 0.

Entorno: humedad relativa 60%; temperatura 25°C +/- 5

Controles: características organolépticas: aspecto, color y olor. Verificación de control de peso según especificaciones de la Real Farmacopea en vigor

Descartamos la elaboración de suspensión oral por falta de documentación que garantizase la estabilidad del preparado. Es importante destacar que las cápsulas se pueden abrir y redispersar en agua para su administración inmediata.

RESULTADOS: - posología previa a la formulación : ID 45mg 20-21 comprimidos en días alternos

-posología con la formulación: ID 150mg 6-7 cápsulas a días alternos (pudiendo ser redispersadas para resultar en una sola toma)

A su vez, pudimos observar que los costes del tratamiento mensual de nuestra paciente se ven reducidos de manera importante:

-mnesis 45mg : 20-21 comprimidos días alternos: coste unitario 1.56; coste mensual 959,5 €

-idebenona 150mg: 6-7 cápsulas días alternos: coste unitario 0,52; coste mensual 101.4 €

CONCLUSIONES: - ID en cápsulas supone una mejor opción frente a la alternativa por su facilidad en la administración.

- mejor adherencia

-ID cápsulas resulta en un menor coste con respecto a su comparador

- es importante disponer de un Servicio de Farmacia dotado de medios oportunos que nos permita realizar una mejora en la salud del paciente

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

585. FORMULACIÓN DE PAROMOMICINA TOPICA AL 15% EN COLD-CREAM COMO TRATAMIENTO DE LEISHMANIOSIS CUTÁNEA EN PEDIATRÍA

AUTORES: Esteban Casado S, Martínez Simón JJ, Martín de Rosales Cabrera AM, Naz Villalba ME, Gálvez Madroñero M, Pérez Encinas M.

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

OBJETIVO: Desarrollar una formulación de Paromomicina tópica 15% en Cold-Cream como alternativa al tratamiento de leishmaniosis cutánea(LC) en pediatría y describir los resultados de su uso clínico.

MATERIAL Y METODOS: El tratamiento local de elección de LC es inyección de meglumina antimoniato intralesional 0.5-1mL cada 3días o semanalmente hasta recuperación de la lesión, produciendo importante dolor local. Como alternativa existe la aplicación tópica de paromomicina durante 2-4semanas, que debido a la acción anti-leishmania de paromomicina permite la curación de LC al producir reacción inflamatoria local limitada con aparición de vesículas y eritema. Tras realizar búsqueda bibliográfica encontramos:

-Paromomicina sulfato(PS)-15% y metilcloruro de benzetonio(MdB)-12% en vaselina (Leshcutan®) adquirible como medicamento extranjero con elevado precio de adquisición y mala tolerancia por reacciones asociadas al MdB(dolor, hinchazón, quemazón).

-PS-15% en vaselina con urea10%: descrita por OMS, se descartó por homogeneización incompleta, apareciendo partículas cristalinas en control galénico.

-PS-15% base O/W neo-PCL: Se elaboró basándonos en una formulación al 5% descrita para tratamiento de trichomonas vaginalis. En la validación galénica, la formulación resultó inestable transcurridos 7días, apareciendo coalescencia, separación de fases y cambio de coloración.

-Finalmente optamos por PS-15% Cold-Cream basándonos en el estudio faseIII publicado por Ben Salah et al. Elegimos este vehículo por su efecto emoliente y poder refrescante. Se prepararon cremas de 50g a partir de 30cápsulas de Paromomicina250mg(Humatin®) y 38,75g de Cold-Cream, adicionando paromomicina en pequeñas cantidades agitando hasta homogenización. Se realizó validación galénica durante 30días con controles cada 7días, conservada entre 2-5°C y protegida de la luz(PL). Las variables recogidas fueron: color, olor, evanescencia y oclusividad, extensibilidad, consistencia, efecto refrescante, homogeneidad de partículas y pH. A la vez evaluamos los resultados clínicos en los pacientes.

RESULTADOS: Se obtuvo una crema de color beige, olor característico a Cold-Cream, excelente evanescencia y poca oclusividad, extensibilidad óptima, consistencia semisólida y ligero efecto refrescante. Tras 30días se conserva la homogeneidad, no observándose formación de grumos ni partículas. El pH obtenido fue 6. La estabilidad galénica permaneció constante durante el tiempo de estudio en las condiciones de conservación, no produciéndose alteración de ninguna variable ni del pH, asignando un periodo de validez de 30días conservado entre 2-5°C y PL.

Se trataron 2 pacientes pediátricos, diagnosticados mediante criterios clínicos de LC en región frontal, con el fin de evitar el intenso dolor causado por la inyección intralesional de meglumina antimoniato. La posología indicada fue aplicar la crema sobre la lesión dos veces al día. Se informó de la posible aparición de eritema y vesículas como reacción al tratamiento. Tras 20días se observó una reducción del 50% del área afectada. Se completaron 2meses de tratamiento con resolución completa de la lesión. En la entrevista farmacéutica, los pacientes refirieron ligero enrojecimiento y picor en la zona de aplicación, siendo bien tolerada durante todo el tratamiento.

CONCLUSIONES: La formulación resultó ser efectiva en los pacientes tratados, con buena tolerancia y sin reacciones adversas importantes, posicionándose como una alternativa para el tratamiento de LC en pacientes pediátricos al evitarse el intenso dolor producido por las inyecciones intralesionales.

594. FORMULACIÓN DE POMADA INTRANASAL DE PROPRANOLOL 0,5% EN VASELINA ESTÉRIL COMO TRATAMIENTO DE LAS EPIXTASIS POR TELANGIECTASIA HEREDITARIA HEMORRÁGICA

AUTORES: MARTÍNEZ SIMÓN JJ, Esteban Casado S, Martín de Rosales Cabrera AM, Marcos Salazar MS, Leganés Ramos A, Pérez Encinas M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCON. Budapest 1. Madrid. España

OBJETIVO: Desarrollar una formulación de Propranolol 0,5% tópica intranasal como tratamiento de las epixtasis por Telangiectasia Hereditaria Hemorrágica (HHT) y valorar los resultados clínicos.

MATERIAL Y METODOS: Existen varios tratamientos tópicos, sistémicos y quirúrgicos para control de las epixtasis frecuentes de la HHT, con eficacia variable. El ácido tranexámico ha demostrado una modesta reducción en la frecuencia y severidad de las epixtasis y bevacizumab intravenoso, mediante inyección local o en forma de spray intranasal ha obtenido resultados prometedores pero en estudios aun iniciales. Con propranolol los estudios in vitro han mostrado cierta actividad antiangiogénica, su aplicación tópica está indicada para el tratamiento de hemangiomas infantiles. Por ello, el servicio de otorrinolaringología nos solicitó una formula de propranolol 0,5% intranasal tópica. Tras búsqueda bibliográfica encontramos un gel de hipromelosa al 3,5% y propranolol 1,5%, pero valorando el pH de estabilidad del propranolol, el pH óptimo intranasal y la necesidad de un vehículo oclusivo que mejorase la sequedad nasal, se decidió formular en vaselina estéril para evitar la inestabilidad de una solución acuosa. Se prepararon pomadas de 15g pesando 75mg de propranolol polvo, pulverizándolo y homogenizándolo con 15g de vaselina estéril. La pomada se acondicionó en tubos de aluminio protegidos de la luz. Se realizó un estudio de estabilidad galénica durante 60 días con controles periódicos cada 7 días, conservada a temperatura ambiente (TA) y protegida de la luz (PL). Las variables recogidas fueron: color, olor, oclusividad, extensibilidad, consistencia, exudación y pH. Por último, se entrevistó telefónicamente a los pacientes tratados durante al menos 7 días, valorando la eficacia del tratamiento con las variables: frecuencia y duración de epistaxis pre/post-tratamiento, mejoría de sequedad nasal y costras nasales y aparición de efectos adversos (hipotensión, bradicardia, mareos).

RESULTADOS: Se obtuvo una pomada de color blanquecino, inodora, buena oclusividad, extensibilidad adecuada, exudación inexistente y pH 7. Las propiedades galénicas permanecieron constantes durante el estudio en las condiciones de conservación indicadas. El período de validez asignado fue 60 días conservado a TA y PL. 14 pacientes recibieron tratamiento durante al menos 7 días. La edad media fue: 59,7 años (78,0-27,9), 50% mujeres. Los resultados obtenidos tras entrevista telefónica fueron:

-Menor frecuencia y duración de epistaxis post-tratamiento: 64,3%(9) y 50,0%(7); respectivamente. 1 paciente refirió no volver a tener ningún episodio.

-Igual frecuencia y duración de epistaxis post-tratamiento: 14,3%(2) y 21,4%(3); respectivamente. Estos pacientes refirieron administración de inyección de etoxiesclerol previa al inicio de la pomada.

-21,4%(3) consideraron que llevaban poco tiempo de tratamiento para realizar la valoración. Estos pacientes llevaban sólo 7 días de tratamiento.

-Mejoría de sequedad nasal y costras: 85,7%(12)

-Aparición de reacciones adversas: 1 paciente relacionó administración de la pomada con aparición de cefalea y escozor nasal.

CONCLUSIONES: La formulación parece tener buena tolerancia por los pacientes y permite una reducción en la frecuencia y duración de los episodios de epistaxis así como reducción de sequedad nasal en la mayoría de pacientes. Es necesario seguir valorando la eficacia y seguridad del tratamiento a largo plazo.

1256. GEL DE FLUCITOSINA Y ANFOTERICINA B EN EL TRATAMIENTO DE VULVOVAGINITIS RECURRENTE POR CANDIDA GLABRATA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: de Miguel Gaztelu M, Fernandez Gonzalez J, Fontela Bulnes C, Preciado Goldaracena J, Coma Punset M, Polo Garcia J.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. C/Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVO: Describir y evaluar la eficacia de una fórmula magistral de flucitosina y anfotericina B para el tratamiento de una candidiasis vulvovaginal por Candida glabrata, recurrente y resistente a azoles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la elaboración del gel se partió de los comprimidos de Ancotil (flucitosina) 500 mg (especialidad extranjera) y de Anfotericina B (materia prima).

Modus operandi: Triturar 32 comprimidos de Ancotil hasta polvo fino en un mortero. Mezclar con una pequeña porción de glicerina hasta formar una pasta homogénea.

Incorporar 2,7 gramos de anfotericina B y añadir gel lubricante hidrosoluble (Sulky) hasta 90 gramos de crema total. Remover hasta homogeneización completa.

Envasar en tubos de aluminio incorporando un aplicador (aplicador de Gine-canesten crema vaginal) para conseguir aplicar la cantidad recomendada de 5 gramos. Etiquetar según normas de correcta elaboración.

Estabilidad: 14 días.

Descripción del caso:

Paciente de 51 años que acude a consulta de ginecología por prurito genital externo sin flujo vaginal. Se pauta tratamiento con fenticonazol con lo que remite la sintomatología. A los 3 meses reaparece el prurito por lo que se decide realizar cultivo de exudado vaginal aislándose

Candida glabrata. Se pautaron diferentes azoles (fenticonazol, ketoconazol y fluconazol) con resolución del prurito pero con persistencia de la positividad del cultivo del exudado vaginal (diciembre de 2014 y febrero de 2015) por lo que en febrero de 2015 se inician 2 tandas de tratamiento con óvulos de ácido bórico durante 2 semanas sin mejoría microbiológica (cultivo positivo marzo de 2015).

En abril de 2015 se pauta tratamiento con óvulos de Anfotericina B con la misma nula respuesta microbiológica (cultivo positivo en mayo de 2015) y reaparición de la clínica. Se amplía el antibiograma de este último aislado que muestra resistencia a azoles (incluido voriconazol) y sensibilidad a anfotericina y caspofungina (no siendo técnicamente posible determinar la sensibilidad a flucitosina).

Ante la persistencia del cultivo positivo, la recurrencia de la sintomatología y la ineficacia del último tratamiento en monoterapia con óvulos de anfotericina B, se plantea como tratamiento la combinación de flucitosina y anfotericina B en gel vaginal y se solicita al servicio de farmacia.

En julio de 2015 inicia tratamiento con el gel tópico de anfotericina y flucitosina a dosis.

Los cultivos de exudado vaginal a los 2 y 4 meses de iniciar el tratamiento con el gel tópico fueron negativos.

La paciente consideró que la pomada era agradable, siendo la adherencia muy buena. No presentó efectos adversos.

CONCLUSIONES: - La fórmula magistral ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de vulvovaginitis resistente a azoles.

- El tratamiento ha sido bien tolerado.

- El farmacéutico juega un papel esencial en la elaboración de fórmulas magistrales.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

995. GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN A MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ANTINEOPLÁSICOS

AUTORES: Ranz Ortega P, Molina García T.

Hospital Universitario de Getafe. Carretera de Toledo Km 12,5 29149. Madrid. España

Objetivo

Mientras en los pacientes los beneficios terapéuticos de los medicamentos peligrosos (MP) exceden los riesgos de efectos secundarios, los profesionales sanitarios en caso de exposición, podrían estar en riesgo de sufrir alguno de estos efectos secundarios sin beneficio terapéutico alguno. Teniendo conciencia de este hecho y dada la potencial exposición ocupacional del personal del Área de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del hospital (SFH) a MP no antineoplásicos, se han llevado a cabo acciones enfocadas a reforzar la prevención de exposición en la manipulación y a la promoción de la seguridad, cuya descripción es el objetivo del presente trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las acciones han sido tomadas progresivamente, desde mediados de febrero de 2016 hasta mediados de abril de 2016, y se han basado en a) estándares prácticos y de calidad para la manipulación de MP recogidos en el nuevo capítulo general -propuesto- para la Farmacopea Estadounidense (USP34); b) en recomendaciones del documento de consenso -Seguridad del paciente y del profesional sanitario en la preparación y administración de quimioterapia- (Grupo español de consenso, enero 2015 y c) en recomendaciones del documento NIOSH List of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2014, (National institute for occupational safety and health. Departamento de salud de Estados Unidos). Fundamentalmente, han sido las siguientes:

- Elaboración del listado actualizado de MP no antineoplásicos adaptado a la situación de nuestra Área de Farmacotecnia.

- Estimación del nivel de riesgo de las preparaciones del hospital en las que intervienen los MP no antineoplásicos como ingredientes farmacéuticos activos (IFA).

- Revisión de los procedimientos normalizados de elaboración de las preparaciones que contienen MP no antineoplásicos e identificación de las actividades que condicionan la exposición.

- Implementación de las medidas en materia de equipamientos de protección personal (EPP), equipamientos de control primario (ECP) y equipamientos auxiliares de control (EAC) a nuestro alcance para minimizar la exposición.

-Elaboración para cada uno de los MP no antineoplásicos de un procedimiento operativo normalizado de manipulación segura en farmacotecnia.

RESULTADOS: Actualmente, se manipulan diecinueve MP no antineoplásicos, extraídos de la lista NIOSH en el Área de Farmacotecnia del SFH. De los cuales seis se manipulan para su acondicionamiento manual en DU, nueve para preparaciones extemporáneas estériles y no estériles, y cuatro participan de ambos tipos de manipulación. Se implementaron cinco medidas adicionales de protección para el profesional sanitario por MP no antineoplásico. Sólo cuatro de las fichas técnicas contenían información acerca de medidas específicas de manipulación. Para el total de preparaciones se incorporaron medidas con la siguiente distribución: 65% EPP, 22% ECP y 13% EAC. Se modificaron 30 procedimientos normalizados de elaboración en el área (12,6%).

CONCLUSIONES: La gestión de los riesgos a la exposición ocupacional a MP no antineoplásicos mediante las acciones descritas se ha traducido en la aplicación práctica de medidas accesibles que, sin conseguir una protección completa para el profesional sanitario, reducirán su exposición y, consecuentemente, los efectos negativos sobre su salud. Además, esta gestión ha reforzado el interés por la seguridad ocupacional nivelándolo con el prestado a la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

91. GOTÍCULAS DE SILICONA EN JERINGAS PRECARGADAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTEA

AUTORES: Sacristán de Lama MP, García Sacristán AA, Velasco Rocés L, Gómez de Segura Iriarte L. Hospital Universitario Central de Asturias. Avda. de Roma, sn. Asturias. España

OBJETIVOS: Identificar los factores que pueden afectar a la presencia de microgotas de aceite de silicona (MAS) en las jeringas precargadas (JP) con medicamentos antiangiogénicos (AA), tras la detección por los oftalmólogos de varios pacientes que tras la administración intravítrea de medicamentos AA han presentado miodesopsias-moscas flotantes- debidas a MAS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la literatura científica publicada en PubMed en busca de los factores que favorecen la presencia de MAS en JP con AA.

Se realizó un análisis causal entre el cambio en la técnica de preparación y la aparición de casos de pacientes con miodesopsias.

RESULTADOS: Está descrita en la literatura la presencia de MAS en JP y en el vítreo de pacientes a los que se les ha administrado AA intravítreos, habitualmente con ausencia de sintomatología.

La presencia de MAS se relaciona con diferentes factores:

- Material de acondicionamiento

De la cantidad de silicona que recubre el interior de la jeringa y técnica de siliconización.

Las jeringas-luer se asocian con menor frecuencia a MAS intravítreas, que las jeringas-aguja integrada. Se postula que en las jeringas-luer las MAS quedan atrapadas en el espacio muerto de la jeringa y, por tanto, no pasan al ojo.

- Técnica de preparación

El exceso de MAS atrapadas en el espacio muerto de las jeringas-luer podría explicar que cuando las jeringas se cargan introduciendo la aguja a través del cono de la jeringa-luer que contiene la solución de AA (jeringa-madre), las últimas jeringas cargadas podrían contener mayor cantidad de MAS y causar miodesopsias en los pacientes.

Se especula también que el movimiento del émbolo dentro de la jeringa puede afectar el paso de MAS a la solución.

- Almacenamiento y conservación

La contaminación por MAS parece inmediata y no cambia significativamente durante el almacenamiento.

El choque mecánico de las jeringas y la agitación en presencia de burbujas de aire, así como las congelaciones y descongelaciones sucesivas, parecen incrementar la cantidad de MAS.

En nuestro caso, se cambió la técnica de preparación: inicialmente se cargaba la solución retirando el émbolo y cargándola por la parte trasera del cuerpo de la jeringa y pasó a tomarse la solución a través del cono de la jeringa-madre (jeringa-luer con espacio muerto en el que se acumulan las MAS). Esta modificación parece ser el factor desencadenante de los casos de pacientes con miodesopsias, al favorecer un exceso de MAS en algunas de las JP preparadas.

CONCLUSIONES: - El uso de jeringas sin silicona sería la solución para evitar las MAS, pero no están disponibles a nivel nacional.

- La utilización de jeringas-luer, reduce la cantidad de MAS, pero también la eficiencia del reenvasado.

- La introducción de la solución por la parte trasera del cuerpo de la jeringa parece más segura que la carga desde el cono de la jeringa-madre.

- El movimiento del émbolo debe restringirse al mínimo necesario.

- Deben establecerse procedimientos de transporte y conservación que eviten la congelación y descongelación inadvertida de las JP, y su protección frente a golpes y caídas.

1218. IMPLEMENTACION EN LA DISPENSACION DEL TRITURADO DE COMPRIMIDOS PARA PACIENTES GERIATRICOS CON DISFAGIA.

AUTORES: BOIX MONTAÑES A, BRUGUERA BUSQUETS J, MENDEZ SANCHEZ M.

S.R.E.T.R. MUNDET. Pº Valle Hebron, 171. Barcelona. España

Identificación

En un Centro geriátrico de 310 camas, alrededor del 30% de los ingresados sufre trastornos de deglución y la administración de comprimidos precisa un triturado previo.

Se describe la gestión de prescripciones para dispensar diariamente desde Farmacia todas las dosis trituradas.

Diseño

El triturado de comprimidos se realizaba en planta sin instrucciones unificadas. La implementación consiste en :

- Revisión de información técnica sobre el triturado de comprimidos. Necesidades informáticas y de instalaciones
- Formación al personal , programación de actividades
- Evaluación del nivel de atención

Ejecución

1. Diseño de un Registro informático de disfagias para documentarlas al ingreso
2. Revisión de fichas técnicas e inclusión en la Guía farmacoterapéutica de las formas fácilmente ingeribles. Propuesta de sustitución de formas MR y modificación de la posología. Aprobación por la Comisión de Farmacia.
3. Adecuación de instalaciones y aparataje que permitan: desemblistar, embolsar y triturar las dosis revisadas. Selección de materiales y aseguramiento de la impermeabilidad e inercia. Etiquetado que asegure la trazabilidad.
4. Revisión diaria desde Farmacia de todas las prescripciones nuevas de estos pacientes. Modificación de la prescripción original por la opción más idónea informándolo -si procede- en el Curso clínico.
5. Listado de dispensaciones que pueden triturarse para ser preparadas en el laboratorio. Tras la preparación del carro de Unidosis, obtención de las dosis para su desemblistado, reenvasado, triturado y reintegración al cajetín antes de dispensar a planta.
6. Estudio de tiempos de ejecución, recogida de intervenciones, pacientes atendidos, etc.

Evolución

- El registro de casos recoge datos de identificación del paciente, grado de disfgia y necesidades de intervención de Farmacia
- Se han incorporado en la Guía farmacoterapéutica todas las formas farmacéuticas de fácil deglución : bucodispersables, efervescentes o bien polvos para solución oral.
- Se han realizado sesiones formativas a DUI y personal de Farmacia para la correcta manipulación.
- Tras una fase inicial se ha alcanzado un volumen estable de pacientes atendidos

Resultados y efectos

- Los intercambios de formas son compartidos con el personal facultativo. En las formas MR, las propuestas suelen implicar la adecuación posológica a formas de liberación inmediata.
- Estos procesos se han integrado dentro del horario general de dispensación. Se ha conseguido un plazo de respuesta de 24h tras registrar la necesidad.
- Se ha atendido un 19% de ingresados. De sus dispensaciones diarias (522.6 promedio) se ha triturado un 36% (un 14 % eran formas MR). Esto supone procesar un promedio de 4.2 dosis por paciente. El resto son formas sólidas fácilmente administrables prescritas en planta o bien debidas a intervención farmacéutica (15%), medicamentos excluidos (vgr.: -si precisa-) y formas no orales .
- Se ha mejorado la calidad de la manipulación de estas dosificaciones evitando las contaminaciones cruzadas y controlando que sólo se trituren los medicamentos autorizados en ficha técnica y proponiendo alternativas razonables en caso que no esté permitida esta manipulación.
- En planta se ha reducido el tiempo de preparación de medicamentos (con satisfacción de DUI) a expensas de adecuar las instalaciones en Farmacia y cubrir las necesidades de personal auxiliar.

573. PROGRAMA DE ELABORACIÓN DE BOMBAS ELASTOMÉRICAS CON ANTIBIÓTICOS PARA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

AUTORES: LEIVA BADOSA E, LOZANO ANDREU T, SUAREZ-LLEDO GRANDE A, GIL BERMEJO M, CANTOS SANTA-MARIA MT, BADIA TAHULL MB.

Hospital Universitari de Bellvitge. c/ Feixa Llarga s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: El tratamiento con antibióticos endovenosos es un factor limitante para altar a los pacientes hospitalizados. La hospitalización a domicilio (HAD) permite reducir la estancia hospitalaria en pacientes estables y sin la alternativa de la administración de antibióticos orales; así como el uso de bombas elastoméricas, que permiten la liberación continua de fármaco a una velocidad marcada y de la terapia antibiótica por parte del propio paciente/cuidador. **OBJETIVO:** analizar la eficiencia del tratamiento antibiótico administrado con bombas elastoméricas en pacientes del servicio de HAD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del programa de elaboración de bombas elastoméricas para HAD des de su inicio (enero de 2014 a abril de 2016).

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), clínicos (servicio de ingreso hospitalario, días de ingreso en hospital, días de ingreso en HAD, reingreso hospitalario), farmacológicos (antibiótico administrado, posología, días de tratamiento) y microbiológicos (tipo de infección, resolución de la infección).

Los resultados se han analizado mediante el programa SPSS v.19 y se expresan como media ($\pm$ desviación estándar) para variables cuantitativas y porcentaje para variables cualitativas.

RESULTADOS: Durante el período estudiado, se incluyeron 85 pacientes, 35.3% mujeres y una media de 66.9 (± 15.2) años. Se realizaron un total de 1220 bombas, con una media de 13.5 (± 12.26) bombas por paciente. Los antibióticos más elaborados fueron: ertapenem 39 (42.9%), ceftriaxona 14 (15.4%), cefepime 10 (11%) y piperacilina/tazobactam 9 (10%). Las infecciones más recurrentes fueron de foco respiratorio 27 (29.7%), urinario 23 (25.3%) y bacteriemia 10 (11%).

La duración del tratamiento antibiótico por paciente fue de una media de 23.7 (± 17.5) días, siendo tratados con una media de 11.9 (± 12.3) días con bomba elastomérica, representando un 50% del tiempo total. Los pacientes permanecieron en el hospital con una media de 15.6 (± 13.9) días, completando su estancia con una media de 16.7 (± 10.5) días en el HAD. Los pacientes derivados al HAD provenían mayoritariamente de la unidad de enfermedades infecciosas (20.9%) y del servicio de neumología (15.4%). 84 (92.3%) pacientes resolvieron la infección y 14 (15.4%) reingresaron en el hospital.

CONCLUSIONES:El programa de elaboración de bombas elastoméricas con antibióticos permite reducir la estancia hospitalaria, dando autonomía al paciente o cuidador, con una buena efectividad en la resolución de la infección y una baja incidencia de complicaciones que requirieran reingreso.

El ingreso en el HAD conllevó un ahorro de media de 16.7 (± 10.5) días del tiempo de hospitalización.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

349. REETIQUETADO DE DOSIS UNITARIAS MEDIANTE EL SISTEMA DALE COLOR A TU DOSIS UNITARIA

AUTORES: OLMOS JIMÉNEZ R, GARCÍA MARCO D, MARTÍNEZ CAMACHO M, RODRÍGUEZ JIMÉNEZ E.

HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS. Ctra. de la Peraleda, s/n. Toledo. España

Identificación y diagnóstico: El envasado similar de especialidades farmacéuticas diferentes es una fuente frecuente de errores de dispensación y administración. Diversas agencias del medicamento consideran necesario establecer medidas para reducir el riesgo de errores con medicamentos con etiquetados/envasados de apariencia similar. Las dosis unitarias elaboradas mediante el reenvasado tradicional, con maquina envasadora, presentan un grave problema de isoapariencia, ya que las formas orales reenvasadas tienen el mismo color, tamaño, tipo de letra, etc. Por ello, el objetivo de este proyecto es diseñar un sistema que disminuya los errores por isoapariencia de medicamentos al aplicar colores y formatos diferentes a los medicamentos sólidos orales en unidosis, y además sea más rápido y económico que el reenvasado tradicional.

Formulación y diseño: El sistema □Dale color a tu dosis unitaria□ consiste en un sistema diseñado con Microsoft Excel® para la generación de etiquetas que elabora automáticamente un registro de las unidades elaboradas (especialidad, principio activo, lote, caducidad, fecha elaboración y persona responsable). Se diseñaron etiquetas personalizadas para los medicamentos más frecuentemente utilizados con el objetivo de identificar visualmente, de un modo rápido, el medicamento etiquetado. Se midieron tiempos y costes, y se realizó una encuesta externa para saber la aceptación.

Ejecución: Se realizó en dos fases:(1)Junio 2013: se implantó el proyecto en nuestro hospital y se comprobó su mayor eficiencia respecto al reenvasado tradicional. Se elaboró un video soporte y se difundió a través de la lista de correo de distribución de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (Lista SEFH)(2)Febrero 2016: se realizó un nuevo video demostrando la eficiencia del proyecto y se difundió a través de la Lista SEFH.

Evolución: Durante el segundo semestre de 2013 se adhirieron al proyecto 22 servicios de farmacia. Desde Febrero hasta Abril de 2016, en la segunda fase de ejecución, se incorporaron 9 hospitales. Se realizó una encuesta de satisfacción a los 22 servicios adheridos en la primera fase.

Resultados y efectos: El 100% de los hospitales a los que se encuestó indicaron que el sistema mejoraba la identificación de las dosis unitarias en sus hospitales al disminuir la isoapariencia de los medicamentos, reduciendo por tanto el riesgo de aparición de errores de medicación. En cuanto a la eficiencia del proyecto, se comprobó que el tiempo necesario para elaborar 100 formas orales sólidas mediante el reenvasado tradicional era de 667 segundos y en el reetiquetado de 393 (tipo folio, ahorro 41,1%) y 430 segundos (tipo individual, ahorro 35,5%). Para 100.000 formas orales sólidas: el coste asociado al material empleado en el reenvasado fue de 2.474, y en el etiquetado de 194, (ahorro=2.280, porcentaje de ahorro=92,1%); el coste asociado al tiempo del auxiliar de farmacia, fue 2.520, para el reenvasado y de 1.484, (ahorro del 41,1%). Podemos concluir que el sistema ☐ Dale Color a tu Dosis Unitaria ☐ es una alternativa más eficiente que el reenvasado tradicional al conllevar menor coste y mayor efectividad en la diferenciación de los comprimidos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

673. REVISIÓN DE LAS CONDICIONES DE MANIPULACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA

AUTORES: Sánchez García AM, Martínez Valero A, Andújar Mateos A, García Monsalve A, Jiménez Pulido I, Navarro Ruiz A.

Hospital General Universitario de Elche. c/Camí de l'Almàssera nº11. Alicante. España

OBJETIVOS: Identificar los riesgos asociados a las materias primas utilizadas en el área de farmacotecnia de nuestro hospital y aportar las instrucciones para su manejo con el fin de proteger al operador.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional en un hospital de 412 camas.

Se revisaron las fichas de seguridad de las materias primas y las medidas necesarias que se deben adoptar a la hora de su manipulación.

Las materias primas se dividieron en: corrosivas, tóxicas, irritantes, inflamables, comburentes, explosivas, tóxicas para el medioambiente, biopeligrosas y citotóxicas.

Para evaluar el manejo de las mismas, se observó al personal durante el proceso de preparación, para determinar las medidas de seguridad que se deben adoptar a la hora de la elaboración y acondicionamiento.

RESULTADOS: De las 83 materias primas revisadas, 11 son corrosivas, 12 tóxicas, 43 irritantes, 7 inflamables, 1 comburente, 9 tóxicas para el medioambiente, 6 citotóxicas y ninguna es explosiva ni biopeligrosa. 26 de los productos no presenta ningún tipo de peligro en relación a su manipulación o almacenamiento.

De las 14 fórmulas magistrales y preparados oficinales más frecuentes revisados, todos con excepción de uno, deben elaborarse con todas las medidas de protección personal. Mientras que en las 26 materias primas que no presentan ningún tipo de riesgo, no significa que no haya que adoptar ninguna medida para su manipulación, ya que se puede contaminar el producto. En este caso, el operador debe utilizar las medidas de protección higiénicas adecuadas.

El equipo de protección personal está compuesto principalmente por ropa de laboratorio, gafas de protección química, mascarillas autofiltrantes y guantes de nitrilo. Si sólo requieren medidas higiénicas se debe utilizar ropa de laboratorio, mascarillas higiénicas, gorro y guantes de látex.

Tras controlar las manipulaciones realizadas por el personal, se observó que en muchas ocasiones se producía el error de utilizar guantes de látex que no proporcionan protección química, en lugar de guantes de nitrilo. Por otro lado, también es común que, en lugar de mascarillas autofiltrantes se utilicen mascarillas higiénicas que no protegen al operador, si no al preparado. Por ello, se actualizaron los PNTs de las diferentes fórmulas puntualizando las medidas protectoras que se deben adoptar a la hora de la elaboración.

Cabe destacar que el riesgo más común, asociado a más de la mitad de los productos, es el de la irritación, tanto dérmica como de mucosas y vías respiratorias. Así pues, este hecho por sí solo ya hace necesario el uso de todas las medidas de protección personal.

CONCLUSIONES: En el área de farmacotecnia es importante conocer las medidas de seguridad y de higiene necesarias para la manipulación de las materias primas, ya que el personal está expuesto a peligros y/o el preparado puede ser contaminado.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

1031. SELECCIÓN DE MEZCLAS DE ANTIBIÓTICO Y HEPARINA PARA EL SELLADO DE CATÉTERES EN HEMODIÁLISIS

AUTORES: MERINO ALMAZÁN M, SÁNCHEZ RUIZ A, CABA PORRAS I, SALDAÑA SORIA R, MORAL ALCÁZAR MC. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. Avda. del Ejército Español, 10. Jaén. España

OBJETIVO: El sellado de catéter con antibióticos y altas dosis de heparina está recogido en numerosas guías de nefrología. Aunque este procedimiento está refrendado por numerosos estudios; la bibliografía es muy heterogénea, no existiendo consenso sobre antibióticos, pautas óptimas, compatibilidad y estabilidad de las mezclas y dosis de heparina, por requerir la misma dosis utilizada en el catéter en el período intradialítico, 1000 UI/ml.

El objetivo es seleccionar las mezclas de antibióticos con heparina a 1000 UI/ml, estables como mínimo 72h y comprobar su compatibilidad física, para un protocolo de sellado de catéteres en hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica con las palabras clave: antibiotic lock, catheter, hemodialysis. Se seleccionaron las referencias que contienen la más alta concentración de antibiótico compatible con heparina a 1000 UI/ml o más: vancomicina, gentamicina, vancomicina+gentamicina, cefazolina, ampicilina, ceftazidima, ciprofloxacino, linezolid y daptomicina. Se observó la presencia de precipitado sobre fondo blanco y negro por dos observadores diferentes los días 1, 3, y 7, en las mezclas conservadas a temperatura ambiente. En aquellas que aparece precipitado se ensayaron tres formas de elaboración.

RESULTADOS: Se han estudiado un total de 70 mezclas. A pesar de que todas las seleccionadas tenían al menos una cita que avalaba su estudio de estabilidad, aparece precipitado o turbidez con heparina 2500 UI/ml o 1000 UI/ml (Heparina Hospira®) más:

Gentamicina a 5, 2, 1 y 0,8 mg/ml (Genta Gobens®), aunque se clarifica la solución en los días siguientes, permanecen pequeñas partículas en suspensión.

Vancomicina a 10, 5 y 2,5 mg/ml (Vancomicina Normon®), forma un precipitado blanco que se redisuelve con ligera agitación a la dosis 2,5mg/ml y permanece unas horas a 5 y 10 mg/ml.

Ciprofloxacino a 2, 1, 0,6 y 0,4 mg/ml (Ciprofloxacino Fresenius Kabi®), presenta alta turbidez que no desaparece.

Los factores que pueden influir y explicar estos resultados contradictorios son: el orden de mezclado, la especialidad farmacéutica y el tipo de material de acondicionamiento. La mayoría de los estudios son americanos con concentraciones de heparina entre 2.500-10.000 UI/ml. Estas dosis, no exentas de riesgo, son mayores que las utilizadas habitualmente. No disponemos de Heparina 10%. El embalaje en vidrio lo hemos descartado, pues el mayor tiempo de contacto es en la luz del catéter.

Las mezclas seleccionadas finalmente son todas con heparina 1000 UI/ml más: vancomicina 2mg/ml, gentamicina 0,4mg/ml, vancomicina 2mg/ml+gentamicina 0,4mg/ml, ciprofloxacino 200 µg/ml, ampicilina 10mg/ml, cefazolina 5mg/ml, ceftazidima 5mg/ml, linezolid 1,6mg/ml y daptomicina 1mg/ml.

Todas se presentan en jeringa empaquetada estéril con volumen de 5ml. La técnica de elaboración elegida es preparar una disolución del antibiótico a concentración 5 veces superior a la final, coger un ml, mezclar con 3 ml de suero fisiológico y un ml de heparina 5%, con técnica aséptica y en campana de flujo laminar horizontal.

CONCLUSIONES: el estudio tanto bibliográfico como práctico nos ha permitido seleccionar unas soluciones de antibiótico más heparina a altas dosis, contrastadas, con un grado de compatibilidad, estabilidad y eficacia válido, que cubren las recomendaciones de las guías; aunque son necesarios más estudios de estabilidad fisicoquímica adaptados a nuestro ámbito.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA

296. UTILIZACIÓN DE COLIRIO DE SUERO AUTOLOGO ELABORADO EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

AUTORES: Garcia Queiruga M, Feal Cortizas B, Mondelo Garcia C, Rodriguez Sanchez JL, Martinez Casal X, Martin Herranz MI.

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas. Universidade da Coruña (UDC).. As Xubias 84 15006. A Coruña. España

OBJETIVO: El colirio de suero autologo (CSA) ha mostrado ser eficaz en el manejo de enfermedades de la superficie ocular, como síndrome de ojo seco y en la reconstrucción de la superficie ocular. El objetivo es describir la preparación, utilización y eficacia clínica de CSA preparado en el servicio de farmacia de hospital (SFH)

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional retrospectivo del 100% de pacientes tratados con CSA durante 1 año (marzo 2015-marzo 2016). Fuente de datos: Historia clínica electrónica (IANUS®), programa de citación de pacientes (Chronos®) y registros del SFH (hojas de elaboración, controles realizados)

Datos analizados: número de pacientes, edad, sexo, diagnóstico, concentración CSA, duración de tratamiento, controles microbiológicos del producto acabado, controles serológicos del paciente (HBV, HCV, HIV, sífilis), y evolución clínica.

Protocolo de elaboración: el paciente acude al SFH (previamente citado), para la extracción de sangre. Se deja coagular al menos 2 h a Tª ambiente. Se centrifuga 10 minutos a 2000 rpm. Se diluye desde el 5% al 50% con suero salino fisiológico. Se utiliza un filtro esterilizante de 0.2 µm para el envasado en frascos estériles de 7 mL. Se realiza control

microbiológico por lote y paciente: microorganismos aerobios, anaerobios y hongos. Se realiza serología periódica paciente. Si el control microbiológico es negativo, se cita al paciente y dispensa. Si el control serológico es positivo, se contacta con el médico prescriptor, descartando el paciente para el uso de CSA.

RESULTADOS.

Nº pacientes: 104. Edad media 65(29-93), 68 mujeres(65.7%). Diagnósticos: Defectos epiteliales persistentes: 42%; Ojo seco grave: 39%; Queratopatía neurotrófica: 9,6%; Síndrome Sjögren: 6,4%; Queratoconjuntivitis límbica superior: 1,5%; Trasplante membrana amniótica: 1,5%.

Concentraciones elaboradas (%pacientes): CSA 5%: 1; CSA 20%: 66; CSA 30%: 12 ; CSA 40%: 1; CSA 50%: 20; CSA 100%:1. Duración de tratamiento: 1 año o mas: 41 pacientes; 6 meses-1 año: 39 pacientes; menos de 6 meses: 24. Controles microbiológicos: 252 (0 positivas). Control serológico: 154 (1 positivo a sífilis. Paciente excluido de CSA y tratado con doxiciclina).

Dosis habituales: 3-4 veces/día. Evolución clínica: mejoría:42%; estabilización de la patología:3%; no mejoría:55%. Se creó una consulta monográfica específica, para la extracción de sangre y dispensación de CSA. Se proporciona información al paciente de condiciones de conservación (3 meses a -20°C. Y 10 días tras descongelación entre 2-8°C), y se cita para posteriores visitas. En 35 dispensaciones (19 pacientes), el CSA se envía a un hospital comarcal adscrito (96 km de distancia), mediante transporte en nieve carbónica, en coordinación con el farmacéutico responsable.

CONCLUSIONES: CSA es útil para el tratamiento de patologías que cursan con ojo seco grave, observando mejoría objetiva en el 42% de los pacientes. Se hace necesario realizar un seguimiento estrecho y a largo plazo de estos pacientes. La técnica aséptica utilizada para la elaboración de CSA es adecuada, al no detectarse contaminación microbiológica en ningún caso. La coordinación con otro farmacéutico del área sanitaria permitió evitar desplazamientos del paciente para el acceso a CSA

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

198. ANÁLISIS DEL CONTENIDO EN LÁTEX DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS INCLUIDOS EN UN HOSPITAL PRIVADO

AUTORES: ZAMORA GIMENO MJ, MERENCIANO VILLODRE MC, BELENGUER CEBRIAN MP.

Hospital Nisa Virgen del Consuelo. Calle Callosa d'En Sarrià 12. Valencia. España

OBJETIVO: Revisar los Productos Sanitarios (PS) de uso habitual y gestionados a través del Servicio de Farmacia, con el propósito de clasificarlos con presencia o ausencia de látex en su composición a fin de evitar errores en pacientes alérgicos al mismo, debido al aumento de la frecuencia y gravedad de dicha reacción alérgica en el ámbito hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró una hoja de recogida de datos en Excel ® con todos PS de uso habitual con los siguientes ítems: descripción del material, laboratorio, contenido en látex SI/NO y si esta información estaba incluida o no en el embalaje. Para ello se revisaron los embalajes de los PS en stock en farmacia y se solicitó a cada laboratorio fabricante vía telefónica y/o vía email información por escrito (certificado free-látex o en su defecto ficha técnica del producto) acerca del contenido en látex de sus productos. Fueron excluidos aquellos productos con comercialización revocada.

RESULTADOS: Se revisó un total de 1616 referencias de PS pertenecientes a un total de 180 laboratorios, de las cuales se obtuvo información por escrito en un 87 % de ellos. Un 12 % se quedaron sin catalogar en espera de recibir la información por parte de los laboratorios. Se excluyó un 1 % de los productos debido a que su comercialización estaba revocada. El 7 % de los PS revisados contienen látex. Solamente un 22 % de los PS revisados indican la presencia o ausencia de látex en el embalaje.

Todas las suturas manuales utilizadas en el hospital no están incluidas en esta revisión, ya que están certificadas como ausentes de látex.

CONCLUSIONES: La revisión realizada está certificada por los propios laboratorios y cualquier cambio de nombre registrado debe ser expuesto a su certificación.

Dicha revisión pone de manifiesto la gran variabilidad existente en cuanto a la información del contenido en látex en los PS comercializados. Sería recomendable que las autoridades sanitarias impulsaran normativas que obligaran a la industria a proporcionar información visible en el etiquetado de los PS sobre el contenido en látex, tal y como obliga la FDA en EEUU en incluir esta información en el etiquetado de los PS y la normativa española en el RD 1345/2007 y la circular 2/2008 de la AEMPS en cuanto a la inclusión de la información en etiquetado, ficha técnica o prospecto de los medicamentos que contienen látex. Ello supondría una mejora en la consulta tanto para pacientes como para profesionales sanitarios.

33. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INHALATORIA Y NASAL

AUTORES: GARCIA CASES S, ARAGONÉS ISABEL C, AGUINAGALDE TOYA A, GASPAR CARREÑO M, MÁRQUEZ PEIRÓ JF.

Servicio de Farmacia sociosanitario La Florida. C/ Tomas Aznar Domenech, 43. Alicante. España

OBJETIVOS: Elaborar una guía actualizada que describe las características técnicas de los dispositivos comercializados para la administración de fármacos por vía inhalatoria y nasal y los consejos al paciente, para contribuir a garantizar su correcta administración y eficacia en el tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión bibliográfica sobre la clasificación y características técnicas de los distintos dispositivos destinados a la terapia inhalada y nasal. Se identificaron los fármacos contenidos en todos los dispositivos comercializados actualmente a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se completó la información a través de la consulta a las fichas técnicas de los medicamentos y a los departamentos médicos de los distintos laboratorios farmacéuticos. La guía se estructuró según el tipo de dispositivo, mediante fichas que describen las características técnicas y recomendaciones en el manejo y administración del fármaco destinado al paciente. Estas fichas se encuentran indexadas por el nombre del dispositivo.

RESULTADOS: La guía contiene:

- Descripción del concepto y factores que influyen en la efectividad de la terapia inhalada.
- Descripción de 39 dispositivos diferentes: 6 inhaladores presurizados (15,38%), 17 inhaladores de polvo seco (43,59%), 4 sistemas de nebulizadores (10,26%), 11 cámaras espaciadoras (28,21%) y 1 nebulizador nasal (2,56%). Los 6 tipos de inhaladores presurizados se clasificaron como dispositivos convencionales (1), partículas extrafinas (1), sistemas activados (2) y otros (2). De los 17 inhaladores de polvo seco, 6 corresponden a sistema predosificador unidosis, 3 sistema predosificador multidosis y 8 sistema depósito. En cuanto a los nebulizadores, 3 dispositivos corresponden a nebulizadores neumáticos y 1 a nebulizador ultrasónico. Por último, de las 11 cámaras espaciadoras 8 fueron universales y 8 presentaron la posibilidad de incorporar una mascarilla.
- Recomendaciones de uso al paciente

CONCLUSIONES: Dada la complejidad de la administración por vía inhalatoria y nasal, esta guía pretende ser una herramienta útil, accesible y de fácil manejo tanto para el personal de enfermería como para el paciente.

La eficacia del tratamiento farmacológico a través de la vía inhalatoria/nasal va a depender en gran medida del correcto funcionamiento de los dispositivos utilizados.

Debe ser un objetivo de los servicios de farmacia, garantizar un mayor rendimiento y eficacia del tratamiento farmacológico a través de diversas medidas, como la publicación de documentos que describa el correcto proceso de administración de los fármacos, destinado al paciente y personal sanitario implicado para contribuir a la mejora de los resultados de salud.

564. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: GARCIA CASES S, OJEA CARDENAS L, ESPERT ROIG M, CÁNOVES ESCOLANO MA, SENDRA GARCÍA A, SANZ TAMARGO G.

Servicio de Farmacia sociosanitario La Florida. C/ Tomas Aznar Domenech, 43. Alicante. España

OBJETIVOS: Evaluar el conocimiento del proceso de administración de los fármacos por vía inhalatoria tanto en la técnica de inhalación como del funcionamiento del dispositivo en personas mayores institucionalizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal multicéntrico realizado en 7 centros sociosanitarios dependientes de un Servicio de Farmacia Sociosanitario. Se incluyeron a todos los residentes institucionalizados en tratamiento con terapia inhalada.

Los dispositivos que se estudiaron fueron los cartuchos presurizados convencionales (pMDI) y los dispositivos de polvo seco (DPI) Accuhaler y Handihaler.

Se registró la valoración del proceso de administración de la medicación por vía inhalatoria que sigue el paciente habitualmente a través de una ficha por cada dispositivo.

Las variables que se recogieron fueron edad, sexo, necesidad de ayuda de enfermería, tipo de dispositivo administrado, número y tipo de errores en el proceso de administración y número de errores por cada dispositivo.

Análisis estadístico realizado con SPSS versión 20.0; las variables categóricas: frecuencias (%), cuantitativas: media (IC95%). Normalidad: prueba de Shapiro-Wilks. Para comparar variables categóricas se utilizó la prueba Chi-Cuadrado y para las cuantitativas la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se evaluaron 45 administraciones de los dispositivos en 36 pacientes, con una edad media de 81,0 años (IC95% 78,4-83,6), correspondiendo el 48,9% a mujeres.

En 35 casos los pacientes se administraban inhaladores DPI, de ellos 21 emplearon el sistema Accuhaler (46,7%) y 14 sistema Handihaler (31,1%), mientras que en 10 casos los pacientes se administraban el inhalador a través de pMDI (22,2%), dos de ellos con la ayuda de una cámara espaciadora (4,4%).

Para la administración del fármaco necesitaban ayuda de enfermería el 75% de los pacientes con pMDI sin cámara, el 28,6% con sistema Handihaler, el 23,8% con sistema Accuhaler y ninguno de los dos pacientes que emplean pMDI con cámara ($p=0,34$).

Los pacientes que necesitaban colaboración de enfermería presentan mayor número de errores 7,73 (IC95%: 6,45-9,01) que aquellos que no necesitaban su ayuda 5,20 (IC95%: 4,66-5,74) $p < 0,001$.

El número medio de errores que se detectan en el proceso de administración de los inhaladores fue de 6,04 (IC95% 5,40-6,68), siendo de 6,60 para pMDI (IC95%:4,98-8,22); 5,76 para el sistema Accuhaler (IC95%:4,96-6,56) y 6,07 para el sistema Handihaler (IC95%:4,58-7,56). No existen diferencias en el número de errores entre pMDI y DPI $p=0,34$.

Los pasos que más errores han originado fueron: espiración lenta y profunda previa a la inhalación: (pMDI 100%, Accuhaler 90,48% y Handihaler 100%); mantener apnea el mayor tiempo posible (pMDI 100%, Accuhaler 90,48% y Handihaler 85,71%) y limpieza del dispositivo (pMDI 100%, Accuhaler 95,24% y Handihaler 92,86%)

CONCLUSIONES: A pesar de necesitar ayuda de personal de enfermería, los pacientes mayores presentan un elevado número de errores en el proceso de administración de fármacos por vía inhalatoria que repercute en el éxito final del tratamiento farmacológico.

Tras identificar los puntos donde se generan más errores, el Servicio de Farmacia tiene la misión de formar al paciente y al personal de enfermería para conseguir mejorar los resultados de salud.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

76. GESTIÓN DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA EN RESIDENCIAS DE UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: SANCHEZ CUENCA MJ, CANO CUENCA N.

HOSPITAL DE HELLIN. C/ JUAN RAMON JIMENEZ S/N. Albacete. España

OBJETIVOS: el objetivo de este estudio es analizar la utilización de absorbentes de incontinencia mixta en las ocho Residencias Sociosanitarias pertenecientes a un área sanitaria, a través de la gestión llevada a cabo en el Servicio de Farmacia del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de las dispensaciones de absorbentes realizadas a dichas residencias durante un periodo de 1 año. Se analizan tanto desde el punto de vista cuantitativo para conocer la distribución de absorbentes por residencia como desde el punto de vista cualitativo, en cuanto a tipos de absorbentes utilizados.

RESULTADOS: para el conjunto de las residencias la media en el censo de pacientes fue de 361, durante el año 2015. Si diferenciamos por número de camas encontramos que hay 5 residencias con menos de 50 pacientes, 2 residencias entre 50 y 100 pacientes y sólo una de ellas acoge a más de 100 pacientes.

En cuanto al coste en absorbentes/mes por paciente fue de 25,74 €, para el conjunto de las residencias; desglosado por residencia encontramos los siguientes datos:

Residencia nº 1: 23,52 €

Residencia nº 2: 26,46 €

Residencia nº 3: 27,19 €

Residencia nº 4: 18,78 €

Residencia nº 5: 29,24 €

Residencia nº 6: 25,64 €

Residencia nº 7: 28,54 €

Residencia nº 8: 26,54 €

En cuanto al número de absorbentes/día por paciente, la media fue de 3,83; desglosado por residencia encontramos los siguientes datos:

Residencia nº 1: 4,29

Residencia nº 2: 3,84

Residencia nº 3: 3,59

Residencia nº 4: 3,07

Residencia nº 5: 4,47

Residencia nº 6: 3,02

Residencia nº 7: 4,19

Residencia nº 8: 4,16

Desde el punto de vista cualitativo, se dispensan 5 tipos de absorbentes:

Desde el punto de vista cualitativo, se dispensan 5 tipos de absorbentes:

Tipo 1 rectangular, que supone el 1,6% de los absorbentes utilizados (□compresa incontinencia absorción moderada□), tipo 2 anatómico de absorción leve con el 27,6% («de día»), tipo 3 y tipo 4 elástico de absorción moderada («noche» tamaño G o M) que sería 23,1% y 22,6% respectivamente y tipo 5 elástico de absorción alta («súper-noche») el 24,8%.

CONCLUSIONES: si consideramos el importe medio por paciente al mes encontramos una diferencia considerable entre unas residencias y otras de hasta 10,7 €, lo cual sugiere la necesidad de realizar un estudio a fin de conocer si dicha diferencia se debe a la diferente complejidad de los pacientes o a criterios de utilización diferentes. De igual forma ocurre en cuanto al número de pañales al día en cada residencia. Desde el punto de vista cualitativo, apreciamos que el tipo 1 o rectangular es el pañal menos utilizado, mientras que el uso de los otros 4 tipos es similar en torno al 23-27%. Si bien desde el Servicio de Farmacia se realiza un seguimiento y ajuste de la dispensación de absorbentes en función del número de pacientes ingresados y de las necesidades de los mismos en cada una de las residencias, se considera prioritario la formación sanitaria en las residencias para implementar un uso eficiente de los absorbentes.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

844. IMPLANTACIÓN DE NUEVA TECNOLOGÍA SANITARIA A TRAVÉS DE LA COMISIÓN DE FARMACIA

AUTORES: ROMERO ALONSO MM, ESTAIRE GUTIÉRREZ J, PIÑERO GARCÍA VINUESA MÁ, BOLÍVAR RAYA MA, PLATA CASAS C.

HOSPITAL INFANTA ELENA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA. CTRA. SEVILLA-HUELVA S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Describir el proceso de implantación de la tecnología sanitaria necesaria para la obtención del medicamento Plasma Rico en Plaquetas (PRP), a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) y su posterior uso.

MATERIAL Y MÉTODO: En febrero de 2015 el Servicio de Farmacia recibe una solicitud para inclusión de la tecnología necesaria para utilizar PRP por parte del Servicio de Traumatología. Método descriptivo retrospectivo del proceso de inclusión de la tecnología sanitaria necesaria para poner en marcha una nueva tecnología, realizando: búsquedas bibliográficas relacionadas con la efectividad, búsquedas documentales relacionadas con la legislación y con las empresas proveedoras. Se describen los problemas/inconvenientes encontrados en este transcurso.

RESULTADOS: Tras estudiar detalladamente la petición, encontramos distintos puntos críticos necesarios de abordar para la implantación: 1. Legislación vigente: INFORME/V1/23052013 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) donde se pasa a considerar la aplicación de PRP como medicamento de Uso Humano y se describen las características de los sistemas a usar, encontrando definiciones poco precisas con respecto a lo que es un sistema cerrado con kit desechable; en esta situación se contactó con la AEMPS solicitándoles aclaraciones de los puntos imprecisos y una relación de las empresas proveedoras. Los kits desechables con técnica cerrada son considerados productos sanitarios clasificados como IIa. El Grupo de Productos Sanitarios de la SEFH ha servido de enlace con la AEMPS. En junio 2015, la AEMPS habilita un registro para centros sanitarios que hagan uso terapéutico no sustitutivo del plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados, del que formamos parte. Es de aplicación del Real Decreto 1088/2005, en su Capítulo V sobre donación autóloga y autotransfusión, en lo que corresponda. 2. Redacción de documentos necesarios: Consentimiento informado y Protocolo de utilización empleando como referencia el documento de □Garantías mínimas de calidad y seguridad exigibles para la utilización de plasma rico en plaquetas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia□, todo ello consensuado con el Servicio petionario. Indicaciones incluidas: artrosis, tendinopatías, retraso en consolidación de fracturas, cirugía osteoarticular y retraso en cicatrización de heridas. 3. Presentación de informe de evaluación a la CFT donde quedan seleccionadas 4 empresas proveedoras, mediante procedimiento negociado sin publicidad, en base a las siguientes especificaciones técnicas: Indicaciones certificadas, coste kit estimado por paciente, coste centrífuga, recuperación plaquetaria, posibilidad de coágulo, presencia leucocitaria y presencia de hematíes. La adjudicación se estableció considerando como principales criterios: certificado CE para cada kit según la indicación, no presencia de hematíes. 4. En marzo de 2016 se pone en marcha la técnica. Hasta este momento llevamos incluidos 11 pacientes (n=8 tendinopatía/artrosis/cirugía osteoarticular y n=3 para retraso en cicatrización de heridas).

CONCLUSIONES: Se hace necesario que las agencias reguladoras redacten definiciones más claras y no dejen lugar a posibles errores de interpretación, además vemos importante contar con una relación de las empresas proveedoras que cumplan los criterios exigidos para la comercialización de tales productos sanitarios. En cuanto al protocolo puesto en marcha, ha sido un punto clave el que sea de aplicación el Capítulo V del Real Decreto 1088/2005 en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión permanentes y temporales.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

739. REVISIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS EN PROTESIS DE RODILLA

AUTORES: BLÁNQUEZ MARTÍNEZ D, CABALLERO ROMERO A, GONZALEZ MEDINA MDC, MORON ROMERO R, CASAS HIDALGO I, VALLE CORPAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. Avda. del Doctor Oloriz, 16. Granada. España

OBJETIVOS: Realizar una revisión de la artroplastia de rodilla, así como identificar y resumir las características los diferentes componentes protésicos implicados

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, con fecha límite de Marzo de 2016, de ensayos clínicos con asignación aleatoria, estudios de cohortes, de casos y controles, series de casos, de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o informes de evaluación de tecnologías sanitarias sobre la artroplastia de rodilla en: MedLine, EMBASE, Web of Knowledge, Tripdatabase, The Cochrane library, bases de datos de guías como Guía Salud, Fistera y Pubgle, Clearinghouse, Medes y Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Criterios de inclusión: estudios en inglés o castellano que representaban la investigación original, ≥ 18 años, cualquier diagnóstico de indicación de artroplastia de rodilla, sustitución parcial o completa sin establecer técnica de fijación y con o sin comparador.

Criterios de exclusión: conflictos de interés de los autores en las guías o las revisiones sistemáticas.

Se identificaron un total de 653 documentos, de los que se seleccionaron para su análisis 15 estudios primarios.

RESULTADOS: Los componentes de las prótesis de rodilla son: tibial, femoral y en el caso de sustitución de la rótula, patelar o rotuliano. Pueden utilizarse alternativamente con o sin cemento dependiendo de las características del paciente, edad, calidad ósea etc.

Las artroplastias parciales pueden ser unicompartmentales o patelofemorales.

Las artroplastias totales pueden ser conservando el ligamento cruzado posterior (LCP) o sustituyendo el LCP.

Todos los implantes utilizados en artroplastia de rodilla deben cumplir cuatro características: biocompatibilidad, resistencia a las sollicitaciones mecánicas, a la fricción y a la corrosión.

Materiales utilizados en prótesis de rodilla:

Polietilenos de ultra alto peso molecular y de enlaces cruzados: muy alto grado de dureza y resistencia a la fricción, utilizado para la mayoría de los insertos tibiales.

Aleaciones cobalto, vanadio o titanio conocidas como Ti6Al4V: utilizadas para componentes femorales.

Aleaciones de cromo-cobalto y de titanio: utilizadas para algunos componentes tibiales.

Polimetilmetacrilato: es el llamado cemento óseo con el que se colocan los componentes femoral y tibial.

Vitalium (30% de cromo + 7% de molibdeno y una mezcla de cobalto, níquel y otros materiales): para superficies articulares de la rodilla.

Implantes de zirconio. Están fabricados de un metal que ha pasado por un proceso que permite al metal absorber oxígeno, creando una superficie cerámica. Pueden durar potencialmente hasta 20 o 25 años y además las personas alérgicas a los metales pueden utilizarlas.

CONCLUSIONES: Los considerables avances en la comprensión de la cinemática de la rodilla durante las últimas décadas han dado lugar a mejoras en el diseño de implantes de rodillas protésicas y una explosión en el número de opciones para cada escenario. Las tendencias actuales muestran una dirección creciente sobre la adecuada selección del momento de la artroplastia, junto con la mejora de los diseños de prótesis a medida que aumenta el respeto por el conjunto de estructuras estabilizadoras intrínsecas, junto con encontrar el equilibrio correcto entre el diseño y la funcionalidad anatómica cinemática.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

1282. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO DE ADMINISTRACIÓN LOCK AND GO DE FÁRMACOS PELIGROSOS

AUTORES: GONZALEZ-HABA PEÑA E, MANRIQUE RODRÍGUEZ S, PEREZ CASTAN P, MORENO GALVEZ M, IGLESIAS PEINADO I, SANJURJO SAEZ M.

HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVO: En nuestro país no existe en la actualidad ningún sistema cerrado de administración de fármacos peligrosos valvular que podamos considerar seco. Los árboles de administración presentan algunos inconvenientes: necesidad de purgar un sistema secundario, riesgos de derrames y mayor generación de residuos. Se diseñó un sistema de administración valvular -lock and go- con el sistema PhaSealTM, y se procedió a validar que dicho sistema ofrece seguridad durante la administración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la validación se emplearon los siguientes dispositivos en la fase de elaboración (acceso a vial 20 mm PhaSeal ProtectorTM50, PhaSeal injectorTM, sueros con conexión luer Fleboflex®, conector PhaSealTM C35 para conectar al luer de la bolsa. En la fase de administración se diseñó un sistema de administración con una conexión macho en lugar de trocar a bolsa, a la cual se puede conectar inyector PhaSealTM.

Se seleccionó la fluoresceína como marcador para medir contaminación durante el proceso de administración. La variable principal fue la detección cualitativa de contaminación ambiental mediante luz ultravioleta (UV) y fluoresceína en los puntos críticos.

Se simuló durante 10 veces la administración con un sistema de administración de 20 mezclas de fluoresceína (0,05%) y se comprobó que tras la administración de cada bolsa, la conexión del punto crítico del inyector está seca colocándolo sobre papel de filtro, y si había fluorescencia en el conector de la bolsa. Se registró en que número de bolsa se detectaba fluorescencia.

El farmacéutico fue el encargado de supervisar la elaboración y administración de las preparaciones y la medición de la fluorescencia durante la administración.

RESULTADOS: De las 10 simulaciones de administración en 7 no se detectó contaminación tras la administración de las 20 bolsas (70%), en 2 se detectó en la bolsa número 19 (20%), y en 1 se detectó en la bolsa número 18 (10%).

CONCLUSIONES: Podemos considerar segura la administración de fármacos peligrosos con un sistema de administración -lock and go- con el inyector PhaSealTM.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

866. ADECUACIÓN Y GESTIÓN DE BOTIQUINES EN LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DE UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES: VAZQUEZ VELA V, López Álvarez C, Blanco Bermejo C, Domínguez Recio A, Cuenca Toro J.

Área de Gestión Sanitaria Málaga Este-Axarquía. Urb. El Tomillar, s/n. 29740. Málaga. España

Introducción: Un Área de Gestión Sanitaria (AGS) es responsable de la gestión integrada de servicios y dispositivos asistenciales de atención primaria y hospitalaria. Ante un volumen creciente de la atención sanitaria en los centros de salud y desarrollo de la medicina de urgencia extrahospitalaria, se hace necesario la actualización de procedimientos y gestión logística de botiquines de medicamentos con objeto de garantizar una atención integral en condiciones de equidad a la ciudadanía.

OBJETIVO: Adecuación de las necesidades de stock de los botiquines de dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU) del AGS. Protocolización y mejora de la gestión logística de su funcionamiento con el fin de garantizar el almacenamiento de los medicamentos en perfectas condiciones y en cantidades necesarias.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron los pactos de consumo de los botiquines de los DCCU del AGS con objeto de unificar los medicamentos a incluir. Se establecieron los medicamentos necesarios para el aprovisionamiento de los centros según la Circular 3/05 de marzo 2005, cumpliendo un stock mínimo en todos los dispositivos y la inclusión de nuevos medicamentos tras su evaluación por la Comisión Multidisciplinar de Uso racional del Medicamento (CMURM). El stock máximo y mínimo de cada producto fue determinado en función de las características de cada centro, población a la que atiende y cercanía. Asimismo, se elaboró un procedimiento por parte de la UGC de Farmacia con las normas de control de botiquines para su aplicación en el AGS.

RESULTADOS: La UGC de Farmacia del AGS desde la integración de la atención primaria-especializada abastece en la actualidad a 9 Centros de Salud, 21 Consultorios, 14 Consultorios Auxiliares, además del Hospital Comarcal. Se establecieron nuevos pactos de consumo reduciendo la variabilidad de los medicamentos incluidos y cantidades necesarias por centro con la exclusión de un total de 69 productos. Como excepción, se dotó a dos dispositivos de los fármacos necesarios para su empleo en fibrinólisis precoz, previa evaluación por la CMURM, al disponer de personal capacitado para su realización. En cuanto al procedimiento elaborado para el control de botiquines, contiene normas de revisión y mantenimiento, el circuito logístico de funcionamiento para la petición y suministro de medicamentos, control de existencias y caducidades, normas de actuación en roturas de stock y la asignación de funciones/responsabilidades. Además, se entregó a los responsables de todos los DCCU: listados actualizados de medicamentos termolábiles, fotosensibles, estupefacientes, psicotrópicos y listado de medicamentos de carros de parada. Se realizó la difusión del procedimiento y se estableció un sistema de supervisión de botiquines mediante auditorías para velar por el cumplimiento del procedimiento.

CONCLUSIONES: La integración de la atención primaria-especializada ha supuesto un impacto en la carga asistencial y gestión económica para la unidad de Farmacia integrada en el AGS. Un correcto control de botiquines supone el almacenamiento de medicación de alta rotación con un importe inmovilizado mínimo. La adecuación de stocks y la aplicación del procedimiento garantiza la correcta identificación de la medicación, su mantenimiento en óptimas condiciones y ausencia de medicación caducada, contribuyendo a la reducción de errores de medicación y a una óptima asistencia al paciente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1201. ALERTAS IGNORADAS EN ALERGIA A MEDICAMENTOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES: LURI FERNÁNDEZ DE MANZANOS M, Idoate Grijalba AI, Torroba Sanz B, Pellejero Jimenez R, Gastaminza Lasarte G, Idoate García AJ.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Avda. Pío XII, 36. Navarra. España

OBJETIVO: Analizar las alertas ignoradas en un sistema de prescripción electrónica asistida para identificar puntos de mejora en la seguridad de pacientes con alergia a medicamentos.

Métodos: Análisis retrospectivo de las alertas por alergia a medicamentos ignoradas (AAMI) en las prescripciones electrónicas realizadas en nuestro centro entre septiembre 2015 y febrero 2016.

Los principios activos de la prescripción se cruzan con el perfil de alergias registrado del paciente a tres niveles de forma secuencial: principio activo, grupo terapéutico-entidad química o contraindicación por alergia en base de datos, mediante algoritmos diseñados en el centro. Las alertas generadas y datos asociados son registrados por el sistema de información.

Las variables analizadas fueron: tipo de asistencia (ambulatorio/hospitalizado), registro de la alergia en historia clínica (grupos predefinidos/medicamento o principio activo), desencadenante de la alerta (principio activo exacto / grupo terapéutico-entidad química), decisión clínica (anular prescripción o ignorar alerta) y justificación de omisión.

Se ha calculado un índice de omisión (AAMI/AAM totales) para valorar el impacto inicial en la decisión por tipo de alerta. El cruce desencadenante de AAMI ha sido utilizado para valorar la eficacia de los algoritmos diseñados. El análisis de la decisión médica se ha orientado a identificar criterios de utilidad de la alerta (protección del paciente, seguridad) o mejora del sistema (información registrada o algoritmos).

RESULTADOS: Se han analizado 699 alertas en 353 pacientes diferentes (59,7% hospitalizados). Las alergias registradas desencadenantes de AAM han sido: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs: 26,5%), betalactámicos (18,5%), contrastes iodados (16,5%), sulfamidas (10%), salicilatos (7,8%), otros antibióticos (4,3%), opiáceos (3,1%), benzodiacepinas (2,4%) y otros fármacos (10,9%).

En el 66,8% de las AAM el desencadenante se produjo a nivel del principio activo o grupo terapéutico registrado en el cuestionario de alergias y supuso la anulación de la prescripción en el 56,4% de los casos.

La tasa de AAMI ha sido del 43,8% de las AAM generadas. En el 23% de las AAMI la prescripción fue suspendida hasta confirmación explícita de la alergia.

Las AAM con índice de omisión 0,4 han sido contrastes iodados (0,86), opiáceos (0,64), sulfamidas (0,63) y salicilatos (0,59).

La justificación de las omisiones ha confirmado la utilidad de la AAM para la seguridad del paciente en el 46,7% de las AAMI al promover premedicación (21,2%), monitorización (13,4%) o informe a alergología y pruebas de tolerancia (12,1%). Otros motivos de omisión sugieren una revisión del perfil de registro de alergias: tolerancia (32,4%), uso crónico habitual (10,5%), no tiene alergia (5,2%) y 5,2% sin motivo registrado. Las omisiones en AAM por alergia a sulfamidas y betalactámicos han sido analizadas por grupos terapéuticos y sugieren modificaciones en los algoritmos actuales para evitar alertas de baja utilidad.

CONCLUSIONES: El análisis de las AAMI con criterios explícitos registrados en el sistema de información ha resultado útil para revisar el sistema y proponer mejoras en los perfiles de alergias, algoritmos definidos y prácticas de seguridad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

293. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR UN FARMACÉUTICO RESIDENTE DE 4º AÑO EN UNA PLANTA DE ONCO-HEMATOLOGÍA

AUTORES: PIÑERO GONZÁLEZ MM, OLIVA HERNANDEZ L, MAJUELOS AICART L, MORALES LEON MV, SANCHEZ LOPEZ E, RAMOS GIL MA.

COMPLEJO HOSPITALARIO DOCTOR NEGRÍN. Barranco de la Ballena, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVO: Analizar y clasificar las intervenciones farmacéuticas (IF) y el tipo de actividad realizadas por un residente de cuarto año durante su rotación en una planta de hospitalización en Onco-Hematología, bajo la tutela de un farmacéutico clínico. Valorar su aportación al equipo clínico y compararla con la actividad realizada desde el Servicio de Farmacia(SF) en ausencia de farmacéutico clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo y retrospectivo sobre las IF realizadas en la planta de hospitalización de Onco-hematología en un hospital de tercer nivel durante 2 meses. La validación farmacéutica de los tratamientos durante el mes de Enero de 2016 la realizó el residente a través de prescripción electrónica asistida (PEA), desde el SF. Durante el mes de Febrero de 2016, el farmacéutico clínico y el residente trabajaron integrados en tres equipos médicos desde la planta: Unidad de trasplante hematopoyético, Hematología clínica y Oncología Médica. Se seleccionó de la base de datos del SF las IF realizadas durante los meses de estudio y se clasificaron según el programa Isofar. Además se recogieron datos de otras actividades desarrolladas.

RESULTADOS: Durante el mes Enero se validaron los tratamientos de 64 pacientes y 27 protocolos de quimioterapia. Se registraron un total de 5 IF: 1 Inicio de tratamiento, 2 Modificación de dosis, 1 Suspensión de medicamento, 1 Otras. No se registraron otras actividades.

Durante el mes de Febrero se revisaron un total de 57 pacientes y 28 quimioterapias. Se realizaron un total de 44 IF : 2 Ajustes de fármacos citostáticos, 1 Confirmación de la prescripción, 23 Inicios de tratamiento, 1 Mantenimiento de tratamiento, 3 Modificaciones de dosis, 2 Modificaciones de frecuencia, 1 Monitorización, 8 Suspensiones de medicamento y 3 Otras. De los ajustes de fármacos citostáticos uno fue una disminución de dosis y otra un ajuste al protocolo de quimioterapia. De los 23 inicios de tratamiento, 16 fueron por necesidad de tratamiento adicional y 7 tratamientos domiciliarios no prescritos. De las modificaciones de dosis 2 fueron disminuciones por ajustes fisiológicos y 1 un aumento de dosis por ser inferior a la dosis mínima eficaz. Por último, las 8 suspensiones, 6 se debieron a una duración excesiva y las restantes a otras causas. Otras actividades desarrolladas fueron la mejora de protocolos quimioterápicos en la PEA (5) y ajustes de dosificación de medicamentos de quimioterapia (1).

CONCLUSIONES: En base a las IF, el papel clave del farmacéutico clínico en la planta Onco-Hematología se centra en el ajuste de quimioterápicos, por ser medicamentos de alto impacto, iniciar tratamientos y suspenderlos cuando proceda.

La actividad del farmacéutico clínico se complementa con ajustes de protocolos y optimización de la PEA con el objetivo de minimizar los errores de medicación

Comparando la actividad realizada y el número de IF, se observa que la aportación del farmacéutico clínico multiplica por 9 las IF en la planta de Onco-Hematología en relación a su actividad desde el propio SF, lo que demuestra la importancia de su integración en el equipo multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

426. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA ANTE LAS PETICIONES DE MEDICACIÓN A TRAVÉS DEL TUBO NEUMÁTICO O VÍAS ALTERNATIVAS

AUTORES: EROLES BAENA S, VEGA HANNA L, PETIT CINTIOLI D, SANTOS AGREDANO T, DE POURCQ ---- JT, GAMEZ LECHUGA M.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET 167. Barcelona. España

OBJETIVO: Conocer el volumen de las peticiones de medicamentos por el tubo neumático y cuantificar las intervenciones realizadas por el técnico de farmacia en la gestión de las mismas.

Método

Estudio prospectivo observacional de tres meses de duración, en un hospital universitario de nivel III.

Se dispone de un protocolo sobre el uso del tubo neumático promovido por el Servicio de Farmacia y elaborado con la colaboración de los equipos médicos y de enfermería. El objetivo es dispensar a las unidades de hospitalización medicación urgente en un tiempo lo más corto posible.

Se dispone de un formulario de petición estándar y, ante cualquier petición, el técnico de farmacia procede a comprobar si el paciente y el fármaco, dosis, frecuencia y vía de administración están bien identificados. Posteriormente revisa si el fármaco solicitado está ya disponible en la unidad (en el botiquín o en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADM)) y, por último, y antes de la dispensación, procede a revisar la prescripción médica y a validar la petición.

Las fuentes de información utilizadas por el técnico son, además de la prescripción médica, el formulario de equivalentes terapéuticos, el Catálogo de Especialidades farmacéuticas y los listados de los medicamentos disponibles en los SADME para su consulta rápida.

RESULTADOS: El estudio se realizó durante el periodo de agosto-octubre 2015. Se recibieron un total de 4.589 peticiones de las cuales 1.073 (23,4 %) han requerido la intervención activa del técnico.

El técnico tuvo que buscar información adicional en el 29,2% de las peticiones (medicamento no incluido en guía (14,8%), dosis incorrecta (6,5%), letra ilegible (4,2%), error de solicitud de fármaco (1,9%), vía incorrecta (1,0%), uso de abreviaturas (0,5%)), comprobar las existencias en los SADME en el 17,1% y se recibieron peticiones incorrectas en el 51% de las peticiones. En el 1,5% de los casos el error fue producido por el Servicio de Farmacia. Del total de intervenciones, en el 38% requirieron la actuación del técnico y, el resto fueron de gestión administrativa.

Respecto a los casos con carácter administrativo, éstos estaban relacionados directamente con la actuación de enfermería. Los principales motivos fueron: no verificación de la disponibilidad del medicamento en las unidades de hospitalización con el SADME (17,5%); petición en formato no estandarizado al Servicio de Farmacia (17,1%); petición incorrectamente identificada (13,7%); tubo neumático incorrectamente identificado (9,4%); letra ilegible (4,2%) y uso de abreviaturas del fármaco (0,5%).

CONCLUSIONES: El volumen de peticiones vía tubo neumático es de 51 petición/día, cifra muy alta considerando que se debe reservar esta vía para peticiones urgentes.

La intervención mayoritaria que realiza el técnico de farmacia en la gestión de las peticiones de enfermería es la relacionada con la correcta identificación del paciente y del fármaco (62 %)

Estos resultados nos sugieren la necesidad de llevar a cabo un trabajo conjunto de enfermería y técnicos de farmacia, con el objetivo de optimizar el uso del tubo neumático y mejorar su eficiencia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

887. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS

AUTORES: FERNÁNDEZ ALONSO E, SALVADOR GOMEZ T, COMPAIRED TURLÁN V, ALCÁCERA LÓPEZ MA, PUERTO-LAS TENA I, HORNA OREJA O.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. Av. San Juan Bosco 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: La utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas resulta frecuente en determinadas patologías. Es la subcomisión de Fuera de Indicación, dependiente de la comisión de Farmacia de los hospitales, la responsable de su evaluación, autorización y seguimiento. Como objetivo, se plantea conocer la utilización de los medicamentos autorizados como uso en condiciones diferentes a las autorizadas así como la evaluación de su efectividad y seguimiento.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo de pacientes en tratamiento con medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, que se autorizaron por la subcomisión de fuera de indicación en el año 2015. Como fuente de información se consultaron los informes médicos de seguimiento y resultados del tratamiento de los pacientes. Datos analizados: número de solicitudes aprobadas, servicio solicitante, fármaco e indicación, número de informes médicos de seguimiento recibidos, eficacia del tratamiento, continuación o no del mismo y sus motivos.

RESULTADOS: Se registraron un total de 37 solicitudes autorizadas para la utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas correspondientes a 15 fármacos diferentes. El fármaco más demandado fue adalimumab en el 46,6% de las solicitudes con indicación para hidrosadenitis supurativa grave y edema macular, seguido de lanreótido (angiodisplasias) y rituximab (Esclerodermia/Enfermedad de Wegener/Lupus/Pénfigo) ambos en el 33,33%, y sildenafil en el 20% para la indicación de esclerodermia sistémica y síndrome de Raynaud. Dermatología fue el servicio médico que más tratamientos solicitó (24,32%), seguido de medicina interna y reumatología (ambos con un 21,62%), y Digestivo y Oftalmología (10,81%). Fueron 27 los informes médicos de seguimiento que se recibieron en el Servicio de Farmacia, que corresponden al 75,67% de los tratamientos autorizados por la subcomisión de farmacia para uso en condiciones diferentes a las autorizadas. De ellos, el 78,37% resultaron ser eficaces para la indicación solicitada, continuando con el tratamiento el 75,68% de los pacientes. El principal motivo de discontinuación del tratamiento fue por falta de eficacia en el 77,77% de los casos, seguido de la finalización del tratamiento en el 22,23%. Hubo 1 paciente que no llegó a iniciar el tratamiento.

CONCLUSIONES: Los medicamentos autorizados para su uso en condiciones diferentes a las autorizadas han resultado ser eficaces en la gran mayoría. Parte de los facultativos remiten informes de seguimiento del tratamiento aunque a pesar de ello no todos informan. Es fundamental la presencia de un mecanismo de control de estos medicamentos autorizados para su uso en condiciones diferentes a las autorizadas con el objetivo de evitar su uso creciente sin la evidencia científica necesaria, y que ello pueda repercutir en la disminución de la calidad farmacoterapéutica de los pacientes. Por esto mismo, es importante el papel que desempeñan las Comisiones de Fuera de Indicación y los Servicios de Farmacia.

169. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: VICTORIO GARCIA L, DOMINGO CHIVA E, SANCHEZ RUBIO F, MARCO DEL RIO J.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. C/HERMANOS FALCO Nº37. Albacete. España

OBJETIVO: Analizar el número y motivo de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en los pacientes ingresados antes y después de la implantación de la prescripción electrónica (PE) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Se analizaron todas las IF realizadas en el área de Sistema de Distribución de medicamentos en Dosis Unitarias durante mes y medio previo a la implantación de la PE (1 marzo al 15 Abril de 2015) y posterior a ésta (1 marzo al 15 Abril de 2016).

Las IF se registraron en el módulo de Dosis Unitarias del programa Farmatools®. Se tomaron en consideración las siguientes variables: Datos del paciente, prescripción farmacológica, servicio clínico (SC) y motivo de la IF, utilizando para ello la clasificación de problemas relacionados con la medicación de Hepler y Strand modificada en base a la bibliografía y la propia experiencia del centro: 1)Relacionadas con la posología: a)Ajuste de dosis y/o pauta recomendada, b)Ajuste de dosis en insuficiencia renal, c)Recomendación para monitorizar niveles plasmáticos de fármacos; 2)Relacionadas con la indicación: a)Fármaco no indicado, b)Duplicidad, c)Duración excesiva; 3)Motivadas por la selección inadecuada del fármaco: a)Alergias, b)Contraindicaciones; 4)Omisión de tratamiento; 5)Modificación vía de administración/forma farmacéutica; 6)Reacciones adversas; 7)Interacciones/incompatibilidades; 8)Medicamentos no incluidos en guía (MNIG) y 9)Error de prescripción. Se compararon los datos de las intervenciones realizadas antes de la implantación de la PE y tras ésta.

RESULTADOS: Se registraron un total de 690 IF antes de la PE y 1404 después de la misma, lo que supone un aumento del 103,4% en las IF realizadas. Los servicios clínicos con mayor número de IF fueron: Medicina Interna (MI) 14,92%, Neumología 13,91% y Traumatología 10,57% antes de la PE y posteriormente MI 17,87%, Geriátrica 13,81%, Neumología 11,53% y Traumatología 9,40%. La distribución las IF realizadas en el primer y segundo periodo fue: 1a)3,03% vs 9,39%, 1b)10,43% vs 4,98% y 1c)6,37% vs 0,14%; 2a)0,14% vs 0,14%, 2b)1,30% vs 6,19%, 2c)0,28% vs 0,43%; 3a)0,87% vs 0,64%, 3b)0,14% vs 0%; 4)0,72% vs 0%; 5)4,19% vs 0,78%; 6)0,14% vs 0%; 7)2,46% vs 1,78%; 8)68,84% vs 18,87% y 9)1,01% vs 29,27% respectivamente. Tras la PE se creo un nuevo tipo de IF, adecuación de la especialidad farmacéutica (AEF) que supuso un 27,35% de las IF del segundo periodo estudiado.

CONCLUSIONES: 1)Después de la implantación de la PE se observa lo siguiente:

-Aumento considerable del número total de IF, mayoritariamente en los tipos 1a, 2b, 9 y el porcentaje que supuso el nuevo tipo AEF. Este incremento puede surgir como consecuencia de la adaptación de los prescriptores al programa informático de PE. En contraste, la disminución de IF sobre MNIG refleja una mayor adecuación de los prescriptores a la guía farmacoterapéutica.

-Incremento en las IF del Servicio de Geriátrica debido a que fue el primer SC donde se implantó la PE.

2)Durante la implantación de la PE se produjo un fallo informático en las prescripciones alertantes al farmacéutico, lo que justifica en parte que el resultado de las IF tipos 1c y 5 sea menor a lo esperado.

790. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS: IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

AUTORES: VINEY - AC, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, FERNÁNDEZ-LOBATO - B, ESCONDRILLAS GÓMEZ LM, MIRA SIRVENT MC, LACRUZ GUZMÁN D.

C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) realizadas para conocer el grado de actividad y la calidad del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de las IF realizadas durante el periodo comprendido de Enero de 2014 a Diciembre de 2015. En nuestro hospital disponemos de un formulario FAR-Clínicos en el programa de prescripción médica Selene®, que comunica a tiempo real con el tratamiento de hospitalización, de forma que el médico al generar una nueva prescripción, puede visualizar, en el mismo entorno de la prescripción, las IF realizadas por el farmacéutico, mejorando la comunicación médico-farmacéutico y optimizando el circuito de prescripción-dispensación de medicamentos. Para la obtención de datos se utilizó una aplicación informática disponible en la intranet del hospital que extrae los datos de Selene®. Se recogió el número, tipo y grado de aceptación de las IF, comparando los datos de 2014 y 2015. Las IF se clasificaron en: 1.Ajuste función renal; 2.Equivalente terapéutico

(ET) Inhibidores de la bomba de protones; 3. ET estatinas; 4. ET Antiinflamatorios no esteroideos; 5. ET Benzodiacepinas; 6. ET Antagonistas del calcio; 7. ET Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; 8. ET Antagonistas de los receptores de la angiotensina II; 9. ET antihistamínicos H2; 10. ET otros; 11. Alergia-intolerancia medicamentosa; 12. Indicación fuera de ficha técnica; 13. Duplicidad terapéutica; 14. Interacción medicamentosa; 15. Administración por sondas; 16. Posología; 17. Recomendación sobre la administración; 18. Interacción fármaco-alimento; 19. Terapia secuencial; 20. Medicamento no incluido en guía; 21. Medicamento de uso restringido; 22. Farmacocinética; 23. Otros motivos.

RESULTADOS: Se obtuvieron los siguientes **RESULTADOS:** Durante 2014 se contabilizaron 8993 IF (24,63 IF/día.) Según tipo: 1: 321 (3,60%); 2: 12(0,13%); 3: 50(0,56%); 4: 0(0%); 5: 5(0,06%); 6: 15(0,17%); 7: 111(1,23%); 8: 104(1,16%); 9: 4(0,04%); 10: 46(0,51%); 11: 54(0,60%); 12: 3(0,03%); 13: 74(0,82%); 14: 10(0,11%); 15: 17(0,19%); 16: 329(3,66%); 17: 56(0,62%); 18: 0(0%); 19: 167(1,86%); 20: 3964(44,08%); 21: 2710(30,13%); 22: 724(8,05%); 23: 220(2,45%). IF aceptadas: (369) 4,1%

Durante 2015 se contabilizaron 9446 IF (25,87 IF/día.) Según tipo: 1: 782(7,86%); 2: 49(0,52%); 3: 128(1,36%); 4: 0(0%); 5: 10(0,11%); 6: 62(0,66%); 7: 233(2,47%); 8: 264(2,79%); 9: 4(0,04%); 10: 93(0,98%); 11: 42(0,44%); 12: 2(0,02%); 13: 84(0,89%); 14: 29(0,31%); 15: 8(0,08%); 16: 415(4,39%); 17: 44(0,47%); 18: 0(0%); 19: 11(0,12%); 20: 4406(46,64%); 21: 1952(20,66%); 22: 594(6,29%); 23: 234(2,48%). IF aceptadas: (1007) 10,6%. Con los resultados obtenidos hemos observado un incremento en el número total de intervenciones en 2015 respecto a 2014, destacando: Interacción medicamentosa, Posología, Ajuste función renal y todos los grupos de ET y una disminución en el número de IF de Terapia secuencial. El registro de las IF aceptadas en FAR-clínicos fue muy bajo, por lo que no lo consideramos representativo del grado real de aceptación.

CONCLUSIONES: Este análisis nos ha permitido identificar dos oportunidades de mejora para diseñar un ciclo de mejora de la calidad del proceso: intervenciones relevantes con bajo índice de actividad (terapia secuencial e interacciones medicamentosas) y registro de las IF aceptadas.

Las IF contribuyen a mejorar la atención al paciente y disminuyen los problemas relacionados con medicamentos aumentando así la seguridad y calidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

447. ANÁLISIS DE LAS LLAMADAS RECIBIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: PI SALA N, EL HILALI MASO N, FIGUERAS SURIOL A, MONTOLIU ALCON P, DE TEMPLE PLA M, PONS BUSOM M.

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. Viladomat 288, soterranio 2. Barcelona. España

OBJETIVO: Analizar las llamadas recibidas en el servicio de farmacia para determinar el porcentaje de llamadas evitables que recibe el farmacéutico con el fin de proponer medidas de mejora y reducir las interrupciones.

Analizar las llamadas contestadas por los técnicos de farmacia valorando si la derivación o la respuesta eran adecuadas.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional y prospectivo en el que se analizaron las llamadas recibidas en el servicio de farmacia durante 7 días en horario laboral (8-20h). Se excluyeron las llamadas internas del servicio.

De todas las llamadas se registraron los siguientes datos: horario de la llamada, profesional que la realizaba, unidad o servicio al que pertenecía, profesional que respondía la consulta, motivo y tiempo empleado para resolverla. En el caso que fuera el farmacéutico quien atendió la llamada también se registró si ésta había sido derivada por el técnico de farmacia, si era correcta la derivación y si la consulta era relacionada con su área de trabajo. Cuando fue el técnico quien respondió la consulta, se evaluó si la respuesta o la derivación habían sido correctas.

RESULTADOS: De las 126 llamadas registradas por los farmacéuticos, el 72,2% fueron recibidas en horario de mañana. El 57,9% de las llamadas fueron realizadas por enfermería y el 33,3% por médicos (mayoritariamente de oncología y hematología). Los motivos más comunes fueron: reclamación de medicación relacionada con la unidosiis (36%), llamadas relacionadas con fármacos (27%), oncología (12,3%), medicación de dispensación ambulatoria (8,2%) y dudas sobre la administración de fármacos (8,2%). Solamente se consideró que un 17,5% de las llamadas eran innecesarias por disponer de la información solicitada en la intranet (guía de administración) o por poder ser resuelta por un técnico de farmacia. El 60,3% de las llamadas fueron resueltas en menos de 1 minuto y el 32,5% necesitaron entre 1 y 5 minutos. Aproximadamente el 50% de las llamadas fueron derivadas por los técnicos, y de éstas el 88,5% se consideró que la decisión había sido correcta.

Los técnicos de farmacia recibieron 178 llamadas, de las cuales el 53,9% se efectuaron durante el turno de mañana. El 96,1% de las llamadas fueron efectuadas por enfermeras y el motivo principal (69,7%) fue una reclamación relacionada con la unidosiis. No se pudo valorar el porcentaje de llamadas innecesarias por falta de información. La

mayoría de las llamadas (92,7%) fueron solucionadas en un tiempo inferior al minuto. Se consideró que la respuesta era correcta en el 93,7% de los casos. Solamente derivaron al farmacéutico el 23% de las llamadas recibidas.

CONCLUSIONES: 1.- La mayoría de las llamadas recibidas en farmacia son en el turno de mañana y enfermería es el colectivo del hospital que más genera.

2- Los técnicos de farmacia realizan un correcto filtro de las llamadas que derivan a los farmacéuticos y en la mayoría de los casos la respuesta es correcta.

3.- Las reclamaciones de unidosis realizadas a los técnicos no se han podido analizar adecuadamente. Se realizará un nuevo estudio que incluya la información suficiente que permita detectar llamadas evitables y así proponer medidas de mejora.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

768. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN NUEVO SISTEMA DE CITA PREVIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: RODRIGUEZ SANCHEZ JL, MARTÍNEZ CASAL X.

HOSPITAL VIRGEN DE LA XUNQUEIRA. PASEO DO ALCALDE PEPE SANCHEZ, 7. A Coruña. España

OBJETIVO: Evaluar los tiempos de espera de pacientes citados para una consulta sucesiva en la consulta externa de un hospital comarcal tras la implementación de un sistema de cita previa con hora límite.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 12 meses de duración (enero-diciembre 2015), realizado tras la implementación de un sistema de cita previa en coordinación con el Servicio de Admisión del hospital, en el que se recogen los tiempos de espera de pacientes citados para una consulta sucesiva con hora límite. El estudio se realiza en 2 subgrupos de pacientes □terapias biológicas dermatológicas en psoriasis y EPO/darbepoetina alfa en prediálisis□ que suponen un 16% del total de la consulta externa, si bien el sistema se implementó para el 100% de pacientes atendidos en la consulta. El farmacéutico es el encargado de fijar la fecha de las citas y el Servicio de Admisión establece la hora límite (entre las 13:00 y las 15:00 horas) en el aplicativo informático SIHGA. El farmacéutico realiza una revisión de la historia clínica de cada paciente 24-48 horas antes de su cita, lo que permite programar la siguiente revisión del paciente y disponer de toda la información clínica actualizada y procesada con anterioridad a la dispensación. En el momento en que el paciente acude, el farmacéutico interrumpe su actividad para realizar la atención farmacéutica, validar el borrador de la dispensación previamente realizado en el aplicativo informático SILICON y registrar las correspondientes anotaciones en la historia clínica electrónica (IANUS). Asimismo informa al paciente de que en su próxima visita podrá acudir en la fecha establecida antes de la hora límite que se le indique en el Servicio de Admisión si así lo desea. El tiempo de espera del paciente se calcula por diferencia entre el momento en que el farmacéutico realiza el registro en IANUS y la hora límite correspondiente a su cita. Se utiliza la mediana de los tiempos de espera como parámetro centralizador para minimizar el impacto de aquellos pacientes que acudieron a su visita a primera hora de la mañana. No se tuvieron en cuenta las primeras consultas ni aquellas citas en las que el paciente no acudió en el día en que estaba citado. En los casos en los que el tiempo de espera fue > 0 se asume que el paciente acudió puntualmente a la hora límite fijada.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se registraron un total de 100 visitas correspondientes a 38 pacientes de los dos subgrupos. El tiempo de espera fue > 0 en el 14% de las mismas y < 0 en el 86% restante. La mediana de los tiempos de espera registrados fue de -51,50 minutos.

CONCLUSIONES: La implantación del sistema de cita previa para una consulta sucesiva con hora límite permite, a diferencia del sistema clásico de cita previa, atender a los pacientes con anterioridad a la hora a la que se encuentran citados, así como una mejor conciliación de la vida laboral y familiar del paciente a la hora de recibir atención farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

207. ANÁLISIS DEL TIEMPO HASTA LA FINANCIACIÓN DE LOS NUEVOS FÁRMACOS AUTORIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SU IMPACTO ECONÓMICO

AUTORES: ALONSO CASTRO V, 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: Analizar el tiempo transcurrido desde la autorización de los nuevos fármacos para el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM) hasta la decisión de financiación y precio y la publicación del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) así como su impacto económico en una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en una CA de la incorporación a la práctica clínica de los nuevos fármacos para el tratamiento de la EM registrados en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) entre marzo 2013 y febrero 2015.

Se analiza la situación de financiación de los medicamentos registrados y se realiza un análisis económico de las adquisiciones hospitalarias durante el periodo de dos años (marzo 2014-febrero 2016).

Datos registrados: 1) Fecha de registro por la AEMPS, 2) Fecha de inclusión en el Nomenclátor Oficial tras financiación y precio, 3) Fecha en la que el medicamento se ha podido incorporar a la práctica clínica, a través del programa de medicamentos en situaciones especiales, 4) Fecha de publicación del IPT, 5) Datos de consumo hospitalario.

Fuentes de información: centro de información de medicamentos de la AEMPS, aplicación de gestión de medicamentos en situaciones especiales de la AEMPS, Nomenclátor Oficial de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y Sistema autonómico de información farmacéutica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se registraron 4 principios activos: teriflunomida (03/12/2013), alemtuzumab (20/12/2013), dimetilfumarato (28/02/2014) y peginterferon beta-1a (15/01/2015). En febrero de 2016, los cuatro medicamentos están comercializados con financiación aprobada e IPT publicado. La media de tiempo entre autorización y fijación de precio fue de 326 días (rango: 198-436) y la media de tiempo entre la fijación de precio y publicación del IPT de 73 días (rango 0-142 días). El tiempo total entre el registro y la publicación del IPT fue de media 399 días (rango: 196-505).

A través de programas de uso compasivo y por la aplicación de gestión de medicamentos en situaciones especiales de la AEMPS se adquirieron tres de los cuatro medicamentos antes de su financiación: dimetilfumarato, teriflunomida y alemtuzumab, para un total de 598 pacientes. Los dos primeros fármacos se adquirieron de forma gratuita, mientras que alemtuzumab supuso un coste de 75.400€, antes de ser financiado.

El gasto total en estos medicamentos desde su financiación ha sido de 10.192.691€, entre los años 2014 y 2016 (9,77% del total de las adquisiciones de los fármacos para el tratamiento de la EM) con la siguiente distribución: dimetilfumarato 5.258.787€ (5,04%), teriflunomida 3.953.014€ (3,79%), alemtuzumab 829.996€ (0,80%) y peginterferon beta-1a 75.494€ (0,07%).

CONCLUSIONES: El tiempo entre la autorización por parte de la AEMPS y la financiación y fijación de precio por la Comisión Interministerial de Precios de los nuevos medicamentos registrados para el tratamiento de la EM es aproximadamente de un año.

La incorporación inicial a la práctica clínica se realiza a través de programas de uso compasivo sin embargo una vez financiados su incorporación a la terapéutica es muy rápida, suponiendo el 9,77% del total de gasto en EM en los dos primeros años de comercialización.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

517. ANÁLISIS E IMPACTO DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES EXTERNOS INTEGRADA EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA

AUTORES: CRESPO ROBLEDO P, BLÁZQUEZ RAMOS N, CORRALES PERES L, RUBIO CEBRIAN B, RECIO DIEZ F, MORIEL SANCHEZ C.

HOSPITAL UNIV. DE MÓSTOLES. CALLE RÍO JUCAR S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar los formularios generados para registrar la Atención Farmacéutica (AF) en la historia electrónica. Medir el impacto de la Consulta de AF en los profesionales sanitarios en la atención de los pacientes al ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron todos los formularios de la Consulta de Atención Farmacéutica (AF) generados en la historia electrónica (Selene®) de pacientes externos, desde el 9 de septiembre de 2014 hasta el 8 de abril de 2016. Los ítem extraídos fueron NHC, fecha de registro, edad, patología, motivo de consulta, motivo de cambio de tratamiento si procede, PRM (sí/no), RAM(sí/no), adherencia (100-95%, 94-85%, 84-65%, 64-30%,

El 25 de noviembre de 2015 se difundió la actividad de la Consulta de AF en la Sesión General del Hospital dirigida a todos los profesionales sanitarios, incidiendo en cómo se podía acceder al formulario y su utilidad. El impacto del formulario en los profesionales sanitarios se midió como el porcentaje de accesos de los médicos a los formularios de pacientes ingresados en el periodo del 1 de febrero al 2016 a 21 de abril de 2016.

RESULTADOS: Se crearon 800 formularios para 633 pacientes. Las patologías más atendidas fueron VHC (35,1%), VIH (30,8%), oncohematológicas con terapia oral (7,4%), Enfermedades Inflamatorias Autoinmunes (6,9%) y Esclerosis Múltiple (6%). Los principales motivos de consulta de AF se debieron en el 50,3% (n=402) de los casos a inicios de tratamiento; el 30,4% (n=243) a cambios de tratamiento, de los cuales el principal motivo (49%) fue por efectos adversos; el 12,8% (n=102) de las AF fueron actuaciones proactivas del farmacéutico. Se detectaron 43 PRM y 69 RAM de las cuales el 74% (n=51) se registraron en consultas motivadas por actuaciones proactivas del farmacéutico.

Se detectaron un 25% (n=196) interacciones de medicamentos. Se registró la adherencia en n=245 formularios, alcanzaron un 100-95% de adherencia todas las patologías, excepto VIH que solo la alcanzaron el 71%. 82 pacientes con formulario ingresaron en el periodo de estudio, de los cuales se consultaron 8 pacientes en 21 ocasiones (9,8%).

CONCLUSIONES: La creación de un formulario normalizado de registro de la actividad de AF permite exportar los datos obtenidos y analizarlos. El tratamiento del VHC ha pasado a ser la patología más atendida en el último año debido al incremento de pacientes tratados con ADD. Es muy importante medir la adherencia debido a que son patologías crónicas y de alto impacto económico, especialmente en los pacientes VIH en los que un tercio de los pacientes tienen baja adherencia. Las actuaciones proactivas del farmacéutico registran la mayoría de RAM y PRM, y son consecuencia del interés del farmacéutico en el seguimiento del paciente en el acto de la dispensación. El bajo impacto sobre los profesionales ha hecho necesario poner un icono con forma de píldora en Selene® junto a los datos del paciente que alerte si el paciente tiene creado un formulario.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

930. ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A CENTROS SOCIO-SANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: RAMÍREZ CÓRCOLES A, PAGÁN NÚÑEZ FT, SÁEZ VALENCIA G, PASCUAL MARTÍNEZ M, CANO CUENCA N.

HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA. AVENIDA ADOLFO SUÁREZ S/N. Albacete. España

OBJETIVO: Analizar el impacto económico que supone para el Servicio de Salud el suministro de medicamentos a un centro Socio-Sanitario (CSS) desde una oficina de farmacia versus un servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH), así como la evolución del gasto que supone para el hospital.

MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo comparando el coste de la prestación farmacéutica de un CSS geriátrico con 56 residentes mediante el modelo de prescripción por receta y dispensación en oficina de farmacia con el suministro directo desde el SFH. La selección de principios activos (PA) y productos farmacéuticos suministrados se realizó adecuando la prescripción a la Guía Farmacoterapéutica (GFT). A partir de Octubre de 2015 se comenzó la dispensación al CSS desde el SFH por lo que el periodo control correspondiente al modelo de prescripción por receta abarcó de enero a septiembre 2015 y se comparó con el suministro directo desde el SFH en el mes de marzo 2016. Se obtuvieron los datos de facturación por receta durante el periodo control y se compararon con el número de recetas y su importe a PVP para el periodo de marzo 2016. Además se analizó la evolución del gasto hospitalario imputado al suministro del CSS mediante la aplicación Farmatools®.

RESULTADOS: Desde el comienzo de la dispensación al CSS en octubre de 2015 hasta marzo 2016 fueron suministradas 84 especialidades farmacéuticas diferentes correspondientes a 64 PA y 6 tipos distintos de nutrición enteral. En el periodo control se facturaron 9.341€, mensuales con una media de 554 recetas realizadas en dicho periodo, frente a 310 recetas con un importe de 3.545€, que se prescribieron en marzo 2016, lo que supone una reducción del 44% en el número de recetas y del 62% de importe facturado. En cuanto al gasto hospitalario el importe medio mensual del periodo control fue de 126€, frente a 1.048€, en marzo 2016.

CONCLUSIONES: La dispensación a un CSS desde el SFH ha conseguido un ahorro para el Servicio de Salud en el periodo analizado del 49%(4.748€, mensuales). Esta reducción se basa en un sistema de gestión de compra directa integrado en el SFH y puede seguir reduciendo costes conforme se amplíe la cobertura de PA así como el suministro a otros CSS contribuyendo así a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público. Además permite eliminar el copago de los usuarios disminuyendo la carga burocrática para el CSS. Hasta el momento el SFH se ha servido de los recursos e infraestructuras ya disponibles, pero sería conveniente iniciar una nueva línea de actuación enfocada hacia la mejora de la Atención Farmacéutica al paciente institucionalizado promoviendo una farmacoterapia más eficiente y segura mediante la incorporación del proceso de dispensación a través de un sistema de dosis unitaria, ya que se trata de pacientes complejos de edad avanzada, polimedicados y pluripatológicos, siendo necesario para ello inversión en recursos humanos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

680. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS APLICADO AL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO TRAS LA ROBOTIZACIÓN E INFORMATIZACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: VELASCO ROCES L, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L, SUAREZ FERNANDEZ L, VILLARINO FLÓREZ AI, SUÁREZ GUTIÉRREZ V, SACRISTÁN DE LAMA MP.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV/ROMA S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Como consecuencia de la reorganización tanto estructural como funcional del Servicio de Farmacia debido a un traslado de Hospital, se llevó a cabo la robotización de la misma y la implantación de diversas aplicaciones informáticas. Tras la importante inversión económica efectuada, se procedió a valorar en términos de seguridad la repercusión de pasar de un Servicio de Farmacia clásico a uno altamente robotizado e informatizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales de los diferentes estamentos del Servicio. Se aplicó la metodología AMF (análisis modal de fallos) para conocer los modos de fallo en el proceso farmacoterapéutico (gestión/adquisición, prescripción, validación, dispensación y administración de los medicamentos) en un modelo de Servicio de Farmacia clásico (almacén no robotizado, transcripción de órdenes médicas, distribución de medicamentos por stock en plantas y con dosis unitarias) y en un modelo de Servicio altamente robotizado e informatizado en todas las etapas del sistema de utilización de medicamentos en el Hospital.

RESULTADOS: En el modelo de Servicio de Farmacia clásico se identificaron en el proceso Farmacoterapéutico en el Hospital 57 modos de fallo, con la introducción de nuevas tecnologías y la robotización del Servicio de Farmacia estos se redujeron a 41.

En el Área de gestión-adquisición de medicamentos, la implantación de la aplicación informática Sap® y la robotización del almacén con carruseles rotativos horizontales (kardex®-Mercurio®), redujo los modos de fallo de 14 a 13. El desarrollo del módulo Powerchart® para la prescripción médica, para la validación de las indicaciones de medicamentos el módulo Pharmedmgr® y para el registro de la administración de los medicamentos dentro de PowerChart® el EMAR, todos ellos incluidos dentro de la historia electrónica Cerner-Millennium®, redujo los modos de fallo de 12 a 7, de 9 a 7 y de 7 a 5, respectivamente.

Como sistemas de distribución de medicamentos en las diferentes unidades se estableció que se realizara a través de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (Pyxis®) en unidades de críticos, urgencias y medicina interna; con ello los puntos críticos respecto a la distribución por stock en planta se redujeron de 7 a 5. La preparación de los carros en dosis unitarias (kardex®-Mercurio®) se mantuvo en el resto de unidades del hospital disminuyendo los modos de fallo de 8 a 4.

CONCLUSIONES: La informatización y robotización del Servicio de Farmacia ha incrementado la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos en el hospital al reducir el número de puntos de fallos en un 28%. En el proceso de gestión-adquisición de medicamentos es donde es menos llamativo el efecto, debido fundamentalmente a problemas de integración entre las aplicaciones informáticas Sap® y kardex®-Mercurio®. En el proceso de prescripción es donde se han minimizado de forma más importante los modos de fallo. Las nuevas tecnologías permiten incrementar la trazabilidad del medicamento y saber qué profesionales han intervenido en cada etapa del proceso de utilización de los mismos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

189. APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN Y EFQM PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL EN HOSPITAL DE BAJO NIVEL DE INFORMATIZACIÓN.

AUTORES: ALONSO FITO L, VIDAL IGLESIAS M, TALAYERO GIMENEZ DE AZCÁRATE CA, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, COLOMA PERAL R, GARCÍA LÓPEZ L.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE SEGOVIA. doctor Luis Erik Clavería Neurólogo (S/N). Segovia. España

OBJETIVO: Comprobar si la aplicación de técnicas de Lean y EFQM al diseño e implantación de terapia secuencial (TS) en el Servicio de Farmacia (SFH) de un hospital de nivel II sin prescripción electrónica ni historia clínica informatizada, reduce los costes directos e indirectos del hospital y mejora la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se empleó un diagrama de Ishikawa. Con el objetivo de eliminar muda (desperdicio) se elaboró un mapa de proceso optimizar el flujo (MP) y valor (VSM). Según ciclo PDCA, se realizó un análisis DAFO sobre principios activos candidatos a TS, un proyecto piloto, sobre Inhibidores de bomba de protones (IBP), analizado mediante un estudio observacional analítico de cohortes (2:1 controles-casos), $\alpha=0.05$. Los indicadores cuantitativos y objetivos a alcanzar (mejora del 30%) fueron: calidad de prescripción, grado de aceptación de las intervenciones, variación de consumo de IBP. Para el análisis de los tiempos, se usaron medidas directas (en SFH), fuentes bibliográficas (planta). Análisis de Costes directos con programa Farmatools®; costes indirectos con tablas salariales SACYL 2015. Análisis estadístico programa Stata® v.12®.

RESULTADOS: El análisis de la espina de Ishikawa denotó que los problemas principales de calidad de prescripción eran sobrecarga de trabajo y hábito de prescripción. En SFH falta de información y disponibilidad de tiempo en el MP. El análisis DAFO, señaló 9 moléculas sobre las que actuar. Mediante el análisis VSM se vio que el mayor valor podía aportar farmacia, sin entorpecer otras funciones, era informar al médico si detectaba fármacos que cumplieran las condiciones para la TS. Análisis de indicadores: se evidenció que el 58% de los IBP i.v. dispensados en el hospital en un año, podían considerarse muda vs 14%. Como indicador de la calidad de la prescripción, el porcentaje de pacien-

tes que recibían más IBP i.v. de lo recomendado según guías internacionales (93% vs 72%) ,no alcanzó el objetivo marcado (-30%) pero obtuvo resultados significativos. Se constató que el indicador estaba mal diseñado. No tenía en cuenta las características del circuito de prescripción. Una vez rediseñado se alcanzó el objetivo de mejora (73% de los pacientes). El consumo de IBP iv descendió un 49%. El ahorro directo fue de 4.768,, el indirecto incluyendo personal, pero no fungibles de 18.054 (488,5); IC95%. El grado de aceptación fue óptimo en todos los servicios.

CONCLUSIONES: El diseño lean con EFQM de un programa de TS no soportado por ayuda informática, es asumible para el SFH y disminuye costes directos e indirectos superando las otras metodologías comparadas. Su utilización no ha estado exenta de dificultades y errores. La metodología es consistente para la mejora continua, por lo que el estudio se ha empleado como palanca para el diseño de acciones similares de mejora. Una de las grandes dificultades añadidas ha sido ubicar donde está el gembu en cada fase del MP, debido la superposición de tareas

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

590. APORTACIONES DEL PASE DE GUARDIA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LA MEJORA DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: Favieres Puigcerver C, Company Albir MJ, Martín Cerezuela M, Luna Reina RM, Font Noguera I, Poveda Andrés JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. Bulevar Sur, s/n. Valencia. España

OBJETIVO. El traslado del hospital, la ampliación del distrito sanitario y la gestión de medicamentos biopeligrosos fueron situaciones críticas que repercutieron sobre las guardias del Servicio de Farmacia (SF). Desde la jefatura del servicio se implantó el pase de guardia como herramienta de coordinación. Tras cinco años de experiencia el pase de guardia refleja la demanda, la continuidad asistencial y la calidad proporcionada en la asistencia durante la jornada previa a la guardia. **OBJETIVO:** Analizar el informe de pase de guardia e identificar las acciones prioritarias y las oportunidades de mejora de los diferentes procesos del SF.

MATERIAL Y MÉTODOS. Ámbito: Hospital general terciario con 1.000 camas. Diseño: Estudio observacional retrospectivo. Periodo: Febrero 2011-Diciembre 2015. Procedimiento del pase: Diariamente a las 08:30h, el informe de guardia era leído por el residente de guardia y discutido con el equipo farmacéutico. Unidad de análisis: Informe normalizado con información sobre actividades e incidencias de las áreas del SF. Variables: Clasificación de las tareas de guardia en dimensiones de actividad, calidad y docencia. Determinación de oportunidades de mejora de procesos para los gestores responsables de los mismos.

RESULTADOS. Continuidad asistencial: En 2015 la actividad mayoritaria en la guardia deriva de la validación de tratamientos del paciente hospitalizado con más de 250.000 medicamentos revisados (277,6 tratamientos/día; IC95%: 266,9-288,3). Otras actividades de continuidad: gestión de pedidos urgentes, resolución de roturas de stock y de préstamos, dispensaciones a pacientes externos, dispensación de muestras de ensayos clínicos, elaboración de fórmulas magistrales y determinación de niveles plasmáticos. Incidencias de calidad derivadas de la carga asistencial: extravasaciones, reclamaciones, actuaciones en la validación, funcionamiento de aparataje, dispositivos, aplicaciones informáticas, etc. Elementos docentes: consultas resueltas e incidencias en la prescripción. Mejoras para reducir la actividad por continuidad asistencial: inicio de la guardia a las 14:30h, definición de la prioridad de niveles plasmáticos y delegación de tareas a enfermería (préstamos, pedidos, dispensaciones urgentes a pacientes externos y determinación de niveles plasmáticos). Mejoras en la calidad de procesos: implicación de los gestores de los procesos en determinar la causa raíz de los errores notificados cuya gravedad y riesgo sea relevante, información o implementación de sesiones sobre procedimientos nuevos o actualizados y control estadístico de reclamaciones. Mejora del informe del pase de guardia: diseño del registro electrónico para la cuantificación de la actividad de continuidad asistencial (indicadores de actividad), actuaciones por incidencias (indicadores de calidad), elementos docentes, la asignación y el seguimiento de incidencias por parte del gestor responsable del proceso implicado con una incidencia relevante en la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES. Parte de la carga asistencial en un hospital terciario tiene lugar durante el horario de guardia. El informe normalizado de guardia permite determinar dicha carga, identificar puntos de mejora en procesos y proponer acciones correctoras. La reunión del pase de guardia es una oportunidad de formación e intercambio de conocimientos, así como de integración, coordinación y trabajo en equipo de las áreas del servicio.

891. AUDITORIA DEL VISADO DE RECETAS DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

AUTORES: CONTRERAS REY MB, SÁNCHEZ GÓMEZ E, GRUTZMANCHER SÁIZ S, GARRIDO MARTÍNEZ MT, YÁÑEZ FERIA D, BOCANEGRA MARTÍN C.

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. RONDA EXTERIOR NORTE S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Evaluar si el visado de recetas de los nuevos anticoagulantes orales (NACO) se ajusta a las directrices vigentes. Analizar si su prescripción para visado se realiza conforme a las indicaciones autorizadas.

MATERIALES Y METODOS: Estudio de monitorización de la calidad mediante metodología de muestreo para la aceptación de lotes (LQAS). La población de estudio se estableció tras revisión de la base de datos del módulo electrónico de visado. Se identificaron las recetas de NACO (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) visadas en un complejo hospitalario de especialidades el primer trimestre de 2016 y se seleccionó una muestra aleatoria de 19 para su análisis, con 19 de reserva.

Como referencia se utilizó el Informe de Posicionamiento Terapéutico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre ☐Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular☐ (2013). Para cada receta se registró: edad, principio activo, servicio prescriptor e indicación relegada en el informe de visado. Se establecieron estos criterios de cumplimiento:

- En lo referente al visado, que constase en el informe como juicio clínico la fibrilación auricular no valvular (en la prevención de ictus y embolia sistémica) o cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla (en la prevención de tromboembolismo venoso).
- Respecto a la prescripción, que se adecuase a estas mismas indicaciones; en pacientes con fibrilación auricular no valvular se aplicó además la escala CHADS2 de evaluación de riesgo tromboembólico (anticoagulación generalmente aceptada cuando CHADS2 mayor o igual a 2 puntos).

En la evaluación de los resultados se utilizó la tabla de distribución binomial de P. J. Saturno y adaptada por A. Rabadán.

RESULTADOS: Se revisaron 19 visados, siendo los principios activos apixaban (10 casos), rivaroxaban (6) y dabigatrán (3).

Los servicios médicos prescriptores fueron Cardiología-Cirugía Vascular (11), Medicina Interna (7) y Neurología (1). En 8 visados el juicio clínico reflejado (fibrilación auricular no valvular) se ajustaba a las directrices vigentes. El resto de pacientes tenían estas indicaciones: fibrilación auricular sin especificar si era no valvular (7 visados), flutter auricular (1) y trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (1). En 2 casos no constaba indicación en el informe de visado.

Hubo 11 pacientes con fibrilación auricular no valvular y puntuación CHADS2 mayor o igual a 2 (aunque no en todos se reflejó adecuadamente la indicación en el informe de visado).

En la evaluación de la calidad de los visados y de las prescripciones se encontraron 11 y 8 fallos, respectivamente. Con estos datos y la tabla de distribución binomial se puede asegurar que el cumplimiento conforme a los criterios establecidos es al menos de un 25% en los visados y un 40% en las prescripciones.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en nuestra auditoría reflejan un problema de calidad con un bajo porcentaje de ajuste tanto a los criterios establecidos para el visado como a la correcta prescripción de estos medicamentos en las indicaciones en las que han sido autorizados con visado.

421. BIOSIMILARES: IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA EN UN SERVICIO DE SALUD

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: Evaluar el impacto de una estrategia integrada para la promoción de la utilización de medicamentos biosimilares (BS) en el ámbito hospitalario de un Servicio de Salud (SS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde 2010 la penetración de BS en el SS fue objeto de seguimiento. A finales de 2013 como parte de la estrategia de promoción de BS, se elaboró un Indicador de Utilización de Medicamentos Biosimilares en un Grupo de Trabajo de Indicadores de Farmacia Hospitalaria (FH) formado por farmacéuticos de hospital, farmacéuticos de servicios centrales y directivos. En 2014 se incluyó como un objetivo en los contratos programa de

hospitales. El indicador se calcula de forma centralizada y se difunde trimestralmente a los Servicios de FH mostrando el resultado de su centro y el resultado medio del SS. Definición: Porcentaje de adquisiciones de BS de somatropina, eritropoyetina y filgrastim en el hospital respecto al total de adquisiciones de los grupos de medicamentos de hormona de crecimiento, factores estimulantes de eritropoyesis (FEE) y factores estimulantes de colonias (FEC). La unidad de medida del indicador es el coste de adquisición a precio de venta laboratorio para eliminar el sesgo de los posibles descuentos y la distorsión consecuente al comparar hospitales. Se incluye todo el grupo ATC en el denominador, asumiendo la equivalencia entre diferentes fármacos de usos similares y midiendo el impacto sobre todo el grupo. Desde otra perspectiva estratégica, en los procedimientos de compra centralizada (PCC) que incluyen los medicamentos originales y BS, ambos se consideran equivalentes.

Fuente de datos: sistema de información autonómico que integra información de adquisiciones hospitalarias, indicadores farmacoterapéuticos, dispensación a pacientes externos y prescripción a través de receta.

RESULTADOS: El indicador se ha medido en el 100% de los hospitales del SS. El porcentaje de BS fue de 15,72% en 2014 y 20,07% en 2015 (incremento de 4,35 puntos porcentuales). Analizando cada grupo ATC, la mayor penetración de los BS en 2014 fue de los FEC (39,00%), seguido de FEE (11,66%) y de somatropina (4,26%); tendencia que se mantiene en 2015 con mayores porcentajes de utilización en los tres grupos: FEC (50,46%), FEE (15,03%) y somatropina (7,19%). La distribución del indicador por tipo de hospital, en función de su complejidad y tamaño, muestra una amplia variabilidad: hospitales larga/media estancia (50,50% y 76,37%), hospitales medianos con nuevos modelos de gestión (34,15% y 35,46%), hospitales medianos tradicionales (27,59% y 29,51%), hospitales grandes (8,46% y 13,15%) y hospitales especializados (1,08% y 4,00%), en 2014 y 2015 respectivamente.

El PCC de somatropina, en vigor desde 2014 ha supuesto un ahorro de 450.000, en 2015 pese a un aumento del 6,3% de los miligramos consumidos.

CONCLUSIONES: Una estrategia que engloba diferentes actuaciones paralelas (indicadores, difusión de la información, PCC) ha permitido la promoción de la utilización de los BS con un incremento del 30% en el valor del indicador en dos años.

La colaboración y el apoyo de los servicios de FH desde el inicio ha sido un punto clave para la implementación de la estrategia y la mejora de los resultados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1166. CICLO DE MEJORA EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO

AUTORES: FERRIS VILLANUEVA E, FERNÁNDEZ-LOBATO - B, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO C, GUERRERO BAUTISTA R, GUTIÉRREZ CÍVICOS MR, PÉREZ PÉREZ IG.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. C/mezquita s/n paraje los arcos. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar y optimizar el circuito de reposición de medicamentos en los sistemas automatizados de dispensación y almacenamiento (SADA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, realizado durante el periodo comprendido de Febrero 2015 a Febrero 2016, de las incidencias registradas en la reposición de medicamentos de los SADA Verticales (SADA-V). Se diseñó una base de datos en las que se registró: tipo de incidencia, medicamento implicado, resolución e intervención farmacéutica (IF). El circuito de reposición de medicamentos de los SADA-V (empleados en los sistemas de dispensación de medicamentos de dosis unitaria SDMDU) comienza con el abastecimiento a través del SADA Horizontal (SADA-H). En esta actividad se generan incidencias que imposibilitan una adecuada reposición.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se generaron 357 incidencias de pedido correspondiente a 37 medicamentos. Estas incidencias se clasificaron en: a) medicamentos con problemas de suministro notificados por la AEMPS incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) de nuestro hospital (21%); b) medicamentos no disponibles en el Servicio de Farmacia debido a demora en el suministro por parte del proveedor (21%); c) medicamentos recepcionados y ubicados en el Servicio de Farmacia pero aún no incluidos en el circuito de reposición de SADA-H (10%); d) medicamentos no disponibles en envase clínico que deben ser acondicionados para su posterior distribución en el SDMDU (29%); e) medicamentos específicos gestionados por tránsito (excluidos de la propuesta de pedido) (11%); f) medicamentos con stocks definidos según periodos estacionales que necesitan ser adaptados a consumos actualizados (8%). Las IF derivadas de estas incidencias han permitido reducir un 73% el número total de incidencias a lo largo del periodo de estudio. Estas IF han sido: para las incidencias a) y b) se optó por la búsqueda de alternativas terapéuticas, reclamación de pedidos y cambios de proveedor. Para las incidencias c) y d) se detectaron los puntos críticos en el circuito de SDMDU y se reorganizó la planificación de tareas y horarios del personal del Servicio de Farmacia. Con esto, se consiguió una disminución en el tiempo de incorporación del medicamento en los SADA y en el tiempo de acondicionamiento de los medicamentos que lo requieren. En el caso de la incidencia tipo e) se realizó un

análisis y actualización en la propuesta de pedido de medicamentos gestionados por tránsito. Y para las incidencias tipo f) se adaptaron los stocks de los medicamentos incluidos en la GFT a los consumos habituales registrados en los últimos meses.

CONCLUSIONES: El porcentaje de incidencia fue elevado e indicador de la necesidad de estrategias de mejora, que fueron instauradas a lo largo del periodo de estudio. Mediante las intervenciones farmacéuticas hemos conseguido optimizar los recursos, reducir el tiempo necesario en la disponibilidad del medicamento en el SDMDU y mejorar el control de todo el circuito de reposición de mínimos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

433. CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA GRIPE ESTACIONAL 2016 EN PACIENTES QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

AUTORES: OCAÑA GÓMEZ MA, RAMOS SANTANA E, PLASENCIA GARCÍA I, SUÁREZ GONZÁLEZ M, GÓMEZ MELINI E, MERINO ALONSO J.

HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SRA DE LA CANDELARIA. Ctra. Gral. del Rosario 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Estudiar el grado de cumplimiento del protocolo de nuestro hospital para la temporada de gripe estacional.

El protocolo establece que ante sospecha de gripe y paciente con factores de riesgo, deben evaluarse los criterios clínicos para el ingreso: radiografía de tórax, analítica con Hemograma, bioquímica que incluya Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y GAB.

Los pacientes que cumplan criterios ingresarán en medicina interna, neumonología si precisa ventilación mecánica y los graves y/o inestables en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI).

Iniciarán al ingreso el tratamiento con oseltamivir a 75 mg cada 12 horas durante 5 días (10 dosis). En casos graves se puede prolongar de 7 a 10 días. Para aclaramientos entre 10 y 30 ml/min reducir a 75 mg cada 24 horas. Añadir levofloxacino 500 mg IV cada 24 horas, si neumonía añadir ceftriaxona IV 1 - 2g /24 horas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo durante el mes de marzo de 2016 de todos los pacientes que ingresan en tratamiento con oseltamivir. Se recogen los datos del paciente, servicio médico, PCR antes del ingreso, radiografía de tórax y tratamiento con oseltamivir, dosis y duración y si tienen tratamiento con otros antibióticos utilizando el programa de Gestión Clínica Drago A.E.

RESULTADOS: Durante el mes de Marzo de 2016, 39 (2.75%) pacientes ingresados tuvieron tratamiento con oseltamivir, 56% mujeres y 39% hombres, edades entre 31-91 años (media 62 años) y dos pacientes pediátricos de 5 y 8 años.

Criterios clínicos de ingreso: a todos los pacientes se les hizo PCR al ingreso con resultado positivo para el virus de la influenza, excepto un paciente de hematología que dio negativo, 66% genotipo A y 34 % genotipo B.

Al 28% de los pacientes no se les hizo radiografía de tórax.

Servicios asignados: 53.8 % en neumología, 17.9% en medicina interna, un paciente en UMI, dos en pediatría, dos en urgencias y geriatría y un paciente en cada uno de los siguientes servicios: cardiología, hematología, oncología y digestivo.

Todos los pacientes recibieron dosis de 75 mg cada 12 horas, a excepción de los dos pacientes pediátricos con dosis ajustada al peso y tres pacientes mujeres de neumología con 150 mg cada 12 horas y uno de UMI. Sólo el 31% de los pacientes recibieron 5 días de tratamiento, 23% 3 ó 4 días, 28% 6 días y el 15% de 7 a 8 días.

El 72% recibieron levofloxacino IV 500 mg como indicaba el protocolo,

Ceftriaxona recibió un 46% de los pacientes, todos ingresados en neumología, excepto dos en geriatría.

CONCLUSIONES: Elaborar un protocolo consensuado entre varios Servicios para el ingreso y posteriormente el tratamiento de la gripe estacional, no ha garantizado su cumplimiento. A pesar de que el centro ha realizado una importante difusión del mismo a través de la intranet, deben revisarse si los motivos que condicionan este cumplimiento y los resultados de salud alcanzados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1077. DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS: UN RETO PARA FARMACIA HOSPITALARIA, DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

AUTORES: GOMEZ RIVAS P, BUSTOS MORELL C, GASTÓN AÑAÑOS JF.

HOSPITAL BARBASTRO. Ctra. Nacional 240, s/n. Huesca. España

INTRODUCCIÓN: En los últimos años han aumentado considerablemente las situaciones de desabastecimiento de medicamentos, que comprometen la calidad y seguridad de la atención al paciente. La AEMPS establece distintos mecanismos para paliar el problema, uno de ellos es la importación a través de medicamentos extranjeros. Aproximadamente en el 16% de los casos se recurre a esta alternativa. Según la Orden de 9 de junio de 2005, del Departamento de Salud y Consumo de Aragón, los medicamentos extranjeros se dispensan a través de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (FH).

OBJETIVOS: Describir el papel de la FH en situaciones de desabastecimiento y cuantificar el aumento de actividad en la consulta de dispensación a pacientes externos (CDPE)

Comparar la adherencia a tratamientos crónicos en dos periodos de dispensación, en farmacia comunitaria (FC) y farmacia hospitalaria (FH).

Identificar posibles áreas de colaboración con Farmacia de Atención Primaria (FAP) y Farmacia Comunitaria (FC)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes a los que se dispensan medicamentos extranjeros en FH como tratamiento crónico por desabastecimiento del mercado nacional (MECDN) entre marzo de 2015 y marzo de 2016. Criterios de exclusión: ausencia de datos de dispensación en receta electrónica (RE), inicio de tratamiento en FH. Recogida de datos: registros de dispensación de RE y de la CDPE. Se calculó el número de dispensaciones de MECDN y el incremento respecto al total. Se comparó la adherencia en el periodo de dispensación en FH respecto a la adherencia en el periodo de un año anterior al inicio de dispensación en FH. Se calculó la adherencia como (número de comprimidos dispensados en el periodo/nº de comprimidos prescritos en el periodo)*100. Se realizó la prueba t de student para muestras pareadas. Se identificaron las actividades de coordinación con FAP.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se realizaron dispensaciones de 7 MECDN: fludrocortisona 0.1mg comprimidos, flupentixol/melitraceno comprimidos, perfenazina 8mg comprimidos, maprotilina 75mg comprimidos, mercaptopurina 50mg comprimidos, flufenazina 25mg inyectable e imipramina 25mg comprimidos. Esta actividad supuso un incremento del 2.2% de las dispensaciones totales en FH. De los 63 pacientes a los que se dispensaron MECDN se excluyeron 36. Así La población en la que se evaluó la adherencia fue de 27 pacientes. La adherencia media en FC fue de 81.7% ($\pm$ 19.4) y en FH de 93.6% ($\pm$ 11.75), lo que supone una diferencia de 11.96% considerada estadísticamente significativa ($p=0.0057$).

La coordinación con FAP fue útil para realizar la previsión de adquisición de MECDN y calcular el aumento de actividad en FH. La colaboración con FC podría ir encaminada a mejorar la adherencia global.

CONCLUSIONES: - La dispensación de MECDN supone un incremento de la actividad en la CDPE.

- En nuestro entorno, la adherencia en los MECDN fue mayor en FH que en FC.

- La FH cubre de forma efectiva las necesidades de los pacientes con tratamientos crónicos en situaciones de desabastecimiento, garantizando la calidad y seguridad en la atención sanitaria.

- La coordinación con FAP y FC podría ser una herramienta para mejorar la asistencia a nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1248. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REVISIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE ALMACENAMIENTO PARA REDUCIR LOS ERRORES DE DISPENSACIÓN

AUTORES: GOMEZ DE SEGURA IRIARTE L, LÁZARO LÓPEZ E, RODRÍGUEZ FERRERAS A, CARRILES FERNÁNDEZ C, VELASCO ROCES L, ZAPICO GARCÍA I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Calle Celestino Villamil, s/n. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: El Servicio de Farmacia ha cambiado recientemente el sistema de almacén, de uno convencional, a un sistema automatizado de almacenamiento horizontal (SAAH). Las peculiaridades de los SAAH generan nuevos errores en el almacenamiento de los medicamentos que derivan en errores de dispensación pudiendo comprometer, a su vez, la seguridad de los pacientes. Tras la detección de varios errores de dispensación por las supervisoras de enfermería de unidades con botiquín, se plantea la elaboración de un protocolo que garantice la revisión mensual de todo el almacén.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Identificación de los posibles errores de almacenamiento en el SAAH, mediante la realización de inventarios aleatorios de diferentes especialidades. Los posibles errores registrados fueron: cuantitativos (por exceso o por defecto) y cualitativos, entre los que se distinguen: medicamento caducado, medicamento incorrecto, dosis o forma farmacéutica incorrecta y medicamento ubicado en hueco vacío para el sistema. Elaboración de un protocolo que establece: el reparto de las cestas de las que dispone el SAAH (de temperatura ambiente y refrigerado) entre las auxiliares de enfermería que trabajan en la zona de dispensación general; la manera de realizar el inventario (por ubicación, por cesta) con el software del SAAH (Mercurio®); la revisión cualitativa, cuantitativa y de la caducidad de los medicamentos de cada hueco y de los huecos vacíos. Se diseñaron unos formularios para el

registro de las incidencias/errores encontrados, de los medicamentos retirados por caducidad y de los medicamentos que caducan en los próximos seis meses. Ejecución: La farmacéutica responsable del mantenimiento del SAAH, junto con el supervisor de enfermería, procedió al reparto de las cestas, de manera que en un mes se revisen todas, y a la elaboración de un calendario de rotaciones para que, cada 3-6 meses, cada auxiliar pase a revisar el siguiente grupo de cestas, para que el reparto del trabajo sea equitativo, dado que el contenido es muy desigual. El 1 de marzo de 2016 se empezaron a realizar los inventarios.

EVOLUCIÓN: Durante el primer mes, el 54,2% de las auxiliares realizó el inventario del 54% de las cestas.

RESULTADOS Y EFECTOS: Se detectaron un total de 53 errores, de los cuales el 35,8% (n=19) fueron cuantitativos, de éstos, en 2 huecos el stock real era 0. El 64,2% (n=34) fueron cualitativos: el 17,6% (n=6) fueron medicamentos ubicados en huecos vacíos para el sistema y el 82,4% restante fueron medicamentos caducados. Se retiraron un total de 28 medicamentos caducados en meses anteriores. No se detectó ningún error por medicamento, dosis o forma farmacéutica equivocada. Se debe realizar una supervisión adecuada para garantizar la revisión de todas las cestas cada mes. El registro de medicamentos que caducan en los próximos seis meses debe transferirse al sistema de gestión SAP® para asegurar su retirada en el mes en el que se cumple la caducidad. La revisión mensual del SAAH previene posibles errores de medicación derivados de la dispensación de un medicamento erróneo o un medicamento caducado y alerta de posibles discrepancias de existencias.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1007. DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE COSTES EN UN SERVICIO DE UCI LIDERADO POR EL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES: MARTINEZ-BROCAL OGAYAR I, MADRID PAREDES A, GONZALEZ CHAVEZ J.

HOSPITAL INTERNACIONAL XANIT. Avda. Argonautas, s/n. Málaga. España

OBJETIVOS: Diseñar e implantar, un procedimiento multidisciplinar de optimización de costes, liderado por el Servicio de Farmacia, que permita mejorar la eficiencia en UCI sin mermar la calidad asistencial.

Metodología: Hospital privado de complejidad IV, donde el farmacéutico realiza la gestión de fármacos y material sanitario. Se diseñó un proceso de optimización de costes liderado por Farmacia en el servicio de UCI, que involucraba a todo el equipo asistencial (médicos, enfermería). Se realizaron 13 reuniones multidisciplinarias en las que se revisaban posibles medidas de ahorro. Se realizó una comparativa del gasto total y gasto por estancia/paciente- día (por fármaco y material) en UCI, entre los 12 meses anteriores y posteriores a la realización de la intervención. Para evaluar si el ahorro económico había afectado a la calidad asistencial, se evaluaron nuestros resultados en el registro ARIAN (Registro Andaluz de Cirugía Cardíaca) y se en el registro ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial) en ambos periodos. Se hizo una comparativa de la diferencia de estancias y gravedad de los pacientes medida según el índice APACHE en UCI en ambos periodos, para comprobar si las diferencias económicas pudieran ser debidas a variaciones en la actividad.

Resultados El ahorro económico obtenido en términos absolutos, tras la implantación del plan de optimización, fue de un 27,93% (37,72% en fármaco y 17,38% en material sanitario), el ahorro económico obtenido referido a estancia paciente día fue de un 28,06% (36,79% en fármaco y 18,12% en material). En el análisis de resultados del registro ARIAN se observaron diferencias estadísticamente significativas en: tasa de ausencia de complicaciones 47,1% en nuestro hospital vs 30,4% en Andalucía en el primer periodo, tasa de ausencia de complicaciones 45,83% en nuestro hospital vs 30,82% en Andalucía en el segundo periodo. La comparativa de las complicaciones tras el ingreso en UCI, no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las situaciones comparadas. Nuestro porcentaje de muertes con respecto al resto de Andalucía fue inferior en ambos periodos, siendo las diferencias estadísticamente significativas (9,94% nuestro hospital vs 11,18 Andalucía en el primer periodo y 9,13 % en nuestro hospital vs 10,65% en Andalucía en el segundo periodo). La evaluación de los resultados en el registro ENVIN, mostró las siguientes diferencias: número de antibióticos por paciente con antibiótico 1,59 en nuestro hospital vs 2,19 a nivel nacional, días de estancia de los pacientes con antibiótico: 6,24 vs 9,52. Las estancias del segundo periodo con respecto al primero se incrementaron en un 0,76%, la media del APACHE del segundo año fue de 13,52 frente a 10,82 en el primer año.

CONCLUSIONES: El procedimiento multidisciplinar liderado por el Servicio de Farmacia, es adecuado para la obtención de resultados económicos favorables. Las medidas de reducción del gasto por estancia, no han afectado a la calidad asistencial ni a los resultados en salud de nuestros pacientes. El perfil de pacientes en cuanto a gravedad y tipo de infección es similar al resto de UCIs españolas, por lo que el estudio podría ser reproducible en otras UCIs.

346. DESCRIPCIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO INTEGRADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE TUBO PNEUMÁTICO

AUTORES: Casals Riera Q, Broto Sumalla T, Fuentes Narbona E, Alonso García S, Roure Nuez C.

Consorci Sanitari de Terrassa. Carretera de Torrebónica s/n. Barcelona. España

-Objetivos/Introducción

El uso del tubo neumático es uno de los sistemas más comunes para permitir la entrega rápida de la medicación entre el Servicio de Farmacia y las diferentes unidades hospitalarias.

Los procesos de solicitud, dispensación y control de stocks asociados a este sistema, funcionan muchas veces independientemente entre ellos.

Por ello son procesos que consumen tiempo de técnico de farmacia, incrementan el riesgo de error de medicación y roturas de stock.

La integración de estos tres procesos a través de la prescripción electrónica, solicitud de medicación online vía intranet y gestión del stock de farmacia, pueden mejorar la eficacia en la dispensación de medicación mediante el tubo neumático y contribuir a la seguridad del paciente.

Los objetivos de este estudio son:

-Describir los procesos integrados que participan en la dispensación de medicamentos mediante el tubo neumático

-Analizar el impacto de la solicitudes de medicación al Servicio de farmacia a través de este sistema

-Metodología:

Análisis cuantitativo de la dispensación de medicación con el tubo neumático desde el Servicio de farmacia durante el período Enero-Setiembre 2015

-RESULTADOS: Se diseñó un sistema electrónico de solicitudes de medicamentos que integra la prescripción electrónica, el formulario de petición de medicamentos por intranet y la gestión del stock en el almacén de farmacia:

el personal de enfermería solicita la medicación utilizando el programa de prescripción electrónica y el formulario de intranet. Una vez el técnico de farmacia recibe la solicitud, ésta se envía al sistema automatizado de dispensación y almacenamiento (Kardex®), generándose automáticamente el consumo en el programa de control de stocks.

Durante el período de estudio, se han registrado un promedio de 1937 solicitudes mensuales de medicación de las cuales un promedio de 1591 se han realizado mediante el sistema integrado.

-CONCLUSIONES: El uso de un sistema electrónico integrado para dispensar medicación a través del tubo neumático ha facilitado la solicitud de medicación por parte de enfermería.

Este sistema ha contribuido a aumentar la seguridad en la dispensación de medicamentos y mejorar el control de stocks.

686. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN FARMACÉUTICO ESPECIALISTA TRAS SU INCORPORACIÓN EN UN HOSPITAL PRIVADO

AUTORES: CÓLOGAN RUIZ M, González Naranjo M, Damas Fuentes R.

HOSPITAL POLICLÍNICO LA PALOMA. Calle Maestro Valle nº 20. Las Palmas. España

El sector privado es uno de los campos en el que los especialistas debemos ampliar nuestros horizontes profesionales, y para ello debemos sufrir un cambio de mentalidad respecto al sistema público.

OBJETIVO: Descripción y análisis de los cambios realizados en la farmacia de un hospital privado de 100 camas tras la incorporación de un farmacéutico especialista durante un periodo de 8 meses.

Método: Para la estimación del ahorro nos hemos basado en el consumo que se realizó un año antes de la incorporación del farmacéutico especialista.

RESULTADO: La principal aportación realizada ha sido a nivel de la gestión. El cambio de la metodología de trabajo en dicha área ha supuesto un ahorro en el hospital, en los 8 meses de presencia de un farmacéutico especialista, de 22.879,09€. La forma en que se ha logrado dicho ahorro ha sido: gestión de medicamentos caducados, revisión de la GFT, devolución de la medicación excedente de la unidosis de planta y adquisición de productos sanitarios con una buena relación calidad-precio. El ahorro correspondiente a la gestión de medicamentos caducados ha sido en estos 8 meses de 13.090,58€. El ahorro correspondiente a la devolución de los medicamentos que estaban en excedente en la planta a farmacia (antes se desechaban) ha sido de 2.439€. Hay que destacar que para poder llevar a cabo dicho proceso se han cambiado numerosas presentaciones (28 especialidades) al formato unidosis ya que las especialidades devueltas sin este formato no se podían reutilizar por no estar identificadas con principio activo, caducidad y lote. La revisión de la GFT ha supuesto un ahorro estimado de 6.679,27€, principalmente se ha basado en reducir número

de especialidades equivalentes entre sí y la exclusión de la guía de especialidades de baja utilidad terapéutica que no tienen indicación en pacientes ingresados. Y finalmente la adquisición de productos sanitarios con mejor relación calidad precio ha supuesto un ahorro de 670,24€.

Otras aportaciones realizadas han sido: acondicionamiento de los stock en planta, mejora de la unidosis (tanto su preparación como mejora en el programa de prescripción electrónica), atención farmacéutica a los pacientes oncológicos así como el acondicionamiento de dicha área, protocolización de todas las actividades realizadas en la farmacia, en definitiva, construir un servicio de farmacia.

CONCLUSIÓN: Nuestra presencia en hospitales privados aporta un control del gasto y una mejora en la calidad asistencial. Debemos posicionarnos para que nuestra profesión sea igual de valorada y reconocida que en el sector público ya que en dichos centros a veces es difícil que valoren la rentabilidad de nuestra actividad a priori. Nos suelen ver como el profesional cuya función se limita a solucionar el suministro de medicamentos, siendo una lucha diaria mostrar que nuestra preparación no se centra sólo en gestión de compras sino que somos un pilar fundamental en el óptimo funcionamiento de un hospital.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

870. DESVÍOS DE PROGRAMACIÓN EN UN HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE E IMPACTO EN EL ÁREA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS

AUTORES: GARCÍA IRANZO EM, Martí Llorca A, Sánchez García AM, Matoses Chirivella C, Murcia López AC, Navarro Ruíz A.

HOSPITAL GRAL. UNIV. DE ELCHE. Camí de L'Amassera, 11. Alicante. España

INTRODUCCIÓN: En el Hospital de Día Polivalente (HDP) se administran tratamientos intravenosos de uso Hospitalario. Algunos de estos tratamientos se preparan en el Servicio de Farmacia, en campana de flujo laminar bajo condiciones de asepsia.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar los desvíos de programación de la cita previa en un HDP y el impacto en el Área de mezclas intravenosas (MIV) del Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 3,5 meses de duración, 1-Enero al 20-Abril-2016, en el que se incluyen todos los pacientes con tratamientos intravenosos que se preparan en el área de MIV y se administran en HDP.

Según el circuito de trabajo: los jueves el farmacéutico confirma las citas del HDP de la siguiente semana, validando la posología, y realizando las órdenes de preparación para toda la semana. HDP confirma diariamente la asistencia de los pacientes citados para elaborar las MIV.

Se considera desvío de programación: ausencia del paciente a la cita o asistencia de pacientes sin cita previa registrada en el programa informático del hospital, no teniendo conocimiento de la misma desde el S. de farmacia. Si un paciente no acude el día programado, no se prepara la MIV. Para pacientes no citados, se prepara fuera del circuito estipulado generando una carga adicional y posibles retrasos en otros tratamientos.

Diariamente se registra: pacientes citados, desvíos de programación y motivo, diagnóstico, tratamiento, y pauta posológica.

El trabajo añadido se cuantifica en Unidades Relativas de Valor (URV) según los tiempos de categoría profesional (farmacéutico, enfermería y auxiliares) en la elaboración de formulaciones estériles, por ello se suman 13.5 URV por cada paciente que viene sin cita previa y 3.5 URV por cada paciente que no asiste a la cita.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio han recibido tratamiento 402 pacientes, media 5.5 pacientes/día. 33(8,2%) han acudido al HDP sin estar citados en 37 ocasiones, de las cuales 19(51.35%) eran por motivos justificados. Todo ello supone un trabajo añadido de 499,5 URV.

Hubo 37(9.20%) pacientes que no asistieron a la cita programada en 47 ocasiones, con motivo justificado en 12 veces (25.53%). 10 pacientes han incumplido la cita dos veces. El trabajo añadido para el Servicio de Farmacia es de 164,5 URV.

El 19,76% de las citas no se cumplen, 11,05% por no asistencia y 8.70% por asistencia sin cita. Los diagnósticos prevalentes fueron artritis reumatoide, enfermedad de Cronh y Lupus eritematoso con 61.42%, 27,14% y 4.28% respectivamente, y los tratamientos Tocilizumab 8mg/kg/4semanas, Infliximab 5mg/kg/8semanas, y Abatacept 750mg/4semanas con 42.85%, 42,00% y 5.71% respectivamente.

CONCLUSIONES: Un 20% del trabajo en nuestro HDP se desvía de la programación, suponiendo un trabajo adicional para el Servicio de Farmacia de más de una jornada laboral en término de URVs, es decir, aproximadamente 4,5 jornadas laborales/año.

16. EFICIENCIA ECONÓMICA BASADA EN LA SELECCIÓN DE PROVEEDOR EN EL TRATAMIENTO DE LA XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA.

AUTORES: TABERNER BONASTRE P, SANGRADOR PELLUZ C, BARRAJÓN PÉREZ L, LORENTE FERNÁNDEZ L, MENGUAL SENDRA A, SOLER COMPANY E.

ARNAU DE VILANOVA. SAN CLEMENTE 12. Valencia. España

OBJETIVOS: El ácido quenodesoxicólico (AQDC) es un principio activo indicado en la xantomatosis cerebrotendinosa (XCT). Es una enfermedad rara de origen metabólico autosómico recesivo con una prevalencia estimada entre 1/70.000 y 5/100.000 habitantes. Se manifiesta habitualmente en la infancia o en las primeras décadas de la vida y los síntomas más tempranos son diarrea crónica y cataratas juveniles. Otros síntomas característicos son la leucodistrofia, retraso mental y la formación de xantomas en el sistema nervioso central, tendones, piel, pulmones y huesos. El objetivo del estudio fue comparar la diferencia del coste directo en la adquisición del AQDC (fórmula magistral frente medicamento extranjero (Xenbilox®)). Como objetivo secundario se estimó el ahorro económico potencial derivado de la dispensación del AQDC en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras ser diagnosticados 4 pacientes de XCT, se consideraron las alternativas para adquirir desde el Servicio de Farmacia (SF) el tratamiento. Se realizó una consulta a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) para conocer cómo procedían otros hospitales y se solicitó presupuesto a nuestros distribuidores habituales de formulas magistrales. Finalmente las opciones eran: comprar el medicamento extranjero a través de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y obtener el AQDC como fórmula magistral. Se realizó un estudio transversal (febrero 2014-marzo 2016). Se registró el número de cápsulas dispensadas con Farmasyst®, programa de dispensación a pacientes externos. Se consultó OrionLogis®, programa de gestión, para determinar el precio de la fórmula magistral y el módulo de medicamentos extranjeros de la AEMPS para conocer el coste de Xenbilox®.

RESULTADOS: Se analizaron las alternativas para adquirir AQDC y se decidió adquirirlo como fórmula magistral. El coste de Xenbilox® 250mg era de 3.518,1 euros/mes de tratamiento/paciente frente a 264,6 euros/mes de tratamiento/paciente de la fórmula magistral. El ahorro económico era de 3.253,5 euros/mes de tratamiento/paciente al adquirir el AQDC como fórmula magistral.

Se diagnosticaron cuatro pacientes con XCT en enero de 2014, tres varones con 21, 27 y 38 años y una mujer con 18 años con parentesco familiar. Se les prescribió AQDC 250 mg/8 horas. Durante el periodo analizado se dispensaron 7.200 cápsulas con un coste de 21.168 euros. El tratamiento con Xenbilox® hubiera supuesto un coste de 259.848 euros. El ahorro fue de 238.680 euros para el tiempo analizado y de 39.519 euros/paciente/año. La selección de la alternativa más económica ha supuesto un ahorro del 9.7% del consumo del Servicio de Neurología en la unidad de dispensación a pacientes ambulatorios.

CONCLUSIONES: La adquisición del AQDC como fórmula magistral supone un importante ahorro económico para el sistema de salud sobretodo si consideramos que este tratamiento es crónico para los pacientes con XCT.

La falta de información disponible sobre cómo adquirir el tratamiento de la XCT, enfermedad rara, puede suponer un coste elevado a la sociedad si los SF lo adquieren como medicamento extranjero. Así pues, resulta crucial la comunicación de las alternativas disponibles en la adquisición del AQDC para que el tratamiento se adquiriera minimizando los costes.

1306. ENCUESTA DE CONTENIDO DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA.

AUTORES: OTERO MILLÁN L, Casanova Martínez C, López De Castro N, Paradela Carreiro A, Feijoo Meléndez D, Piñeiro Corrales G.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Carretera Clara Campoamor nº 341. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Realizar una encuesta para evaluar las preferencias del personal sanitario acerca del contenido de la guía farmacoterapéutica (GFT) en un hospital de tercer nivel. Los resultados de la misma se utilizarán para actualizar la versión web de la GFT del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico y descriptivo de una semana de duración (11/02/2016 a 19/02/2016). Se realizó una encuesta anónima a través de la plataforma virtual de formularios de Google®. La Dirección Médica del hospital la envió al personal sanitario (enfermeros, farmacéuticos, médicos de atención primaria, médicos de especialidad médica y quirúrgica y sus respectivos residentes) a través del correo corporativo. Los ítems que se valoraron en la encuesta fueron: Alternativas terapéuticas a medicamentos no incluidos en GFT (AT), Mecanismo de acción (MA), Indicaciones aprobadas (IA), Posología habitual (P), Vía de administración (V), Administración por sonda (S),

Efectos adversos (EA), Ajuste en insuficiencia renal/hepática (IR/IH), Interacciones (I), Precio (P), Excipientes de declaración obligatoria (EDO), Condiciones especiales de conservación (C), Compatibilidad para fármacos de administración IV (IV) e inclusión fórmulas magistrales elaboradas en el hospital (FM). También se evaluó la posibilidad de disponer la GFT en un formato descargable (tabletas/móviles). Cada uno de los ítems se valoró de 1-5 (siendo 1 interés nulo y 5 interés máximo), analizando estadísticamente los resultados mediante una hoja de cálculo.

RESULTADOS: Se obtuvo un total de 157 respuestas: 11,5% enfermeras, 7% farmacéuticos adjuntos, 3,2% farmacéuticos residentes, 31,2% médicos de atención primaria, 29,9% médicos adjuntos de especialidad médica, 3,8% médicos residentes de especialidad médica, 12,7% médicos adjuntos de especialidad quirúrgica y 0,6% médicos residentes de especialidad quirúrgica.

La media de cada uno de los ítems fue de: P 4,55; V 4,47; I 4,41; EA 4,36; IR/IH 4,35; IA 4,24; AT 4,14; IV 4,04; S 3,88; FM 3,82; C 3,75; MA 3,48; EDO 3,43; 3,05.

En los grupos encuestados, los ítems de mayor interés fueron:

- Enfermería: V (5)

- Farmacéuticos (adjuntos y residentes): P (4,75±0,58)

- Médicos de atención especializada y primaria (adjuntos y residentes): P (4,54±0,76)

Todos los grupos encuestados coinciden en que el precio es el ítem de menor interés. La disponibilidad de la guía en formato descargable fue valorado positivamente por el 95% de los encuestados.

CONCLUSIONES: - Es importante conocer la opinión del personal sanitario para actualizar la GFT en función de sus preferencias.

- El hecho de que el personal de enfermería tenga unas preferencias distintas a las del resto de personal sanitario (farmacéuticos y médicos) sugiere que puede resultar útil realizar una guía específica sobre la administración de fármacos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

39. ESTIMACION DE LOS COSTES DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: ALONSO HERREROS JM, ABELLON RUIZ J, RUIZ RAMIREZ JC, SOLER SOLER MDM.

HOSPITAL LOS ARCOS - MAR MENOR. Paraje Torre Octavio S/N. Murcia. España

OBJETIVOS: Establecer los costes de preparación de diversas clases de medicamentos en un servicio de farmacia con el fin de analizar y mejorar la eficiencia de los procesos, y utilizarlo como base para la facturación de una posible fabricación a terceros.

MATERIAL Y METODOS.

Se utilizó el método descrito por Sanjuro M y col en □Estimación de Costes Asociados a Fármacos en el Ámbito Hospitalario. Propuesta de un Modelo. Farmacoeconomía 1995; 1: 9-22□. Se definieron cuatro tipos de productos, homogéneos en los recursos utilizados: preparados no estériles (lotes), preparados estériles (lotes), nutriciones parenterales, citostáticos. Se optó por calcular un coste por tipo de preparación, de tal forma que el coste de un medicamento preparado fuese el coste de la materia prima utilizada más el correspondiente al tipo de preparación. Los costes directos, indirectos, y las unidades fabricadas de cada tipo de preparación se obtuvieron de los registros del hospital durante un año. Cada tipo de coste se imputó manualmente al tipo de preparación de tal forma que los costes mas generales (desinfectantes, mantenimiento de las salas) se imputaron al total de las preparaciones, mientras que los costes de los fungibles mas específicos (filtros de venteo, bolsas de citostáticos o nutrición) se imputaron solo a este tipo de preparados. El material o productos caducados se consideraron costes generales imputables al total de las preparaciones.

RESULTADOS.

Se obtuvieron los siguiente costes por tipo de preparación: coste por preparación (lote); 4,87 ¢. Sobre coste por preparación estériles (lote); 2,16 ¢ (coste total por lote estéril 7,03 ¢); coste por NP; 4,91 ¢; coste por citostático; 5,10 ¢.

CONCLUSIONES: El método utilizado permite establecer los costes reales de preparación de medicamentos en el ámbito de la farmacia hospitalaria. El determinar estos costes es la primera condición para establecer políticas de eficiencia en el área



1035. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS Y SEDANTES EN UN AREA DE SALUD

AUTORES: ALMANCHEL RIVADENEYRA M, TOMÁS LUIZ A, MUÑOZ CONTRERAS MC, RUIZ JIMÉNEZ MDM, MAN-CEBO GONZÁLEZ A, DE LA RUBIA NIETO MA.

VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120. Murcia. España

OBJETIVO: Analizar la tendencia del consumo de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes (AAHS) en una de las Áreas de Salud (AS) de nuestra Comunidad Autónoma respecto a la nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de utilización de AAHS en el AS, con una población de 239.723 habitantes. Se compararon los datos disponibles del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con los del AS para el grupo N05B(Ansiolíticos), N05C(hipnóticos y sedantes) y N06A(antidepresivos). 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:

$DHD = (mg \text{ dispensados} \times 1000) / (DDD(mg) \times \text{días de estudio} \times n^\circ \text{ de habitantes})$.

RESULTADOS: -Ansiolíticos(N05B):En el AS aumentó el consumo durante el periodo 2004-2009, en 2010 descendió y de 2010-2012 se mantuvo estable, retomando una tendencia creciente en 2013; mientras que la tendencia española fue siempre creciente, aunque el consumo fue siempre inferior al del AS, con 45.61DHD vs 44.71 en 2004, 48.05DHD vs 45.98 en 2005, 53.94DHD vs 48.03 en 2006, 57.35DHD vs 49.25 en 2007, 55.49DHD vs 50.17 en 2008, 62.05DHD vs 53.43 en 2009, 57.84DHD vs 54.09 en 2010, 57.64DHD vs 54.22 en 2011, 57,54DHD vs 59.95 en 2012, en el AS y España respectivamente; desde entonces la DHD ha mantenido un incremento anual aproximado del 1,87% en el AS.

-Hipnóticos y sedantes(N05C):La tendencia del AS ha sido creciente con algunas fluctuaciones, mientras que en España fue siempre creciente. Este fue el único grupo en el que el consumo de España fue superior todos los años al del AS. El consumo del AS con respecto al español fue respectivamente: 18.14DHD vs 20.11 en 2004, 19.31DHD vs 21.07 en 2005, 20.40DHD vs 22.57 en 2006, 21.66DHD vs 23.72 en 2007, 21.17DHD vs 24.94 en 2008, 23.93DHD vs 26.89 en 2009, 22.69DHD vs 27.89 en 2010, 23.38DHD vs 28.68 en 2011, 23.63DHD vs 31.37 en 2012; la DHD ha mantenido un incremento anual aproximado del 0.92% en el AS.

-Antidepresivos(N06A):En el AS aumentó el consumo durante el periodo 2004-2009, descendió en 2010, fluctuando en los años siguientes, hasta 2012 que volvió a una tendencia creciente; mientras que la tendencia española fue siempre creciente, con un consumo superior al AS a partir del año 2010; con 47.26DHD vs 44.36 en 2004, 50.80 vs 45.51 en 2005, 55.28 vs 49.41 en 2006, 58.64DHD vs 51.68 en 2007, 57.93DHD vs 55.21 en 2008, 67.32DHD vs 60.67 en 2009, 63.88DHD vs 64.33 en 2010, 66.83DHD vs 67.54 en 2011, 68.84DHD vs 71.79 en 2012, 72.64DHD vs 79.57 en 2013 del AS y España respectivamente; desde entonces la DHD del AS ha tenido un incremento anual del 6.67%.

CONCLUSIONES: 1.El uso de AAHS se ha incrementado en los últimos años y actualmente continua esa tendencia en el AS.

2.Sería conveniente potenciar el trabajo conjunto entre atención primaria y especializada, analizando las causas de este incremento, con el fin de mejorar la prescripción de estos fármacos.

149. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NATALIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES: CÁRDABA GARCÍA ME, LÓPEZ GONZÁLEZ AM, VARELA GONZÁLEZ-ALLER J, SÁNCHEZ SÁNCHEZ MT.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID. AV. RAMÓN Y CAJAL, 3. Valladolid. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de natalizumab en pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) en un Hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de Diciembre-2007 a Marzo-2016. Se incluyen todos los pacientes que han recibido como mínimo una dosis de natalizumab (300 mg cada 4 semanas) en el Hospital de Día. La población a estudio se obtiene del módulo ☐ Pacientes Ambulantes ☐ del aplicativo informático Farmatools® versión 2.5. Las variables se recogen de la historia clínica informatizada (Gestión de Informes Clínicos® versión 5.51) y de la historia en papel de pacientes externos y ambulantes del Servicio de Farmacia. Se registran las siguientes variables: edad, género, tratamientos inmunomoduladores y/o inmunosupresores (mitoxantrona, ciclofosfamida o azatioprina) utilizados antes de natalizumab, tiempo transcurrido hasta iniciar

natalizumab, Expanded Disability Status Scale (EDSS) al inicio de natalizumab, motivo de suspensión del tratamiento y terapia iniciada tras suspender natalizumab.

RESULTADOS: Se incluyen 54 pacientes, se pierden 7/54 pacientes, tratados puntualmente y sin seguimiento en nuestro hospital. La población final a evaluar es de 47 pacientes (34 mujeres, 13 hombres), mediana de edad 34,7 [29,3-41,2] años. 43/47 pacientes reciben tratamientos previos a natalizumab: 16/43 interferón β -1b 250 mcg subcutáneo, 15/43 interferón β -1a 30 mcg intramuscular, 14/43 acetato de glatirámico, 12/43 interferón β -1a 44 mcg subcutáneo, 6/43 interferón β -1a 22 mcg subcutáneo, 4/43 teriflunomida, 1/43 fingolimod. La media de tratamientos previos recibidos por paciente es 1,5 $\pm$ 0,7. 4/47 pacientes diagnosticados de EMRR grave de evolución rápida inician directamente con natalizumab. Ningún paciente se trató con inmunosupresores. La mediana del tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la introducción de natalizumab fue 3,8 [2,4-6,2] años. El EDSS promedio al inicio de tratamiento con natalizumab fue 3,1 $\pm$ 1,6.

Durante el período de estudio se suspende natalizumab en 19/47 pacientes, con una duración media de tratamiento de 2,3 $\pm$ 1,6 años. En 9/19 pacientes natalizumab se suspende por riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), en 5/19 por fallo terapéutico, en 2/19 por reacción adversa a medicamento (RAM), en 2/19 por RAM más fallo terapéutico y en 1/19 por inicio de quimioterapia. Todos los pacientes que suspenden el tratamiento por RAM (3/4 reacción a la perfusión, 1/4 respuesta paradójica a natalizumab) presentan anticuerpos anti-natalizumab. Tras suspender natalizumab, 12/19 pacientes inician tratamiento con fingolimod, 1/19 con alemtuzumab, 2/19 con interferón β -1b 250 mcg subcutáneo (por progresión a esclerosis múltiple secundaria progresiva con brotes).

CONCLUSIONES

-Natalizumab se utiliza mayoritariamente para tratar a pacientes con EMRR, que fracasan a las primeras líneas de tratamiento, con un EDSS $\leq$ 5 y utilización promedio de uno ó dos inmunomoduladores previos.

-El tiempo desde que se inicia tratamiento farmacológico hasta progresión, donde es necesario utilizar una segunda línea de tratamiento, es de 4 años, aunque presenta gran variabilidad.

-En casi la mitad de los pacientes, el motivo de suspensión de tratamiento con natalizumab, es el aumento del riesgo de desarrollar LMP. Las RAM que han forzado a suspender el tratamiento se han registrado únicamente en pacientes que presentan anticuerpos anti-natalizumab.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

902. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RANIBIZUMAB (LUCENTIS®)

AUTORES: Martí Llorca A, García Irazo E, Martínez Valero A, Murcia López AC, Matoses Chirivella C, Navarro Ruiz A.

Hospital General Universitario de Elche. C/ Camí de l'Almassera, 11. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar el uso de ranibizumab en pacientes de oftalmología y analizar el impacto económico que supone la estrategia de fraccionamiento de viales para el servicio de farmacia de nuestro departamento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de cuatro años de duración (2011-2014) en un departamento de salud con aproximadamente 200.000 pacientes adscritos.

Desde el servicio de farmacia se registran todas las administraciones de ranibizumab en pacientes tratados por el servicio de oftalmología con este fármaco. Desde 2012 los viales de ranibizumab se fraccionan en varias jeringas precargadas sin espacio muerto, mientras que antes se utilizaba un vial para cada administración.

Los datos recogidos fueron: número de pacientes tratados, número de administraciones y coste de las adquisiciones. Con estos datos, estudiamos la evolución temporal de la utilización de ranibizumab y el consumo del mismo.

Finalmente, calculamos el gasto que hubiera supuesto no fraccionar los viales.

RESULTADOS: En el estudio se recogen datos 2344 administraciones de ranibizumab en 1082 pacientes diferentes, con una media de 2,17 administraciones por paciente a lo largo de estos años.

La evolución del número de pacientes fue: 127 pacientes en 2011, 276 pacientes en 2012, 318 pacientes en 2013 y 361 pacientes en 2014. Por periodos, se observa un incremento de 117,32% entre 2011-2012, de 15,22% entre 2012-2013, y de un 13,52% entre 2013-2014.

Por otra parte, las administraciones en los diferentes años fueron: 239 en 2011, 584 en 2012, 685 en 2013 y 836 en 2014. Es decir, entre 2011-2012 se produjo un incremento del 144,35%, entre 2012-2013 fue del 17,29%, y entre 2013-2014 fue del 22,04%.

En cuanto al gasto económico en 2011 fue de 160.130€, en 2012 de 144.720€, en 2013 de 159.460€ y en 2014 de 187.600€, teniendo en cuenta que las jeringas se fraccionan a partir de 2012.

Por último, en caso de no fraccionar los viales, el gasto hubiera sido de 391.280€ en 2012, de 458.950€ en 2013 y de 560.120€ en 2014.

CONCLUSIONES: En nuestro departamento, se observa un claro aumento en el número de pacientes y por tanto, en el número de administraciones de ranibizumab. Sin embargo, no se muestra un aumento acusado del gasto gracias a la estrategia de fraccionamiento de viales.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

577. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TICAGRELOR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, SANTOS RUBIO MD, GUIADO GIL AB, GAMERO CERRADA JM, MARTINEZ TURRIÓN J, HERRERA HIDALGO L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. Avda. Manuel Siurot, s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar el uso de Ticagrelor en un hospital de tercer nivel.

Evaluar la adecuación al protocolo provincial de Infarto agudo de miocardio.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se utilizó el programa ATHOS-APD® para obtener los pacientes que iniciaron tratamiento con ticagrelor en un periodo de seis meses (julio a diciembre 2015).

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, realización de cateterismo diagnóstico (SI/NO), realización de cateterismo terapéutico (SI/NO), arteria afectada y supervivencia.

Se evaluó la adecuación del uso de ticagrelor al protocolo provincial de infarto de miocardio. Para ello en el caso del Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento T (SCASEST) se hizo balance del riesgo isquémico/hemorrágico y en el caso del Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento t (SCACEST) se valoró el procedimiento de revascularización empleado. (ICP primaria, fibrinólisis o no procedimiento de revascularización)

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS23®.

RESULTADOS: 136 pacientes iniciaron tratamiento con ticagrelor en el periodo analizado. Entre ellos había 34 mujeres (25% de los casos) y 102 hombres (75%). La edad media fue 65.9 años (Rango 38-88 años) El 100% de los pacientes recibieron doble antiagregación con Ácido acetilsalicílico asociado al ticagrelor.

El diagnóstico fue en 133 casos infarto agudo de miocardio. Un 30% de estos fue SCACEST. Un 67.6% SCASEST.

Al 94.9% de los pacientes se les realizó un cateterismo diagnóstico. Al 75.96% de éstos en este mismo acto se llevó a cabo un cateterismo terapéutico. En el 5.42% de los casos se demoró la intervención a un segundo cateterismo. En el 20.93% de los casos no fue necesario realizar un cateterismo terapéutico por estar las arterias en condiciones no limitantes.

En un 52.3% de los pacientes solo hubo una arteria afectada. El vaso afectado fue en el 22.1% de los casos la Arteria Descendente Anterior (ADA). En el 19.1% la Arteria Coronaria Derecha (ACD), en un 9.6% la Arteria Circunfleja (ACX) y en un 1.5% el Tronco Coronario Izquierdo (TCI).

En un 26.5% de los casos hubo dos arterias afectadas: En un 9.6% de los casos la ACD+ADA, un 6.2% la ACX+ADA, 4.4% ACX+ACD, 2.2% ACD+TCI, 2.2% ACX+TCI y 1.5% ADA+TCI.

Un 8.7% de los pacientes tenían afectación de más de dos arterias.

En un 9,6% de los pacientes no se encontró afectación arterial.

Solo uno de los pacientes falleció durante el ingreso. El exitus fue consecuencia de shock cardiogénico. El porcentaje de supervivencia fue 99.3%.

El protocolo se cumplió en 120 pacientes (88.2% de los casos). En 16 pacientes se prescribió ticagrelor sin estar justificado por el protocolo, pero en el 100% de estos casos se suspendió el tratamiento antes del alta.

CONCLUSIONES: El empleo de ticagrelor se adecuó al protocolo en el 88.2% de los casos siendo tras el alta el cumplimiento del 100%.

La evolución fue favorable en el 99.3% de los casos. El buen cumplimiento del protocolo implantado y el estrecho seguimiento por el servicio de farmacia han contribuido a racionalizar el uso de este fármaco.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1169. EVALUACION DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LINEZOLID EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

AUTORES: Aguilar-Valle . E, Dani-Ben Abdel-lah . L, Sanchéz-Yañez . E, Pedrosa Ruiz M, Estaun Martinez C, Fernández-Ovies . JM. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus Teatinos s/n. Málaga. España

OBJETIVOS: 1. Evaluar la adecuación de las prescripciones de linezolid en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía. 2. Determinar el coste adicional que supone el tratamiento inapropiado.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se revisaron las prescripciones de linezolid en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía de un Hospital de Especialidades de >500camas

durante el año 2015. De cada paciente se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, fecha inicio y fin de tratamiento, prescripción de linezolid al alta (Si/No), vía de administración, exitus (Si/No), creatinina sérica (CrS), filtración glomerular (FG), cultivo, antibiograma, diagnóstico y tratamiento empírico/dirigido. Para evaluar la adecuación de los tratamientos se utilizó como referente la Guía de Prevención, Profilaxis y Tratamiento Antibiótico Empírico de nuestro centro. Indicación de linezolid: 1) Neumonía asociada a ventilación mecánica. 2) Infecciones sistémicas (articular, hueso, piel y tejidos blandos, ocular) por *Staphylococcus*. metilicilina-resistente y contraindicación de vancomicina (Alergia, insuficiencia renal $CrS \geq 2 \text{ mg/dl}$) o necesidad de tratamiento por vía oral. 3) Infecciones sistémicas por *Enterococcus* spp con indicación de vancomicina alternativa en casos de resistencia, alergia o insuficiencia renal. 4) Pacientes con indicación de glucopéptidos sin acceso venoso y contraindicación de la vía intramuscular. Según la función renal (FR) se consideraron candidatos a vancomicina todos aquellos pacientes con FR normal y FR ligeramente disminuida: $FG > 90 \text{ ml/min/m}^2$ y $90 > FG > 60 \text{ ml/min/m}^2$, respectivamente. Los datos se obtuvieron de los módulos de prescripción electrónica -Gestión-Pacientes-Unidosis- y -Gestión-económica- (Farmatools-Domion®), de la aplicación del laboratorio Servolab® y de la historia clínica a través de la aplicación Diraya-Estación-Médica®. **RESULTADOS:** Se revisaron 56 prescripciones correspondientes a 54 pacientes, 59% (n=32) hombres y 41% (n=22) mujeres. Se excluyeron 3 pacientes por falta de datos. Edad media 64,66 años. Media duración del tratamiento con linezolid fue de 7,75 días. El 11% (n=6) de los pacientes continuaron tratamiento domiciliario con linezolid oral. Del total de pacientes 22,22% (n=12) fueron exitus durante el episodio de ingreso. FR normal 44,44% (n=24) y FR ligeramente disminuida 27,77% (n=15). Tratamientos empíricos 60,38% (n=32) vs 39,62% (n=21) tratamientos dirigidos. Un total de 73% (n=41) prescripciones se consideraron no idóneas por los siguientes motivos: 1. Pacientes candidatos a otros antibióticos: a. El 32% (n=18) eran candidatos a vancomicina evaluando las características de la infección, el microorganismo aislado y la FR. b. El 9% (n=5) eran candidatos a ampicilina evaluando las características de la infección y el microorganismo aislado. 2. En el 3,5% (n=2) de los episodios el tratamiento empírico no estaba justificado, por las características de la infección. 3. En 12,5% (n=7) el MO aislado no era sensible a linezolid. La duración media de las prescripciones inapropiadas de linezolid fue de 8,13 días, con un gasto de 832, por episodio. En caso de haber prescrito vancomicina o ampicilina, según proceda, el gasto para estos episodios hubiese supuesto 27,52 y 28,80, respectivamente.

CONCLUSIONES: En el análisis, se ha detectado un 73,21% de prescripciones inadecuadas de Linezolid, de las cuales el 43,90% correspondían a episodios en los que se podría haber empleado, de forma segura, otra alternativa terapéutica más eficiente: vancomicina o ampicilina. En términos absolutos el uso inadecuado de linezolid supuso un coste adicional aproximado de 33.500, que representó el 6,2% del consumo anual del Servicio de Cirugía.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

461. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA (PROYECTO SATISFAR).

AUTORES: MARTINEZ LOPEZ DE CASTRO N, ALVAREZ PAYERO M, MARTÍN VILA A, GAYOSO REY M, FARIÑA CONDE M, PIÑEIRO CORRALES G.

EOXI DE VIGO. Meixoeiro s/n. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Para conocer la calidad de la asistencia sanitaria es imprescindible incorporar el punto de vista del paciente. Nuestra Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia (UPEF) está organizada en 3 consultas generales polivalentes (CGP) donde se presta atención a pacientes externos de cualquier patología y 2 consultas monográficas (CM) para pacientes con diagnóstico de hepatitis C y enfermedades inflamatorias crónicas. A través de una encuesta se pretende evaluar la satisfacción de los usuarios de la UPEF y analizar la percepción de los usuarios ante la puesta en marcha del sistema de CM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se diseñó un cuestionario consensuado por un grupo de 5 farmacéuticos expertos. El cuestionario constó de 10 ítems para explorar la accesibilidad, la relación interpersonal profesional-paciente, y la comodidad del proceso. Cada ítem fue valorado con una escala tipo Likert. Se añadieron variables sociodemográficas, socioeconómicas y una escala analógica para la valoración global (escala 1 a 10). El cuestionario fue anónimo y autocumplimentable. Se incluyeron pacientes o cuidadores adultos con al menos 3 visitas a la UPEF y que acudieron durante el mes de mayo de 2015. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis ANOVA para establecer los criterios que pueden influir en la satisfacción de los usuarios. El estudio contó con la aprobación del comité ético de referencia.

RESULTADOS: Se repartieron 586 encuestas, la tasa de respuesta fue del 86,7%. Un 63,7% de los pacientes acudieron a las CGP. El 81,7% eran pacientes y el resto cuidadores; 53% varones y la edad media fue de 50 años (DE 12,8 años). Sólo un 11,7% acudían a pie a la UPEF. Un 41,4% de los pacientes tardaban entre 16 y 30 minutos en llegar

al hospital. Un 39,2% tenían estudios primarios, 37,8% estudios secundarios y resto universitarios. El 33,0% de los pacientes estaba trabajando, de éstos un 22,4% decían tener problemas para recoger la medicación por motivos laborales. La valoración según escala Likert fue: señalización de la consulta: $2,13 \pm 1,21$; la sala de espera: $2,2 \pm 1,0$; el tiempo de espera: $1,98 \pm 1,21$; horario de apertura: $2,18 \pm 1,28$; condiciones de confidencialidad: $2,9 \pm 1,0$; tiempo entre prescripción y dispensación: $3,0 \pm 1,0$; trato del farmacéutico: $3,3 \pm 0,9$; tiempo dedicado por el farmacéutico: $3,2 \pm 0,9$; resolución de dudas: $3,1 \pm 0,9$ e información suministrada: $3,1 \pm 1,0$. La satisfacción global media fue de 8,1 (IC 95%, 7,9, 8,2) y según tipo de consultas: CG: 7,8 (IC 95% 7,6- 8,0), Consulta de Hepatitis C: 8,1 (IC 95% 7,8- 8,5) y Consulta de Terapias Biológicas: 8,9 (IC 95% 8,5-9,3); $p < 0,001$.

CONCLUSIONES: El uso de un cuestionario para conocer la satisfacción de los usuarios de nuestras consultas nos ha orientado sobre cuáles son los puntos débiles del sistema en los que debemos actuar para mejorar la calidad de la atención. La creación de consultas monográficas ha revertido en una mayor satisfacción en los usuarios, con lo que creemos que es un área a continuar desarrollando.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

100. EVALUACIÓN DE UNA NUEVA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL

AUTORES: GARABITO SANCHEZ MJ, CORRAL BAENA S, CANTUDO CUENCA MD.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFFE. AVDA. SAN JUAN DE DIOS S/N. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de una nueva intervención farmacéutica (IF) en un programa de terapia secuencial (PTS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio cuasiexperimental, de antes y después para evaluar el impacto de una nueva IF en un PTS en pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de un hospital comarcal. Se consensuó con el servicio de medicina interna los pacientes candidatos a realizar terapia secuencial, los fármacos en los que se iba actuar y la estrategia de IF a realizar. Los medicamentos seleccionados fueron paracetamol y levofloxacino, por disponer de formulaciones por vía oral del mismo principio activo, una biodisponibilidad adecuada para proporcionar el efecto farmacológico, un número de pacientes candidatos elevado y una diferencia en los costes del tratamiento/día entre ambas formas de dosificación superior al 50%. En el primer periodo de estudio (enero-noviembre 2013), la IF consistió en avisar al médico mediante una nota informativa en la hoja de prescripción electrónica. En el segundo periodo (enero-noviembre 2014), se aplicó una nueva IF que consistió en realizar el cambio directo de vía intravenosa (IV) a oral en la prescripción electrónica del paciente por el farmacéutico, cuando se cumplían los criterios del consenso. Para la detección de los pacientes candidatos se utilizó un listado obtenido del sistema de prescripción electrónica cuyos campos eran: NHC, nombre del paciente, fecha inicio y fin de la prescripción del fármaco IV, fecha inicio y fin del tipo de dieta, GFH, cama y médico prescriptor. La efectividad de la nueva IF se midió a través del número de intervenciones realizadas de TS en pacientes candidatos y grado de aceptación, y la relación dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD 100 E) de vía oral frente a la vía intravenosa, entre los dos periodos de tiempo estudiados. La eficiencia se midió con la diferencia de costes de los tratamientos IV y orales de cada fármaco entre los dos periodos de estudio. En la determinación de costes no se consideró ni el tiempo de enfermería ni el material invertido en la administración. Se consideró intervención aceptada si tras 24 horas de la intervención el fármaco estaba prescrito vía oral o suspendido.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 132 IF (84% paracetamol, 16% levofloxacino) en primer periodo y 280 (80% paracetamol, 20% levofloxacino) en el segundo. El grado de aceptación, fue del 61% en primer periodo frente a 84% en el segundo. La relación de DDD 100 E oral frente a DDD 100 E intravenoso para paracetamol fue de 0,84 en primer periodo frente 1,13 en segundo periodo y para levofloxacino 1,92 frente 2,26. El consumo de levofloxacino y paracetamol disminuyó en un 48 y 44% respectivamente entre el primer periodo y el segundo.

CONCLUSIONES: La IF de cambio directo de vía intravenosa a oral en la prescripción electrónica del paciente en un PTS es una intervención más efectiva y eficiente que la IF de avisar al médico mediante una nota informativa en la hoja de prescripción electrónica.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

104. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE DOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN TRASPLANTE HEPÁTICO

AUTORES: GÓMEZ MELINI E, Plasencia García I, Tévar Afonso E, De León Gil A, Ramos Santana E, Merino Alonso J.

HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. Carretera del Rosario 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Comparar si un protocolo inmunosupresor de trasplante hepático (TOH) basado en la administración universal de basiliximab permite reducir el coste global del proceso frente al protocolo anterior basado en el empleo de basiliximab sólo en pacientes de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: El cambio de protocolo fue solicitado por Digestivo basándose en la publicación de estudios observacionales y aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica al amparo del RD 1015/2009 de Medicamentos en situaciones especiales, puesto que no tiene autorizada la indicación en TOH.

Protocolo 1 (2013): administración de basiliximab solo a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo (Insuficiencia renal (IR) pre-trasplante; IR post-trasplante inmediato; ascitis refractaria). La dosis a administrar es de dos perfusiones de 20 mg (días 0 y +4 post-trasplante)

Protocolo 2 (2014): administración de 20 mg de basiliximab a todos los pacientes trasplantados (día 0) y una segunda dosis de 20 mg (día +4) solo a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo.

Se dispone de un registro de los pacientes trasplantados donde se recoge edad, sexo, diagnóstico, presencia de insuficiencia renal, ascitis y diabetes previa al trasplante, estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UVI) y estancia global.

34 pacientes siguieron protocolo 1 y 33 el protocolo 2.

El coste del vial de basiliximab es de 1159,3€. El coste por estancia se obtuvo del Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma sobre precios públicos de servicios sanitarios, de manera que el coste por estancia en UVI fue 2241,87€, y en hospitalización de 649,9€.

RESULTADOS: No se encontraron diferencias significativas de los parámetros analizados entre ambos grupos.

Protocolo 1: 27 dosis de basiliximab (31.301,1), 0,79 de dosis media (915,85/paciente), la estancia media en UVI fue de 4,05 días y la estancia media en planta fue de 22,32 días (23.584,1/total estancias). Coste medio total por paciente de 24.499,95€.

Protocolo 2: 52 dosis de basiliximab (60.283,6), 1,57 de dosis media, (1820,1/paciente), la estancia media en UVI fue de 4,21 días y la estancia media en planta fue de 20,87 días (23002,4/total estancias). Coste medio total por paciente de 24.822,51€.

CONCLUSIONES: El cambio de protocolo ha supuesto un mayor gasto en basiliximab sin obtener los resultados esperados por reducción de estancias. Tras estos resultados se propondrá al Servicio de Digestivo volver al protocolo de inmunosupresión basado en el empleo de basiliximab sólo en pacientes de riesgo.

Las Guías publicadas posteriormente no aclaran la recomendación del empleo universal de basiliximab, ya que la V Reunión Consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático publicado a finales del 2015 concluye que no hay consenso acerca de su uso generalizado, mientras que la Guía Europea de trasplante hepático publicada a principios de 2016 recomienda con un grado I el empleo de anticuerpos IL-2R en cuanto a mejor evolución de perfil renal y de diabetes postrasplante sin diferencias en la supervivencia del injerto y del paciente. Expone también cierta preocupación por el alto coste de los IL-2R y su posible influencia negativa en la tolerancia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1075. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

AUTORES: MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, GÓNZALEZ PÉREZ-CRESPO MC, FERNÁNDEZ-LOBATO . B, GARCÍA MÁRQUEZ A, GUERRERO BAUTISTA R.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la cantidad y calidad de las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal (IR) tras la implantación de un ciclo de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo comparativo en un hospital de tercer nivel asistencial de las IF en el tratamiento de pacientes con IR en dos periodos de estudio, entre mayo-diciembre 2014 y mayo-diciembre 2015, tras la implantación de un ciclo de mejora basado en el inicio de elaboración de una guía farmacológica de ajuste posológico en situaciones de IR según aclaramiento de creatinina y la sistematización de la aceptación de las intervenciones por parte del facultativo prescriptor en el programa de historias clínicas (Selene®).

Se ha elaborado una base de datos extraídos del formulario de Selene® FAR CLÍNICOS donde quedan recogidos mensualmente: número de intervenciones correspondiente a la codificación ☐Ajuste Función renal☐, número de intervenciones sin recomendación de ajuste (codificado como ☐Validado tratamiento. Ajuste posológico adecuado a la función renal del paciente☐, número de intervenciones aceptadas, cuantificación de los fármacos que precisan ajuste posológico.

RESULTADOS: Durante el primer periodo (Mayo-diciembre 2014) el número de IF totales fueron 347 con una grado de aceptación del 47,3% con la siguiente distribución mensual: Mayo 38 (68,4%), Junio 76 (43,4%), Julio 35

(51,4%), Agosto 11 (44%), Septiembre 13 (23,1%), Octubre 29 (51,7%), Noviembre 56 (62,5%) y Diciembre 16 (37,5%).

En el segundo periodo (Mayo-diciembre 2015) se realizaron 524 IF y con grado de aceptación del 84,5%, repartidas mensualmente: Mayo 16 (68,7%), Junio 13 (100%), Julio 111 (91,9%), Agosto 178 (89,9%), Septiembre 16 (75%), Octubre 139 (77%), Noviembre 29 (75,9%), y Diciembre 22 (72,7%).

En cada periodo el número de IF, tras la validación, en los que no se ha precisado ajuste posológico ha sido (Mayo-diciembre 2014) 134 (38,6%) y (Mayo-diciembre 2015) 317 (60,5%).

Los principios activos con mayor número de intervenciones y su grado de aceptación (%) en el primer periodo fueron: Levofloxacino 36 (38,9%), enoxaparina 26 (46,2%), amoxicilina/clavulánico 13 (7,7%), piperacilina/tazobactam 13 (23,1%), metoclopramida 8 (25%), imipenem 7 (0%). En el segundo periodo, los resultados fueron: Levofloxacino 29 (65,5%), alopurinol 24 (58,3%), enoxaparina 21 (71,4%), amoxicilina/clavulánico 19 (73,7%), imipenem 14 (71,4%) y eplerenona 7 (28,6%).

CONCLUSIONES: El número de IF ha aumentado tras el ciclo de mejora, acompañado de un aumento en el grado de aceptación de las mismas.

Las intervenciones que no requerían ajuste posológico han incrementado de un periodo de estudio a otro, demostrando la mejora de la prescripción facultativa respecto a la adecuación farmacológica en situaciones de IR, gracias a las comunicaciones previas farmacéutico-prescriptor.

Se aprecia que los fármacos que precisan ajuste mayoritariamente coinciden en ambos periodos de estudio, sin embargo se observa un descenso en el ajuste de piperacilina/tazobactam y un aumento en alopurinol y eplerenona. El estudio nos ha permitido conocer que el ciclo de mejora está alcanzando los objetivos propuestos, mejorando la calidad y seguridad de los pacientes hospitalizados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1235. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS: INTEGRACIÓN DE UN COORDINADOR DEL CIRCUITO

AUTORES: VINEY - AC, MUÑOZ GARCÍA I, MARÍN LITRÁN M, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, FERNÁNDEZ-LOBATO - B, CHICA MARCHAL AM.

C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar las características de las peticiones de medicamentos realizadas por las unidades de hospitalización (UH) y describir la incorporación de un coordinador en el área de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (DMDU), con el propósito de mejora del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo durante un mes en un hospital de tercer nivel de 574 camas dependientes del sistema de DMDU, sin prescripción electrónica, con transcripción de la orden médica por enfermería y posterior validación farmacéutica.

Se configuró un equipo multidisciplinar compuesto por 2 farmacéuticos responsables del área de DMDU, 2 farmacéuticos internos residentes y un enfermero como coordinador del circuito.

Se realizó una base de datos donde se recogieron: número de peticiones informatizadas, número de peticiones en formato papel y motivos de la petición: 1) medicamentos no integrados en el circuito de DMDU (medicamentos termolábiles y medicamentos de uso restringido en la guía Farmacoterapéutica del hospital), 2) incidencias del circuito DMDU y 3) peticiones anuladas por el equipo multidisciplinar.

Las funciones del coordinador incluían: i) evaluar las peticiones de medicamentos tanto en formato papel como informatizadas, ii) observar y coordinar la DMDU, iii) registrar los motivos de las incidencias y realizar las modificaciones pertinentes y iv) promover el correcto uso del circuito de DMDU en las UH.

Las órdenes de tratamiento fueron consultadas en el programa de historias clínicas del hospital (Selene®), el programa de gestión Farmacoterapéutica fue Savac®.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 1295 peticiones (43,16 peticiones/día). En formato papel se registraron 318(24,6%) y 977(75,4%) fueron informatizadas. El equipo multidisciplinar acordó anular todas las peticiones en formato papel.

De los resultados obtenidos de las peticiones informatizadas: 614(62,8%) correspondían a incidencias del circuito de DMDU con promedio de 20,5 incidencias/día, 308(31,5%) pertenecían a peticiones de medicamentos no integrados en el circuito de DMDU y las 55(5,6%) restantes fueron anuladas tras la valoración del equipo multidisciplinar.

Los motivos de las 614 incidencias del circuito de DMDU fueron: incidencias en la preparación del tratamiento individualizado 222(36,1%), incidencias de transcripción 56(9,1%), ingresos y modificaciones de tratamiento posteriores a la DMDU 286(46,6%) y error en la petición por parte de las UH 50(8,2%).

CONCLUSIONES: El estudio refleja un alto porcentaje de incidencias en el circuito de DMDU y nos ha permitido la detección de puntos críticos, con el fin de implantar oportunidades de mejora. Los puntos críticos sobre los que debemos intervenir son: en el servicio de Farmacia la transcripción de la orden médica y la preparación del tratamiento individualizado, así como en las UH educación y formación del circuito de DMDU.

La incorporación de un coordinador del área de DMDU pretende mejorar la comunicación entre las UH y el servicio de farmacia, mediante la detección y resolución eficaz de las discrepancias, optimizando de esta manera el circuito de DMDU.

Tras un periodo de actividad del coordinador del área de DMDU, se hace necesaria la re-evaluación del mismo con el fin de valorar el impacto de su incorporación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

897. EVOLUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EXTRANJEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Martí Llorca A, García Iranzo E, Andújar Mateos A, Jiménez Pulido IP, Antón Torres R, Navarro Ruiz A. Hospital General Universitario de Elche. C/ Camí de l'Almassera, 11. Alicante. España

OBJETIVOS: Los medicamentos extranjeros son aquellos que no se pueden adquirir en un determinado país porque no están autorizados, porque hay un desabastecimiento temporal o por una retirada de la comercialización. Estos fármacos deben ser comprados a un país extranjero, previa autorización por el propio estado.

El objetivo es evaluar la carga asistencial que supone la dispensación de medicamentos extranjeros en un Servicio de Farmacia y la evolución de su consumo estos últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y observacional de seis años de duración (2010-2015) en un Departamento de Salud con 200.000 pacientes adscritos.

Analizamos todos los medicamentos extranjeros dispensados en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) a través del programa Farmasyst®, donde se registran de forma individualizada todas las dispensaciones de medicación extranjera.

Los datos recogidos son: número de especialidades farmacéuticas diferentes dispensadas, número de pacientes diferentes, número de dispensaciones y consumo relacionado con estos fármacos.

Finalmente, se estudia de manera descriptiva la evolución anual de cada variable.

RESULTADOS: En cuanto al número de especialidades farmacéuticas dispensadas cada año desde 2010 hasta 2015 es de 16, 26, 34, 41, 55 y 63, respectivamente. Se muestra un incremento interanual del 32,5% en el número de especialidades.

El número total de dispensaciones ha sido de 2372 dispensaciones, siendo en estos años: 68 (2010), 208 (2011), 285 (2012), 385 (2013), 576 (2014) y 850 (2015). El número de dispensaciones muestra un incremento interanual calculado del 75%.

En 2010 acudieron a la UFPE un total de 29 pacientes diferentes, 72 en 2011, 81 en 2012, 113 en 2013, 154 en 2014 y 221 en 2015. Por ello, su incremento interanual es del 56%.

Por último, en relación al gasto económico se contabilizaron 25.734,03€ en 2010, 54.848,24€ en 2011, 79.477,78€ en 2012, 117.157,01€ en 2013, 148.337,01€ en 2014 y 113.494,53€ en 2015 (49,1% de incremento interanual).

Conclusión :

Los medicamentos extranjeros son una carga asistencial importante en las UFPEs, mostrando un acusado incremento de pacientes y dispensaciones. Por otro lado, la gestión de este tipo de medicamentos muestra una evolución más moderada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

994. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS

AUTORES: MONJE GARCÍA B, GIMENEZ MANZORRO A, GARCÍA GONZÁLEZ X, ARRABAL DURAN P, RIBED SANCHEZ A, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. c/Doctor Esquerdo, nº46. Madrid. España

OBJETIVOS: El dolor está presente en casi todas las patologías, por lo que los fármacos utilizados para aliviar el dolor son ampliamente utilizados. Diferentes estudios señalan a éstos como uno de los subgrupos terapéuticos más consumidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado recomendaciones para mejorar el tratamiento del dolor, empleando el uso de analgésicos siendo este consumo un importante indicador indirecto de la calidad asistencial en el

tratamiento del dolor. El objetivo del estudio es analizar la tendencia de consumo de analgésicos de los últimos cinco años (2011-2015).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo. Se recogieron los datos de consumo de cada presentación comercial de analgésicos, utilizando el programa de gestión del Servicio de Farmacia (Farhos® Gestión). Se clasificaron las distintas presentaciones de analgésicos según el sistema ATC: M01A fármacos analgésicos y anti-reumáticos no esteroideos (AINES), N02A fármacos opioides y N02B otros fármacos analgésicos y antipiréticos. Se utilizó las dosis diaria definida por 100 estancias hospitalarias-año (DDD/100estancias/año) como unidad de medida para realizar el análisis de consumo.

RESULTADOS: Durante los últimos 5 años, el consumo de analgésicos ha disminuido un 13%, desde 188,1 DDD/100estancias/año en el 2011 hasta descender en 2015 a 166,1 DDD/100estancias/año. Esta bajada se debe a que el consumo de analgésicos no esteroideos (M01A) ha disminuido en 26,2 DDD/100estancias/año.

La distribución del consumo de analgésicos según el código ATC en el 2015 fue de 76,8 DDD/100estancias/año (46,2%) de otros fármacos analgésicos y antipiréticos, 62,8 DDD/100estancias/año (37,8%) de analgésicos y anti-reumáticos no esteroideos y 26,5 DDD/100estancias/año (16,0%) de opioides.

Todos los analgésicos del grupo AINES (M01A) han ido descendiendo paulatinamente durante el periodo de estudio. El consumo de este grupo corresponde en un 99,6% a dextetoprofeno (38,2DDD/100estancias/año, -16,8% de descenso entre 2011-2015), ibuprofeno (36,82DDD/100estancias/año, -34,9%), diclofenaco (6,22DDD/100estancias/año, -46,1%) y naproxeno (5,22DDD/100estancias/año, -34,5%). El consumo de opioides que se incrementó desde 22,3 DDD/100estancias/año hasta 26,5 DDD/100estancias/año en 2015, suponiendo un aumento del 18,9%. En 2011, el opioide más consumido fue la morfina (8,62DDD/100estancias/año), su consumo ha sufrido fluctuaciones durante el periodo de estudio con un pequeño descenso (-3,5%). Cabe destacar el incremento del 48,9% que ha sufrido fentanilo siendo este el analgésico opioide más consumido en 2015 con 12,1DDD/100estancias/año, representando el 45% del consumo total de este grupo.

El consumo del grupo N02B se ha mantenido en los últimos 5 años, mostrando un pequeño descenso del 0,82%. Paracetamol constituye el 69,3% de su consumo con 53,22DDD/100estancias/año, seguido de metamizol con 23,02DDD/100estancias/año que se incrementa en un 31,1%.

CONCLUSIONES: En los últimos cinco años, el consumo total de fármacos analgésicos ha descendido en un 13%. El grupo más consumido es el de otros analgésicos y antipiréticos, debido al elevado consumo de paracetamol que representa el 32,0% del total. El consumo de opioides ha sufrido un incremento significativo de un 18,9%, pasando a ser el fentanilo el fármaco opioide más consumido. El aumento general del consumo de analgésicos muestra indirectamente una mejora en la concienciación del manejo del dolor.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

664. EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN UN CENTROS SOCIO SANITARIO DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

AUTORES: CUMBRAOS SANCHEZ MJ, ALLENDE BANDRES MA, GAMARRA CALVO S, FERNANDEZ ALONSO E, HORNA OREJA O, SALVADOR GOMEZ T.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. Avenida San Juan Bosco, 15. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Analizar la evolución del gasto farmacéutico generado por recetas en oficina de farmacia y del gasto farmacéutico total desde que se implantó la prestación farmacéutica a un centro sociosanitario (CSS) desde el servicio de farmacia hospitalaria (SFH).

MATERIAL Y MÉTODOS: -Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital terciario para analizar la evolución del gasto farmacéutico en un CSS desde la implantación de la prestación farmacéutica desde el SFH.

-Se ha analizado la evolución por año del gasto generado por recetas en oficina de farmacia y el gasto farmacéutico intrahospitalario generado por la dispensación de medicación a un CSS desde el SFH vinculado al mismo.

-Se ha analizado el gasto en recetas y el gasto farmacéutico total (gasto en recetas + gasto de dispensación intrahospitalaria) por paciente institucionalizado en dicho CSS.

-Periodo de estudio: desde el año 2011 al 2015.

-Pacientes institucionalizados: 96

-Fuentes de datos: Farmasalud®, programa de gestión económica Farmatools®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se analizó el gasto farmacéutico generado por recetas en oficina de farmacia por el CSS vinculado al SFH. En 2011, el gasto en recetas fue de 54.593,37 € (568,68 € por residente), en 2012 de 52.277,88 € (544,56 € por paciente), en 2013 de 42.572,36 € (443,46 € por paciente), en 2014 de 24.254,24

€ (252,65 € por paciente) y en 2015 de 28.727,35 € (299,24 € por paciente). Desde el 2011 al 2015, se ha visto un ahorro de 25.866,02 € en recetas a oficina de farmacia.

El gasto farmacéutico total también ha disminuido durante el periodo de estudio. En 2011, el gasto fue de 92.269,72 € (961,14 € por paciente), en 2012 fue de 73.254,37 € (763,07 € por paciente), en 2013 fue de 64.704,72 € (674,01 € por paciente), en 2014 de 56.748,18 € (591,13 € por paciente) y en 2015 de 61.686,41 € (642,57 € por paciente). El gasto global se ha reducido en 30.583,31 € (318,57 € por paciente).

CONCLUSIONES: La prestación farmacéutica especializada a través del SFH vinculado a un CSS ha supuesto un ahorro anual de 25.866,02 € en recetas a oficina de farmacia, con lo que se ha contribuido a disminuir el gasto farmacéutico total en 30.583,31 € anuales, es decir, 318,57 € por residente/año. Por tanto concluimos que la prestación farmacéutica a CSS a través del SFH contribuye a la realización de un mejor uso racional del medicamento, así como a proporcionar una atención farmacéutica más especializada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

343. EVOLUCIÓN DEL REACONDICIONADO DE FORMAS ORALES SÓLIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA SOCIO SANITARIO

AUTORES: CANOVES ESCOLANO MA, ESPERT ROIG M, SENDRA GARCIA A, GARCIA CASES S, SANSANO CLEMENT A, MINUESA SANCHEZ R.

CENTRO SOCIO SANITARIO LA FLORIDA. C/TOMAS AZNAR DOMENECH. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar la evolución del reacondicionado de las formas orales sólidas (FOS) para su dispensación en dosis unitarias en un Servicio de Farmacia socio sanitario. Como objetivo secundario, se pretende demostrar la idoneidad del etiquetado del blíster frente al reenvasado de dichas FOS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde el departamento de gestión del Servicio de Farmacia socio sanitario, se viene apostando desde el año 2009 por la adquisición, siempre que fuera posible, de especialidades identificadas en dosis unitarias desde el laboratorio fabricante. El fin era, reducir la carga de trabajo del departamento de reacondicionado de formas farmacéuticas. Tras valorar las ventajas de un sistema de reacondicionado frente al otro se orientó el reacondicionado de FOS hacia el etiquetado mediante pegatinas en el reverso del blíster en lugar del reenvasado en sobres fotoprotectores, siempre que la forma de los alveolos del blíster así lo permitiese.

Se evaluó la evolución de este reacondicionado y sus diferencias desde el año 2009 al 2015.

RESULTADOS: El porcentaje de especialidades farmacéuticas etiquetadas varió de 68,81% en 2009 al 89,22% en 2012, y se mantuvo más o menos constante hasta el 2015 (89,06%). Sin embargo el número total de especialidades etiquetadas disminuyó de 203 en 2009 hasta 171 en 2015 debido a que aumentó el número de especialidades que venían identificadas por parte del laboratorio fabricante. El porcentaje de especialidades reenvasadas disminuyó del 31,18% en 2009 al 10,93% en 2015.

Las ventajas del etiquetado frente al reenvasado fueron: 1. se mantiene en su embalaje original por lo que no existe manipulación del medicamento, 2. se mantiene su protección frente a factores ambientales, 3. se eliminan errores potenciales de confusión entre medicamentos diferentes, 4. no se modifica la fecha de caducidad, que repercute en la reducción de costes, 5. no hay posibilidad de contaminación cruzada en el proceso de reacondicionado, 6. no necesita control calidad del contenido., 7. ocupa menor espacio en las bandejas lo que facilita la preparación de las mismas y la revisión posterior de los tratamientos, principal motivo por el que se descarta el modelo de reenvasado del comprimido en su blíster original. 8. menor tiempo invertido en el reacondicionado. El tiempo utilizado para reacondicionar 100 unidades fue 8'9" para el reenvasado (reenvasado + registro + control calidad+ cortado), a lo que le sumamos 9'44" de limpieza de la máquina al finalizar el proceso del reenvasado; mientras que para el etiquetado fue de 7'56" (elaboración e impresión de etiquetas + etiquetado + cortado).

CONCLUSIONES: Entre las funciones del farmacéutico están las de garantizar la seguridad y la calidad de los tratamientos farmacoterapéuticos, asegurando que la dispensación en dosis unitarias está perfectamente identificada. Adquirir el medicamento ya identificado desde el laboratorio fabricante es siempre la mejor opción, pero cuando esto no es posible el etiquetado es siempre ventajoso frente al reenvasado tanto en términos de costes, como de calidad y seguridad.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

422. GESTIÓN DE LA CAPACIDAD DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: ¿QUO VADIS?

AUTORES: MONTE BOQUET E, Martín Cerezuela M, Tarazona Casany MV, Gil Gómez I, Cuéllar Monreal MJ, Poveda Andrés JL.

HOSPITAL LA FE. Av. Fernando Abril Martorell, 106. Valencia. España

La gestión de la capacidad es la habilidad que posee una organización para realizar un trabajo a lo largo del tiempo. En una Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) equivaldría al número de pacientes que pueden ser atendidos, sin deterioros en el desempeño, en un tiempo específico y con recursos específicos. En 2008 se analizó la gestión de capacidad de nuestra UFPE. Desde entonces, ha habido cambios significativos en los recursos disponibles pero también en la carga de trabajo.

OBJETIVO: analizar la gestión de capacidad de una UFPE y compararla con la del año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS: se analiza la información generada por el sistema de gestión de esperas de la UFPE entre septiembre 2015 y marzo 2016 y se compara con la obtenida entre septiembre 2007 y abril 2008. Se analiza el número de pacientes atendidos (dato relacionado con la carga de trabajo) y los tiempos de espera hasta ser atendidos (información relacionada con la satisfacción del paciente). Se calcula la media de pacientes atendidos totales, por tramos horarios y por día de la semana. También se calcula tiempo medio y máximo de espera, tiempo de espera por tramos horarios y porcentaje de pacientes que deben esperar menos de 5 y más de 20 minutos.

RESULTADOS: la media diaria de pacientes atendidos fue de 229,7 (DE: 32,8), frente a los 100,5 (DE: 17,4) del periodo de 2008. Por tramos horarios, se ha atendido de media a 21,7 pacientes antes de las 9h, 31,7 entre 9 y 10h, 29,6 entre 10 y 11h, 31,4 entre 11 y 12h, 47,0 entre 12 y 13h, 42,1 entre 13 y 14h y 26,2 a partir de las 14h. Por día de la semana, la media de pacientes es de 243,3 lunes, 230,2 martes, 224,6 miércoles, 222,8 jueves y 228,5 viernes. El tiempo medio de espera fue de 29□58□□ (DE: 18□34□□), frente a 11□51□□ (DE: 5□39□□) en 2008. El tiempo máximo ha sido de 1h41□17□□ (frente a 25□50□□ en 2008). Por tramos horarios, el tiempo medio de espera fue 19□35□□ antes de las 9h, 14□55□□ entre 9 y 10h, 32□57□□ entre 10 y 11h, 45□43□□ entre 11 y 12h, 36□57□□ entre 12 y 13h, 27□50□□ entre 13 y 14h y 19□43□□ a partir de las 14h. El 9,4% de pacientes esperaron menos de 5 minutos hasta ser atendidos (32% en 2008) y el 66,5% esperaron más de 20 minutos (30% en 2008).

CONCLUSIONES: - La media de pacientes atendidos se ha incrementado un 128,6% entre los periodos analizados de 2008 y 2016

- A pesar del incremento de recursos humanos y mejoras estructurales, se ha incrementado el tiempo medio de espera de los pacientes un 152,9%

- Es necesario poner en marcha acciones que permitan mejorar la gestión de capacidad de la UFPE

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

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

50. GESTIÓN DE VISITAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES TRATADOS CON MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA

AUTORES: MURGADELLA SANCHO A, BARRERA PUIGDOLLERS MT, SÁNCHEZ LÓPEZ Ó, AGUADO JODAR A, PAYAN RODRIGUEZ S, REYES SÁNCHEZ S.

HOSPITAL DOS DE MAIG. C/DOS DE MAIG 301. Barcelona. España

OBJETIVOS: 1)Cuantificar de forma diferenciada las primeras visitas, las visitas sucesivas y las visitas de dispensación realizadas a pacientes durante el año 2015.

2)Determinar el grado de intervención del farmacéutico respecto al total de visitas de dispensación realizadas.

3)Comparar el grado de cumplimiento de los pacientes con las visitas programadas al inicio de la implementación (abril y mayo de 2015) y al final del periodo de estudio (noviembre y diciembre de 2015).

MÉTODO: Cuando el médico prescribe un medicamento hospitalario de dispensación ambulatoria (MHDA) a través de nuestro programa informático (SAP), se genera automáticamente una solicitud de primera visita al Servicio de Farmacia. El farmacéutico se revisa la lista de pacientes pendientes de citar y les programa visita en la agenda de atención farmacéutica. Después de esta primera visita, se programa una visita sucesiva al mes y el resto, se programan en función de las necesidades del paciente. En cuanto a las visitas de dispensación, se programan mensualmente cada vez que el paciente viene a recoger medicación al Servicio de Farmacia. La agenda de dispensación la programan y gestionan los técnicos del Servicio de Farmacia. Para el cálculo del grado de adherencia a las visitas programadas se ha calculado el porcentaje de pacientes en los que el día de programación coincide con el día real que acuden a Farmacia.

RESULTADOS: Durante el año 2015 se visitaron en Farmacia 135 pacientes con MHDA para hepatitis C, VIH y biológicos. Éstos dieron lugar a un total de 245 visitas de atención farmacéutica, de las cuales 83 fueron primeras y 162 visitas sucesivas. El número de visitas de dispensación fue de 1004. Por lo tanto, el farmacéutico intervino en el 24,4% respecto al total de visitas de dispensación realizadas.

El grado de cumplimiento de los pacientes con la fecha programada de la visita fue del 72% al inicio (abril-mayo 2015)) y del 76% al final del periodo estudiado (noviembre-diciembre 2015). La diferencia entre estos porcentajes no fue estadísticamente significativa (Chi-cuadrado, $p=0,515$)

CONCLUSIONES: 1)La herramienta creada en SAP facilita el registro y la gestión de todas las visitas realizadas en el Servicio de Farmacia (Primeras y sucesivas de atención farmacéutica y visitas de dispensación).

2)La intervención del farmacéutico fue necesaria en casi el 25% de las visitas de dispensación.

3)El grado de adherencia del paciente a las visitas programadas fue superior al 70% desde el principio y se mantuvo estable al final del periodo estudiado.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

182. GESTION Y HOMOGENIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE GERIATRÍA

AUTORES: PUERTA BRAVO L, MESTRES MIRALLES C, AGUSTÍ SASTRE A, HERNANDEZ HERNANDEZ M, LLAGOSTERA PUJOL B.

HOSPITAL SOCIO SANITARIO MUTUAM GÜELL. C/ MARE DE DEU DE LA SALUT 49. Barcelona. España

Identificación y Diagnóstico:

En nuestro grupo disponemos de farmacéuticos que trabajan en diferentes dispositivos asistenciales (hospitales sociosanitarios (HSS) y equipos de atención a residencias (EAR). La diversidad en el registro y valoración de nuestras actividades nos dificultaba la evaluación, comparación y posterior aplicación de mejoras.

Formulación y Diseño:

Se procedió a definir de manera conjunta entre todos los farmacéuticos:

- Tipos de actividades a registrar: Revisiones de tratamientos, Intervenciones farmacéuticas, Errores de medicación y Consultas farmacoterapéuticas

- Se valoraron diferentes sistemas de clasificación de los problemas relacionados con la medicación en los que intervenimos, optando por utilizar la clasificación de la American Society of Health-System Pharmacists.

- Valoración en la mejora del tratamiento: se optó por el Medication Index Appropriateness (MAI).

Ejecución:

Se realizó una prueba piloto de 1 año utilizando para el registro y explotación de datos hojas de cálculo Microsoft Office 2010®.

Una vez validada la idoneidad de la clasificación y evaluación, se procedió conjuntamente con el departamento de Sistemas de Información a pasar el registro y explotación a una aplicación informática basada en PowerPivot®.

Evolución:

La introducción de datos en el nuevo aplicativo se inició en enero del 2016. Sólo se han precisado pequeños ajustes de diseño del registro.

Resultados y efectos.

En el periodo enero-marzo 2016, se han realizado 3270 registros correspondientes a 1792 pacientes. De estos registros resaltamos:

- 851 corresponden a pacientes a los que se ha realizado una revisión de tratamiento al ingreso o al alta, en la que no se halló ningún problema.

- 70 consultas farmacoterapéuticas

- 456 notificaciones de errores de medicación

- 1661 Problemas relacionados con la medicación. Destacando a nivel global: Duración excesiva del tratamiento (18%) y medicamento inapropiado en geriatría (15%) y omisión (13%). La duración excesiva es mucho más habitual en las residencias geriátricas que en los HSS, en cambio en los HSS destacan las omisiones y errores de conciliación.

- 181 Intercambios terapéuticos.

Así mismo hemos podido determinar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas, siendo del 60%.

El impacto de las intervenciones aceptadas en la mejora de la adecuación del tratamiento (MAI), este índice pasó de un valor de 4 a 2,4 postintervención. Valorando los dos dispositivos asistenciales por separado, vemos que en Residencias geriátricas el MAI previo es de 4,6 y en HSS de 2,9, indicando que los tratamientos en las residencias presentan más problemas relacionados con la medicación.

La homogenización de la información recogida nos permite evaluar mejor y tener indicadores más exactos de las actividades, así como su impacto en la mejora de la terapéutica y detección de mejoras.

El disponer de un aplicativo informático para el registro conjunto de todas las actividades, también disminuye el tiempo que se debe dedicar a realizarlo y mejora sustancialmente la explotación de datos.

250. GRADO DE PENETRACIÓN DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR

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: Evaluar el perfil de introducción de Infiximab biosimilar mediante el análisis de los resultados de Indicadores de Utilización de Medicamentos implantados en los hospitales de una Comunidad Autónoma (CA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Los dos Indicadores de Utilización de Infiximab Biosimilar (IB) se elaboraron dentro del Grupo de Trabajo de Indicadores de Farmacia Hospitalaria formado por farmacéuticos de hospitales, de servicios centrales y directivos. Definiciones: 1) Porcentaje de pacientes totales tratados con IB respecto al total de pacientes en tratamiento con infliximab (inicios y seguimientos) y 2) Porcentaje de pacientes nuevos que inician tratamiento con IB respecto al total de pacientes nuevos que inician tratamiento con infliximab. A la hora del diseño de los indicadores se toma como valor de medida el número de pacientes en lugar del coste por la dificultad de apreciar el impacto económico del biosimilar en hospitales con amplia utilización de infliximab, evitando así la obtención de resultados imperceptibles. Los indicadores permiten el seguimiento de dos posibles escenarios: la introducción de IB en pacientes nuevos y los cambios en pacientes en tratamiento con buen control de la enfermedad. Fuente de datos: sistema de información autonómico que integra adquisiciones hospitalarias, indicadores farmacoterapéuticos, dispensación a pacientes externos y datos de prescripción a través de receta.

RESULTADOS: Durante el año 2015, 2.673 pacientes fueron tratados con infliximab en los hospitales de nuestra CA. De ellos 343 (12,83%) utilizaron IB en su terapia, el 84,60% de los pacientes fueron nuevos y el 15,40% restante pacientes en seguimiento con terapias ya implantadas. La variabilidad en los resultados de los distintos hospitales oscila entre el 3,13-90%. Respecto al indicador de pacientes nuevos, de los 536 pacientes que iniciaron tratamiento con infliximab, 290 (54,10%) lo hicieron con IB (variabilidad entre hospitales: 6,67-90%).

Dado que en los primeros meses del año 2015 IB aún no estaba comercializado, se realizó un análisis de los indicadores en distintos periodos del año para ver su evolución temporal. Para el indicador de porcentaje de pacientes totales los resultados fueron: enero-marzo 0,91%, enero-junio 5,28%, enero-septiembre 9,29% y enero-diciembre 12,83%. Respecto al indicador de porcentaje de pacientes nuevos los valores fueron: enero-marzo 13,25%, enero-junio 35,38%, enero-septiembre 47,62% y enero-diciembre 54,10%. Al clasificar los hospitales en función de su complejidad y tamaño, la distribución de los indicadores de porcentaje de pacientes totales y pacientes nuevos respectivamente fue la siguiente: hospitales medianos con nuevos modelos de gestión (35,23% y 69,90%), hospitales medianos tradicionales (12,70% y 54,31%) y hospitales grandes (8,53% y 48,90%).

CONCLUSIONES: La introducción del IB ha sido muy ágil en los pacientes nuevos mientras que en los pacientes con tratamientos ya instaurados esta introducción ha sido más lenta. Existe una gran variabilidad en la utilización del biosimilar en función del tipo de hospital que requiere un análisis de sus posibles causas.

Ambos indicadores han sido una herramienta útil para conocer la introducción del primer anticuerpo monoclonal biosimilar comercializado y son un modelo a seguir para evaluar este nuevo tipo de medicamentos biosimilares que están empezando a aparecer en el arsenal terapéutico de distintas patologías.

799. GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

AUTORES: GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, PÉREZ PÉREZ IG, GARCÍA MÁRQUEZ A, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, LA-CRUZ GUZMÁN D, MIRA SIRVENT MC.

HOSPITAL UNVI. SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Conocer el impacto en la satisfacción de los pacientes atendidos en la Unidad de Dispensación a Pacientes Externos (UDPE) del Servicio de Farmacia (SF) tras la implantación de líneas de mejora identificadas en resultados del año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron encuestas a pacientes atendidos en la UDPE entre septiembre-octubre 2015 en un hospital de tercer nivel. Cumpliendo con el proceso de mejora de calidad continua, las líneas implantadas en 2015 fueron: crear una agenda farmacéutica de citas (hepatitis C-oncología) e identificar al personal mediante tarjetas identificativas.

Se entregaron 108 encuestas anónimas para ser depositadas en una urna cerrada. El cuestionario contaba de 4 bloques con 15 ítems: A-Preguntas generales (sexo, rangos de edad, frecuencia con la que acude al SF); B-Organización

del área; C-Atención del personal farmacéutico; D-Calificación global. Las respuestas se puntuaban como: 1=muy mal (MM), 2=mal (M), 3=normal (N), 4=bien (B), 5=muy bien (MB).

RESULTADOS: Se recogieron 104 encuestas cumplimentadas (95 en 2014). Los resultados obtenidos en el año 2015, con respecto a 2014, relacionados con las líneas de mejora implantadas y considerando la mayor y menor valoración, fueron:

-Personal correctamente identificado: año 2015 (MB=43,3%; MM=1,9%); año 2014 (MB=36,9%; MM=9,5%); Privacidad en la dispensación: año 2015 (MB=33,7%, MM=3,8%); año 2014 (MB=12,6%, MM=17,9%); la satisfacción ha mejorado.

-Tiempo de espera: año 2015 (MB=24,0%, M=6,7%, MM=sin resultados); año 2014 (MB=31,6%, M=5,3%, MM=sin resultados); la satisfacción no ha mejorado.

En el cuestionario de 2015 se diferenció la satisfacción con el trato y la información recibida por personal auxiliar o farmacéutico, con respecto al año 2014 que lo evaluaba de forma global, obteniendo los siguientes **RESULTADOS:**

-Información recibida por auxiliar: (MB=47,1%, M=1,0%, MM=ninguna respuesta); información recibida por farmacéutico: (MB=43,3%, N=24,0%, M/MM=ninguna respuesta); trato recibido por auxiliar: (MB=70,2%, N=5,8%, M/MM=ninguna respuesta); trato recibido por farmacéutico: (MB=53,8%, N=9,6%, M/MM=ninguna respuesta); en 2015.

-Información recibida global (MB=42,1%, MM=1,1%); trato recibido global (MB=50,6%, MM=2,1%); en 2014.

Tras los datos obtenidos, la satisfacción con la información y el trato aportado por auxiliar y farmacéutico ha mejorado con respecto a la global, siendo mejor valorada para el auxiliar.

La satisfacción global con el SF, considerando una puntuación en escala 0-10, fue 8,29 para 2015 y 8,25 para 2014, sin encontrar diferencias entre ambas puntuaciones.

CONCLUSIONES: Las encuestas de satisfacción son una herramienta útil para conocer las preferencias de los pacientes, identificar sus necesidades y ayudar a implementar acciones de mejora en el servicio.

La puntuación obtenida muestra mejoras en la valoración de aspectos relacionados con las medidas implantadas como la privacidad, identificación del personal y satisfacción con el trato y la información.

Sin embargo, el tiempo de espera ha presentado una tendencia decreciente de la satisfacción, probablemente debido a la limitación de la agenda de citas a un grupo de pacientes específico (hepatitis C-oncológicos). Como propuesta de mejora a implantar sería ampliar el número de citas considerando otros diagnósticos, con el fin de mejorar el tiempo de espera y la satisfacción con el trato e información por parte del farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1082. IMPACTO DE LA VALIDACION FARMACEUTICA DE LOS TRATAMIENTOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

AUTORES: APEZTEGUIA FERNANDEZ CA, Bautista Sanz MDP, Del Hoyo Gil LE, Matilla García E, Moreno Díaz R. HOSPITAL INFANTA CRISTINA. Avda. 9 de Junio, s/n. Madrid. España

OBJETIVO: En un Servicio de Farmacia se validan a diario gran número de tratamientos de pacientes ingresados, en ocasiones con información deficitaria sobre la situación real de los pacientes y una escasa coordinación con el personal médico y de enfermería.

El objetivo es comparar las intervenciones realizadas durante la validación farmacéutica en las unidades de hospitalización versus la validación tradicional desde el Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se registraron de manera prospectiva las intervenciones farmacéuticas realizadas en 2014, cuando la validación de los tratamientos se realizaba exclusivamente en el Servicio de Farmacia y las realizadas durante el 2015 mediante la validación in situ. Se realizó un registro en el módulo de Unidosis de la aplicación informática Farmatools® que permitió el análisis retrospectivo de las intervenciones posteriormente.

Resultados.

En 2014 se registraron un total de 176 intervenciones, distribuidas de la siguiente manera: 7,4% (13) fueron consultas, 7,4% (13) estuvieron relacionadas con la conciliación de la medicación crónica de los pacientes ingresados y el protocolo de intercambio terapéutico (PIT), 7,9% (14) de las intervenciones fueron de optimización antimicrobiana y el 77,3% (136) englobaron errores de prescripción, mayoritariamente por ajustes posológicos, errores en la especialidad y en la vía seleccionadas. Se consiguió un ahorro de 2.244, en costes directos farmacológicos. No se midieron los costes indirectos asociados a las intervenciones que evitaban errores de medicación relacionados con la seguridad de los pacientes.

En 2015 se obtuvieron un total de 347 intervenciones con la siguiente distribución: 9,5% (33) consultas, 46,7% (162) intervenciones de la conciliación de la medicación crónica y sustituciones del PIT (Programa de Intercambio Terapéutico), 7,2% (25) relacionadas con la optimización antimicrobiana y 36,6% (127) errores de medicación,

siendo la mayoría ajustes posológicos por errores de prescripción. Aumentaron las intervenciones relacionadas con la administración de fármacos. Se consiguieron 18.673, de ahorro, considerándose exclusivamente los costes farmacológicos directos.

El número global de intervenciones prácticamente se duplicó en 2015 respecto al 2014.

CONCLUSIONES: La validación de las prescripciones de forma presencial en la planta de hospitalización facilita las posibilidades de intervención farmacéutica, optimización de la farmacoterapia y un incremento del ahorro en la hospitalización.

La incorporación a la planta es fundamental para facilitar la integración del farmacéutico en los equipos médicos y con el personal de enfermería y conseguir con ello una mayor calidad en la utilización del medicamento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1156. IMPACTO ECONOMICO DE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACEUTICO AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES.

AUTORES: RENTERO REDONDO L, Iniesta Navalón C, Nicolás De Prado I, Gómez Espín RM, Laso Trillo JF, Antequera Lardón MT.

HOSPITAL REINA SOFIA. c/intentente jorge palacios. Murcia. España

Objetivo

Evaluar el impacto económico de la intervención del farmacéutico, con ayuda de la monitorización de fármacos biológicos (FB), mediante su inclusión a un equipo multidisciplinar en el servicio de Digestivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio ambispectivo de seis meses de duración en un hospital de referencia de área. En Septiembre de 2015 se formó un equipo multidisciplinar formado por los tres digestivos que se encargan de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y un farmacéutico con reuniones cada 15 días para comentar todos los inicios o cambios de tratamiento de los pacientes en tratamiento con FB (Periodo intervención:PI).

Durante los seis meses siguientes a la formación de esta comisión (Octubre 2015 a Marzo 2016) se analizaron los cambios de tratamiento con los fármacos susceptibles de monitorización: Adalimumab (ADA) e Infliximab (INF), se recogieron los pacientes que iniciaron con estos fármacos y se calculó el coste medio por paciente (coste/pac) según los diferentes diagnósticos y posología: Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU). Estos resultados se compararon con el coste/pac y los inicios de tratamiento en el mismo periodo del año anterior (Octubre 2014 a Marzo del 2015, periodo preintervención (Pre-I)) utilizando la aplicación informática de gestión farmacoterapéutica DISCOVERER-SAVAC®.

Resultado

Durante el periodo de estudio, se realizó la determinación de niveles de fármaco a 93 pacientes, 53 con ADA y 47 con INF, a 7 pacientes se les realizó la determinación primero con un fármaco y luego con el otro. En todas las patologías el coste/pac descendió durante el PI con respecto al mismo periodo el año anterior, así en la CU se ahorraron 368,20/pac y en la EC 469,77/pac.

En cuanto al coste de los FB por patología, en la CU, con ADA el coste/pac durante el PI fue de 1263,36/pac vs 1567,42/pac en el Pre-I (-304,07/pac) y con el INF esta diferencia fue de 1780,83/pac vs 1844,96/pac (-64,13/pac). El coste/pac de ADA en EC también se redujo de 1424,85/pac en el Pre-I a 1206,82/pac en el PI (-218,03/pac), lo mismo sucedió con el INF que pasó de 1830,69/pac a 1578,95/pac durante la intervención en la EC (-251,74/pac). El número de pacientes en tratamiento para la CU durante el PI fue de 132pac (82ADA y 50INF) y de 133pac en el Pre-I (77ADA y 56INF). Durante el PI iniciaron 4pac (2ADA y 2INF) vs 2 pacientes que iniciaron el año anterior en el mismo periodo. Durante el PI se trataron 272pac para la EC (178ADA y 94INF) vs 250pac en el Pre-I (151ADA y 99INF). En la EC durante la intervención, 6pac iniciaron tratamiento (1ADA y 5 INF) y 11 lo hicieron en el mismo periodo el año anterior (9ADA y 2INF).

CONCLUSIONES: La incorporación del farmacéutico al equipo de EII ayuda a mejorar el coste del medio por paciente de las terapias disponibles.

La monitorización de FB por parte de farmacia, es una herramienta útil y coste/efectiva en la toma de decisiones de los cambios de tratamiento, ya que las intensificaciones/espaciado de tratamiento se realizan de manera objetiva.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

45. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y ELABORACIÓN DE COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO AL 30% PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE

AUTORES: Plata Paniagua S, Garcia Gomez C, Clemente Andujar M, Marco del Rio J, Domingo Chiva E, Valladolid Walsh A.

Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Hermanos Falco, nº 37. Albacete. España

OBJETIVO: En Noviembre de 2015, la SEFH publicó unas recomendaciones para la elaboración de preparados de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) basadas en el informe de la AEMPS sobre el uso de PRP de 23 de mayo de 2013. El objetivo del estudio es describir la implantación de un circuito para la elaboración del colirio de suero autólogo (CAS) al 30% desde su prescripción hasta su dispensación al paciente siguiendo las recomendaciones publicadas por la SEFH. Como objetivo secundario, determinar el funcionamiento del circuito evaluando las estadísticas generales generadas durante los 3 primeros meses de funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: En Diciembre de 2015, se crea un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por los servicios de oftalmología, hematología, análisis clínicos (AC), microbiología y farmacia hospitalaria (FH) para coordinar la prescripción, elaboración y dispensación del CAS.

Tras varias reuniones, se diseñó un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) que describía las funciones y responsabilidades de cada uno de los servicios implicados, así como un tríptico informativo para el paciente con información necesaria para la correcta extracción, recogida y administración del mismo. El circuito consta de las siguientes etapas: 1. El oftalmólogo solicitará en cada prescripción de colirio pruebas serológicas y microbiológicas para la determinación de: VIH, sífilis, hepatitis B y C, y determinación de anticuerpos HTLV I/II y enfermedad de Chagas.

2. Tras el procesamiento de las muestras por los servicios de AC y microbiología, y siempre que los resultados sean negativos, se procederá a su centrifugación para la separación del plasma. Los tubos centrifugados serán enviados al servicio de FH.

3. En la farmacia se elaborará el colirio en condiciones asépticas en cabina de flujo laminar vertical, mediante técnica abierta siguiendo el PNT de elaboración del mismo. Durante todo el proceso se garantizará la trazabilidad de la preparación mediante un código numérico identificativo en todas las muestras y registros.

4. De forma quincenal, se realizará un control microbiológico seleccionando de forma aleatoria, una muestra de colirio, para garantizar la calidad y esterilidad del proceso de elaboración. Una vez elaborado, identificado y acondicionado, se avisará al paciente mediante el envío de un SMS a su teléfono móvil para que acuda a recogerlo a la FH. Se extrajeron datos del módulo de pacientes ambulatorios del programa Farmatools® para determinar las estadísticas del circuito.

RESULTADOS: Desde la implantación del circuito el 01/02/2016, se han realizado un total de 20 prescripciones de CAS. La media de edad de los pacientes fue de 61,7 años (DE 18,5). A cada paciente se le elaboraron una media de 6 colirios. El diagnóstico principal de prescripción fue queratitis (40%).

Ninguna de las pruebas serológicas y microbiológicas realizadas a los pacientes ha resultado positiva desde la implantación del circuito. En los primeros 3 meses, se han realizado un total de 6 determinaciones microbiológicas, todas ellas negativas.

CONCLUSIONES: El nuevo circuito de prescripción y elaboración de CAS garantiza la trazabilidad que requieren las muestras de hemoderivados y aporta una seguridad añadida debido a los controles analíticos realizados al paciente y microbiológicos realizados a las muestras.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1202. IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN INDIVIDUALIZADA DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

AUTORES: HERRILLO SANCHEZ DE OCAÑA P, SEVILLA SANTOS G, AGUILAR GUIZADO C, MORENO NIETO N, MARCOS DE LA TORRE A, HORTA HERNANDEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. Donantes de Sangre, s/n. Guadalajara. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: La toxina botulínica tipo A (TB) es una alternativa eficaz para aquellos pacientes que presentan sintomatología de trastornos neurológicos, vesicales o de la piel y órganos anejos, y son refractarios a tratamientos previos.

Hasta el 31/01/2016, el registro de TB se realizaba a través del módulo de Gestión del Programa Informático Farmatools®. Las variables que permite recoger dicho módulo son: presentación del medicamento, unidad y servicio al que va destinado, fecha y cantidad dispensada y/o devuelta, y coste por servicio.

El objetivo del presente proyecto es diseñar un nuevo procedimiento que permita individualizar la prescripción y dispensación de la TB en un hospital de segundo nivel, y comparar los resultados con el procedimiento de dispensación empleado anteriormente.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Proyecto observacional retrospectivo, en el que se comparan las dispensaciones realizadas durante febrero-marzo 2015 a través del módulo de Gestión, y las realizadas durante mismo periodo 2016 en el módulo Dispensación a Pacientes Ambulatorios (DPA) del Programa Informático Farmatools®.

EJECUCIÓN: Se diseñó una instrucción técnica que recoge el procedimiento de ingreso, prescripción y dispensación de los pacientes en el módulo DPA. Las variables registradas son: paciente, diagnóstico, dosis prescrita, servicio y médico prescriptor, registro dispensaciones/devoluciones y coste por paciente.

EVOLUCIÓN: Desde febrero 2016 la dispensación de TB se realiza de manera individualizada mediante el módulo DPA. Se recogieron las variables obtenidas con el procedimiento de dispensación mediante el módulo de Gestión en febrero-marzo 2015, y se compararon con las recogidas en el módulo DPA del mismo periodo de 2016.

RESULTADOS Y EFECTOS: En febrero-marzo 2015 se dispensaron 240 viales TB: 169 (70,4%) Botox® 100UI, 66 (27,5%) Xeomin® 100UI y 5 (2,1%) Dysport® 500UI. El consumo por servicio fue: Neurología 196 viales (81,7%), Dermatología 27 viales (11,2%), Cirugía Maxilofacial 7 viales (2,9%), Pediatría 5 viales (2,1%), Digestivo 4 viales (1,7%) y Oftalmología 1 vial (0,4%). En febrero-marzo 2016 se dispensaron 251 viales TB: 181 (72,1%) Botox® 100UI, 10 (4%) Botox® 50 UI, 53 (21,1%) Xeomin® 100 UI y 7 (2,8%) Dysport® 500UI. El consumo por servicio fue: 173 viales (68,9%) Neurología, 46 viales (18,3%) Dermatología, 13 viales (5,2%) Cirugía Maxilofacial, 5 viales (2,4%) Pediatría, 4 viales (1,6%) Urología, 3 viales (1,2%) Reumatología y 1 vial (0,4%) Oftalmología. Se recogieron las indicaciones de la totalidad de los pacientes ingresados (131). Las principales fueron: Espasticidad 20 pacientes (15,2%), migraña crónica 19 (14,5%), hiperhidrosis axilar 18 pacientes (13,7%) blefaroespanto 15 pacientes (11,5%), distonía cervical 13 pacientes (9,9%), espanto hemifacial 9 pacientes (6,9%), y otras (9,2%). En 25 pacientes (19,1%) la TB se empleó con una indicación diferente a la reconocida en ficha técnica (19,1%), destacando trastornos temporomandibulares 8 pacientes (32,0%), hiperhidrosis palmo-plantar 6 pacientes (24,0%), distonía orofacial 4 pacientes (16,0%), trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lupus eritematoso sistémico 2 pacientes (8,0%), y epicondilitis 1 paciente (4,0%).

La implantación de este procedimiento de dispensación nos ha facilitado la obtención de datos individualizados por paciente. Además, ha permitido detectar usos fuera de ficha técnica que con el anterior método pasaban desapercibidos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

574. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITA PREVIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: Ramos López E, Jerez Rojas J, Reyes Malia M, Villalón Mir MS.

Valle de los Pedroches. Juan del Rey Calero S/N. Córdoba. España

OBJETIVO: La atención y dispensación a pacientes externos desde las consultas ubicadas en las farmacias de hospital tiene cada vez un papel más preponderante debido a la creciente aparición de especialidades con régimen de dispensación hospitalaria y a las políticas autonómicas que trasladan a la dispensación hospitalaria, medicamentos antes facilitados desde las oficinas de farmacia comunitarias. Ante este aumento de carga asistencial, nuestra unidad se planteó organizar la asistencia de estos pacientes mediante un sistema de cita previa. El objetivo de este trabajo es describir el proceso de implantación y evaluar la adherencia al sistema implantado.

MATERIAL Y MÉTODOS: En primer lugar se solicitó a Servicios Centrales, a través de Dirección Médica, la creación de la agenda de consulta externa de farmacia. Una vez autorizada y creada, se contactó con el departamento de informática del hospital para habilitar en farmacia el módulo de citas disponible en consultas externas del hospital. Una vez configurado el módulo para farmacia, se recibió formación por parte del personal de informática.

Durante el espacio de un mes, se informó a los pacientes de la próxima instauración del sistema de cita previa con el fin de organizar mejor la asistencia prestada.

Para la evaluación de la adherencia al sistema de cita, se obtuvieron los datos del propio módulo de citación. Se utilizaron datos de tres meses (enero-marzo de 2016) en los que consideramos que el sistema ya se encontraba maduro, tras dos meses de funcionamiento (desde noviembre de 2015). La adherencia se determinó como el cociente de los pacientes que acuden a su cita entre todos los pacientes citados a lo largo de esos tres meses.

RESULTADOS: Tras 6 meses de funcionamiento, el sistema de cita previa está plenamente asentado sin que hayamos tenido obstáculos de importancia para su puesta en marcha. A falta de datos objetivos (pendientes para la encuesta de satisfacción anual), la aceptación por parte de los pacientes ha sido buena.

En el periodo de tres meses analizado, se asignaron 1056 citas de las cuales 854 se cumplieron, obteniéndose un porcentaje de adherencia del 80.84%.

CONCLUSIONES: La creación de un sistema de cita previa en la consulta de pacientes externos ha ayudado a mejorar la organización de la unidad, distribuyendo la actividad a lo largo de toda la jornada laboral, evitando aglomeraciones innecesarias o lapsos prolongados de inactividad.

La adherencia de los pacientes a su cita asignada consideramos que ha sido buena, si bien queda margen de mejora.

Al asignar las citas desde el módulo de citación centralizado del hospital, disponemos de información sobre próximas consultas en otras unidades, lo que nos permite, siempre que sea posible, hacer coincidir citas el mismo día, evitando desplazamientos repetidos e innecesarios al hospital. De la misma forma, nuestra actividad en la consulta se hace -visible- apareciendo en el organigrama de las consultas externas del hospital.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

576. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES TRASPLANTADOS

AUTORES: PÉREZ HUERTAS P, ALBERT MARÍ A, FERNÁNDEZ MEGIA MJ, BORRÀS ALMENAR C, FONT NOGUERA I, POVEDA ANDRÉS JL.

HOSPITAL UINV. Y POLICLINICO LA FE. Bulevar Sur, s/n. Valencia. España

OBJETIVOS. Describir el proceso de implantación de una consulta externa de atención farmacéutica (CEXAF) para dar continuidad asistencial a los programas de conciliación, adherencia, formación, información y seguimiento para el paciente crónico trasplantado y desligada de la dispensación de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Ámbito: Hospital general terciario con 1.000 camas. Diseño: Estudio observacional retrospectivo. Periodo: 2015-16. Población: Pacientes trasplantados. Estrategia de implantación: Acción 1. Apertura de una CEXAF dentro de la estructura y la organización de consultas externas del hospital. Acción 2. Autorización por la dirección médica de una consulta física en el edificio de consultas externas del hospital y creación de una agenda de -consulta externa de atención farmacéutica-. Acción 3. Asignación de un gestor farmacéutico para el montaje, la normalización del proceso y el acceso a indicadores hospitalarios para revisión y unificación de la actividad. Acción 5. Formación del equipo farmacéutico. Prueba piloto: octubre de 2015 a marzo de 2016 se fueron validando y actualizando los procedimientos y la capacidad de trabajo de los farmacéuticos.

RESULTADOS. Tras diez meses de gestiones para la apertura de la CEXAF, en septiembre de 2015 se asignó una consulta con horario de 8:30-10:00 de martes a viernes. Se elaboró el procedimiento de trabajo que incluyó: captación de pacientes (interconsultas, citaciones por farmacéutico por demanda del paciente o por criterio farmacéutico); valoración farmacéutica (anamnesis, notas clínicas, traspaso de información entre aplicaciones electrónicas, etc); circuito de CEXAF; manejo de agenda y obtención de indicadores del cuadro de mandos del hospital. Durante los seis meses de CEXAF se realizaron 18 visitas a 15 pacientes. Motivos de la citación: alta no coordinada, falta de formación y/o riesgo de adherencia farmacoterapéutica. En 2016 se incorporaron las entrevistas telefónicas domiciliarias a la agenda de -citaciones no presenciales- del hospital. Barreras externas encontradas: proceso de autorización lento, conflictos entre servicios en la asignación del espacio físico y horario y actividad controlada por servicio de admisión. Barreras internas detectadas: horario incompatible con la consulta médica, necesidad de conocer el funcionamiento de la agenda de citación de pacientes, historia clínica electrónica interna y de atención primaria, duplicidad asistencial en registro de actividad y de actuaciones farmacéuticas, sobrecarga de trabajo, necesidad de reingeniería de procesos y recursos en el servicio de farmacia, adecuación del perfil clínico farmacéutico a las nuevas actividades, responsabilidades, formación y motivación clínica del farmacéutico.

CONCLUSIONES. La implantación de una CEXAF al paciente crónico trasplantado desligada de la dispensación de medicamentos supone un reto para un Servicio de Farmacia y un esfuerzo del equipo para garantizar la normalización de circuitos, la continuidad asistencial y la prevención de riesgos asociados a la farmacoterapia. La inclusión de procesos de atención farmacéutica en los circuitos de soporte tecnológico del hospital mejora la visibilidad de la actividad realizada entre los profesionales y el equipo directivo ya que es registrada en el cuadro de mandos del hospital. Para ampliar la cobertura de la CEXAF a otros pacientes crónicos, es necesario eliminar y reducir las barreras externas e internas identificadas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

687. INCORPORACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS EN EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: GARCÍA ROBLES A, BORRÀS ALMENAR C, PLANELLS HERRERO C, VALERO GARCÍA S, FONT NOGUERA I, POVEDA ANDRÉS JL.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Avinguda Fernando Abril Martorell 106. Valencia. España

OBJETIVO: Describir los criterios de incorporación de los medicamentos biopeligrosos (BP) a la base de datos del sistema de prescripción electrónica asistida (PEA) Prisma®, implicando de forma transversal a los procesos de prescripción, validación y administración. Se consideran BP aquellos incluidos en la Lista NIOSH 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Ámbito: Hospital Universitario terciario de 1000 camas. Grupo de trabajo: Se creó un grupo de trabajo con profesionales implicados en el circuito. Plan de acciones: Acción 1. Definir y clasificar los perfiles de BP mediante un algoritmo. Los criterios dependieron de si se preparaban o no en el Servicio de Farmacia (SF) o si se dispensaban sin manipular a la sala. Acción 2. Definir y establecer recomendaciones para la administración mediante alertas electrónicas. Acción 3. Asignar el perfil de BP en la base de datos del sistema de PEA considerando si era o no BP, dependiendo del lugar de preparación en el SF o manipulación en la sala, la imputación o no de consumo, la inclusión o no en la carga de carros de dosis unitarias y las recomendaciones para la administración correspondientes. Variables: número de principios activos (medicamentos) y número de especialidades farmacéuticas de BP incorporadas a la base de datos. Se excluyeron los BP de la lista 1 NIOSH (antineoplásicos) parenterales por gestionarse con otro aplicativo informático (Farmis®). Se excluyó el circuito de preparación y metodología de la misma por ser un procedimiento especial.

RESULTADOS: Se definieron un total de 99 BP correspondientes a 235 especialidades farmacéuticas disponibles en la Guía Farmacoterapéutica de las cuales, 199 fueron BP que no requieren preparación (165 orales y el resto formas tópicas, parenteral, vaginal y nasal), 31 especialidades se preparaban de forma individualizada y 5 por stock en el SF. Se establecieron cuatro recomendaciones electrónicas para la etiqueta y para la administración (hoja/pantalla): requiere protección para el manipulador, preparado en Farmacia, evitar manipulación por embarazadas, y usar guantes y bata como protección. A partir de julio de 2015 se inició la incorporación paulatina de BP a la base de datos completando en agosto de 2015 las presentaciones parenterales, elaboradas en el SF (13 medicamentos; 14 especialidades), y las soluciones/suspensiones orales multidosis en noviembre de 2015 (4 medicamentos, 5 especialidades). En la actualidad, se están incorporando los BP orales (81 medicamentos; 165 especialidades) y las fórmulas magistrales (17 medicamentos; 19 especialidades) excluidas hasta ahora del circuito de PEA.

CONCLUSIONES. Todos los biopeligrosos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica tienen definidos los criterios y recomendaciones específicas para incorporar a la base de datos. El 100% de las especialidades parenterales tienen asignado el perfil en la base de datos. Queda pendiente incorporar el perfil de los biopeligrosos en los comprimidos/cápsulas e incluir las fórmulas magistrales en el circuito de la prescripción electrónica.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

26. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES: Martínez Santana V, Fernández Cañabate E, Miserachs Aranda N, Brandariz Nuñez D, Maroto Hernando M, Torre Lloverás I.

Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Avda. Mossèn Pons i Rabadà. Barcelona. España

OBJETIVO: Analizar el alcance de las intervenciones farmacéuticas en la prescripción electrónica de pacientes hospitalizados y proponer estrategias para optimizar el proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo realizado en un hospital comarcal en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de edad hospitalizados durante 1 año (enero 2015- diciembre 2015) a los que se les prescribió electrónicamente al menos un fármaco. Se recogieron las siguientes variables independientes: número de historia de los pacientes y servicio clínico; y dependientes: revisión o no de la intervención por parte del prescriptor, su consiguiente aceptación o no, y con éstas se calcularon el grado de revisión y el grado de aceptación de las intervenciones. Las variables cuantitativas fueron representadas mediante media y desviación estándar y las variables cualitativas mediante distribución de frecuencias.

RESULTADOS: Se incluyeron 5.183 pacientes, de los cuales 1.412 (27,24%) necesitaron al menos 1 intervención farmacéutica. Se realizaron 2.429 intervenciones, $\bar{x}=151,81\pm 281,49$ intervenciones por servicio. Los servicios intervenidos fueron: Medicina Interna (1.172), Cirugía General (330), Traumatología (265), Urgencias Medicina Interna (253), Urología (65), Neurología (57), Unidad de Media Estancia (52), Obstetricia (52), Hospitalización Domiciliaria (48), Urgencias Cirugía General (45), Cirugía Vascular (45), Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (22), Urgencias Traumatología (8), Otorrinolaringología (6), Cirugía Maxilofacial (5) y Ginecología (4).

Aproximadamente la mitad de las intervenciones no fueron revisadas (46,85%). El grado de revisión de las intervenciones fue el siguiente: Medicina Interna (758/1172; 64,68%), Cirugía General (174/330; 52,72%), Traumatología (74/265; 27,92%), Urgencias Medicina Interna (125/253; 49,41%), Urología (36/65; 55,38%), Neurología (26/57; 45,61%), Unidad de Media Estancia (25/52; 48,08%), Obstetricia (12/52; 23,08%), Hospitalización Domiciliaria (5/48; 10,42%), Urgencias Cirugía General (21/45; 46,67%), Cirugía Vascular (16/45; 35,56%), Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (11/22; 50%), Urgencias Traumatología (3/8; 37,5%), Otorrinolaringología (2/6; 33,34%), Cirugía Maxilofacial (2/5; 40%) y Ginecología (1/4; 25%).

De las 1.291 intervenciones revisadas, 81,25% fueron aceptadas, 8,29% fueron rechazadas y 10,46% no fueron valoradas. Se aceptaron $\bar{x}=65,56\pm 147,25$ intervenciones por servicio. Excluyendo las intervenciones no revisadas, el grado de aceptación fue el siguiente: Medicina Interna (81,40%), Cirugía General (68,39%), Traumatología

(71,62%), Urgencias Medicina Interna (100%), Urología (72,22%), Neurología (84,62%), Unidad de Media Estancia (76%), Obstetricia (100%), Hospitalización Domiciliaria (100%), Urgencias Cirugía General (100%), Cirugía Vascular (81,25%), Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (81,82%), Urgencias Traumatología (100%), Otorrinolaringología (100%), Cirugía Maxilofacial (100%) y Ginecología (100%).

CONCLUSIONES:

- La mitad de las intervenciones no llegan a estar en conocimiento del prescriptor
- Sin embargo, las intervenciones revisadas son aceptadas en una alta proporción
- Los sistemas deben reducir barreras para la revisión de las intervenciones, facilitando la lectura de las mismas en campos próximos a la descripción del fármaco
- Se debe establecer un mecanismo de respuesta al prescriptor tras la revisión de la intervención como incentivo y refuerzo a su acción
- Las desviación de los valores promedios indica una elevada dispersión de los datos, por lo que sería necesario individualizar estrategias por servicios

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1246. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PRIVADA

AUTORES: GONZÁLEZ MUNGUÍA S.

Clinica Vida. Calle Magnolias nº2. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Valorar las intervenciones realizadas por una farmacéutica especialista de reciente incorporación en una clínica privada previa instalación de un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS: En junio de 2015 se incorpora al centro una farmacéutica especialista para la instauración de un Servicio de Farmacia Hospitalaria de acuerdo con la normativa nacional y de la Comunidad Autónoma. Se realiza un estudio prospectivo de las intervenciones farmacéuticas realizadas durante los últimos 8 meses en la planta de ingresos que cuenta con 30 camas. Para llevar a cabo el estudio, se revisó el tratamiento domiciliario y prescripción en la clínica de todos los pacientes ingresados. La información de la medicación habitual se extrajo de la entrevista al paciente y/o familiares de varias nacionalidades, así como de otros informes médicos aportados. Estos datos fueron comparados con la prescripción actual en función de la situación clínica del paciente extraída del pase de planta y notas en la historia clínica.

Las intervenciones farmacéuticas se registraron en una base de datos de Microsoft Access.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 160 pacientes. Durante el periodo del estudio se realizaron 73 intervenciones farmacéuticas. Las intervenciones más frecuentes fueron suspender medicamento con un 18% debido principalmente a la duplicidad terapéutica; cambio de medicamento un 19% por el no ajuste a la guía farmacoterapéutica e inicio de tratamiento con un 15% mayoritariamente por tratamiento habitual no prescrito. Estos resultados se deben a que la mayoría de los pacientes tienen distinta nacionalidad y por lo tanto es preciso una revisión exhaustiva de su tratamiento domiciliario. En algunas circunstancias, el medicamento prescrito en su país no se encuentra comercializado en España. Otras intervenciones realizadas con un menor porcentaje fueron modificación de la pauta posológica 12% en su mayoría por ser administrado con mayor frecuencia de lo recomendado, modificación de horario y cumplimentación de órdenes médicas con un 11% cada una; variación de la dosis un 8% con el mismo número de casos para dosificación excesiva como insuficiente y modificar vía de administración 6% para una terapia secuencial.

CONCLUSIONES: La implantación de un Servicio de Farmacia Hospitalaria repercute en la mejora de la calidad asistencial de una clínica privada.

Las intervenciones farmacéuticas han permitido mejorar la eficacia y la seguridad del tratamiento de los pacientes. Los resultados de estas intervenciones farmacéuticas resalta la importancia de la presencia de estos de profesionales en el ámbito de la sanidad privada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

478. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS: ¿CÓMO LO HACEMOS?

AUTORES: Labeaga Beramendi Y, Pena Villanueva P, León Barbosa A, Pampín Sánchez R, Calzón Blanco C, Durán Román C.

Hospital Universitario de Cabueñes. Calle Los Prados, 395. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar y determinar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas desde el área de dispensación unitaria del servicio de farmacia.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio prospectivo descriptivo de 3 meses de duración (Enero-Marzo 2016) para el análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas a través de la historia clínica electrónica (SELENE®), sobre la prescripción médica en pacientes ingresados en servicios con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.

Como parte del trabajo diario de validación farmacéutica se realizaron intervenciones incluidas como □Comentarios de Farmacia□, dentro de las notas de curso clínico del paciente. Para facilitar su redacción y posterior seguimiento se utilizaron unos autotextos predefinidos, de manera que las notificaciones se tipificaron en: aclaración del medicamento, administración, ajuste por insuficiencia renal, dosis o pauta incorrecta, duración del tratamiento, duplicidad, equivalente terapéutico, interacción, terapia secuencial y seguridad.

Durante el período de estudio se obtuvo un registro diario de las intervenciones realizadas el día anterior, revisándose la prescripción para determinar la aceptación o no del comentario. En aquellas en las que no se observó modificación a las 24h, se reevaluó la situación a las 48h. Para las notificaciones realizadas durante el fin de semana, el plazo de evaluación se aumentó a 72h.

Las variables recogidas fueron: datos demográficos del paciente, tipo de notificación farmacéutica realizada, principio activo y grupo terapéutico afectado, servicio médico al que fue dirigida y aceptación o no de la intervención.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se realizaron 909 intervenciones farmacéuticas correspondientes a 644 pacientes, 330 mujeres y 314 hombres, con una edad media de 70,5 años (rango 5-99).

El grado de aceptación de las recomendaciones realizadas fue del 69,1%.

Los tipos de intervención farmacéutica más frecuentes fueron: duplicidad (35,9%), dosis o pauta incorrecta (17,2%) y ajuste por insuficiencia renal (15,5%). Dentro de cada tipo, el grado de aceptación fue del 72,7%, 72,4% y 62,4%, respectivamente. En las notificaciones por duplicidad, la mayor intervención se realizó sobre las pautas de analgesia (29,4%), al igual que en el caso de dosis o pauta incorrecta (14,7%); los antibióticos fueron el grupo de mayor intervención en ajuste por insuficiencia renal (53,2%).

En cuanto a los servicios médicos, aquellos a los que más notificaciones se enviaron fueron: Traumatología (21,6%), Medicina interna (19,0%) y Urología (8,9%). El grado de aceptación de las intervenciones recibidas fue del 73,5%, 61,3% y 53,1%, respectivamente.

CONCLUSIONES: El número de intervenciones realizadas sobre la prescripción consolida la contribución de la validación farmacéutica y su registro en la historia clínica del paciente.

El porcentaje de intervenciones sobre prescripciones duplicadas pone de manifiesto la problemática que tendría la activación de alertas por duplicidad y el riesgo de generar □fatiga en el prescriptor□.

Por otro lado, la aceptación de las intervenciones no sólo refleja una valoración positiva del clínico, sino que al traducirse en la modificación de prescripciones médicas, repercute en la adecuación del tratamiento para el paciente ingresado y por tanto, en la mejora de la calidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

4. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. DESCRIPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

AUTORES: RUANO GARCIA MDC, HERVAS LEYVA G, JORGE VIDAL V, CELDRÁN HERNÁNDEZ MA, MUR LALAGUNA MA, SALINAS ROSILLO C.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO. Crta. Torreblanca a Mairena, Km 3.5. Sevilla. España

OBJETIVOS: 1- Analizar la Prestación Farmacéutica en los establecimientos penitenciarios, estudiar la legislación vigente aplicable, y valorar si la organización actual de la misma es la adecuada.

2.- Establecer una propuesta de organización y funcionamiento para mejorar la situación actual, optimizar los recursos disponibles y que se ajuste a la legislación vigente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Recopilamos los datos de los diferentes establecimientos penitenciarios españoles a partir de los informes y memorias emitidos por Instituciones Penitenciarias.

Hacemos una búsqueda en las Leyes implicadas directamente en la regulación de estos establecimientos y en la de los Servicios de Farmacia y Depósitos de Medicamentos.

Se deben considerar la legislación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, las autonómicas y la legislación específica penitenciaria.

Analizamos los medios humanos y materiales con que cuenta la administración penitenciaria en los diferentes establecimientos farmacéuticos penitenciarios y el sistema organizativo impuesto para desarrollar la prestación farmacéutica. Comprobamos si los medios son adecuados y suficientes y permiten desarrollar las funciones asignadas.

RESULTADOS: La población reclusa atendida en los establecimientos penitenciarios incluye a más de 62000 internos. Centramos el estudio en los 68 Centros Penitenciarios ordinarios y los 2 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.

La atención sanitaria que se ofrece se puede considerar un híbrido entre Atención Primaria y Atención Especializada. Para ello los equipos sanitarios de esta administración cuentan con profesionales como médicos, enfermeros, auxiliares y farmacéuticos.

El análisis de la legislación aplicable y la unificación de toda la normativa implicada lleva cierta dificultad, máxime teniendo en cuenta que las normas autonómicas pueden ser en determinados casos algo diferentes entre ellas y las normativas penitenciarias pueden parecer contradictorias con las sanitarias en algunos parámetros.

También se debe considerar que en los últimos años ha habido cierta evolución o avance legislativo en esta materia, como es la integración de la Sanidad Penitenciaria del País Vasco en la Sanidad Pública.

Encontramos que en la mayoría de los Centros Penitenciarios analizados la organización y dotación de los establecimientos farmacéuticos es inadecuada por falta de recursos humanos y materiales, lo que desemboca en una prestación ineficaz e insuficiente y en situaciones de clara ilegalidad e intrusismo laboral.

Proponemos una organización adecuada, que aúne las normativas y considere la posibilidad de que la integración de la sanidad penitenciaria en la sanidad pública. Es evidente que hay una falta de recursos humanos y materiales que habría que solventar.

CONCLUSIONES: Hay una clara situación de ineficacia e ilegalidad en cuanto a la prestación farmacéutica se refiere en la mayoría de los establecimientos penitenciarios del territorio nacional.

Las normativas legislativas que hay que considerar provienen de varios organismos, pueden ser diferentes dependiendo de la comunidad estudiada y pueden cambiar en el tiempo.

Sin embargo, se puede establecer una organización mucho más adecuada y eficaz que la que existe actualmente y acorde a la legislación vigente si en cada Centro Penitenciario se estableciera un Servicio de Farmacia, o un Depósito de Medicamentos, se reestructurara la actual organización y se dotara de los recursos humanos y materiales necesarios.

La integración de la Sanidad Penitenciaria en la Pública, como se ha realizado en el País Vasco, puede ser un modelo a seguir en el resto del territorio nacional y redundaría en una mejora asistencial sanitaria completa, incluida la prestación farmacéutica, de los centros penitenciarios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

841. MEJORA DE LA CALIDAD DE PREPARACIÓN EN DOSIS UNITARIAS

AUTORES: Sendra García A, Sansano Clement A, Minuesa Sánchez R, Canoves Escolano MA, Espert Roig M, García Cases S.

Residencia la Florida. Avda/ Tomás Aznar Domenech, 43. Alicante. España

Identificación y diagnóstico

En el Servicio de Farmacia (SF) se detecta una incidencia de 0,031% errores de preparación (EP)/dosis dispensada (DD), 2,58% EP/paciente revisado (PR); 0,01% errores de dispensación (ED)/DD y 0,6% ED/paciente preparado (PP). Se decide implantar un plan de mejora de los procesos y subprocesos implicados en la dispensación de medicamentos en el sistema de dosis unitarias adaptados a los procedimientos del SF en nuestro ámbito (centros socio-sanitarios) con el fin de minimizar los errores de dispensación.

Formulación y diseño

Se utilizó la metodología de Análisis de Modo de Fallos, Efectos y evaluación comparativa de los Riesgos (AMFER) que se conformó mediante: a) creación de un equipo interdisciplinar (7 auxiliares/7 farmacéuticos/1 enfermera del SF); b) definición de los subprocesos y las fases de cada subproceso y sus MF potenciales; c) identificación de las posibles causas y efectos sobre el resultado en el paciente; d) elaboración y distribución de plantilla de valoración; e) cálculo del valor de Índice de Riesgo [$IR = incidencia(1-5) \times evitabilidad(5-1) \times gravedad(1-5)$], para cada MF; f) identificación y priorización de oportunidades de mejora; g) implantación de oportunidades de mejora.

Ejecución

Periodo de ejecución: 2 años. Se han identificado 5 subprocesos con un total de 69 fases diferentes, 89 modos de fallo potenciales y 227 posibles causas. Los modos de fallo con mayor IR fueron: no preparación de la medicación de paciente que no se va de permiso (IR 28,3), medicación no actualizada en listado de modificaciones (IR 19,29), bandeja no correspondiente al paciente del listado (IR 18,6), selección de medicamento incorrecto (IR 16,8), señalización incorrecta de paciente a preparar en bolsa (IR 16,7), no localización de medicamento (IR 16,5). Las posibles causas de error fueron: nombres/apellidos de pacientes similares, listados de permiso erróneos/ no actualizados, despiste, sobrecarga de trabajo, interrupción, ubicación incorrecta o contigua, rotura de stock, medicamento no acondicionado, cambio de especialidad, nombre de medicamento similar, desplazamiento involuntario de la barra señalizadora del atril.

Los efectos potenciales para el paciente de estos modos de fallo son: no administración de la medicación total/parcial al paciente, administración de medicamento erróneo, administración de medicamento no prescrito.

Evolución

Las oportunidades de mejora priorizadas en primer lugar fueron: formación de personal auxiliar y de enfermería, elaboración e implantación de procedimientos normalizados de trabajo (PNT), revisión de proceso y normalización de preparación de permisos, revisión y mejora de procesos de aprovisionamiento y cortado, adquisición de nuevos atriles.

De ellas, se ejecutaron las siguientes: formación inicial de auxiliares, elaboración e implantación de un PNT de preparación y revisión de proceso y normalización de preparación de permisos.

Resultados y efectos

La elaboración e implantación del PNT de preparación supuso una reducción de EP/DD en 25%, EP/PR en 28%, ($p < 0,05$), ED/DD en 10% y ED/PP en 9%.

La normalización de preparación de permisos y la formación de personal, de manera global, no modificó el nº de errores. Limitaciones: solapamiento en tiempo de intervenciones, rotaciones del preparador, formación de personal no realizada de manera continua.

Actualmente, se continúa con el proceso de ejecución de las oportunidades de mejora pendientes.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

808. OFF-LABEL USE OF BOTULINUM TOXIN TYPE A: DRUG USE EVALUATION STUDY

AUTORES: VINEY - AC, ESCONDRILLAS GÓMEZ LM, GARCÍA LAGUNAR MH, MUÑOZ GARCÍA I, GARCÍA MÁRQUEZ A, FERNÁNDEZ-LOBATO - B.

C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. Murcia. España

OBJECTIVES: Botulinum neurotoxins are used for an increasing range of clinical conditions, indicating the importance of a full understanding of the clinical situations in which these agents are most effective.

The objectives of this study were: i) to conduct a drug use evaluation study to investigate the most frequent off-label indications of Botulinum toxin type A (BTX); ii) to analyze the use of BTX in the different hospital departments; iii) to identify areas for improvement.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective descriptive study in a tertiary care hospital from May 2015 to May 2016 of two types of BTX; Botulinum toxin 100U (Botox®) and Botulinum toxin 500U (Dysport®). All patients that received treatment with BTX during this period were included. Clinical, demographic and pharmacotherapeutic variables registered from the program of medical records Selene® were: age, sex, type of BTX used, indication for treatment specifying if off-label and the hospital department responsible for treating the patient. Treatment data was obtained from a program that manages medication dispensed from a hospital pharmacy service (SAVAC®). An application form was needed in off-label use of BTX with a signed patient consent form.

RESULTS: A total of 212 patients were included. Botox® was used in 176 (83.0%) patients and Dysport® in 36 (17.0%) patients. The median age of patients that received Botox® was 49.9 (1.3-90.0) years; 75% were women. The median age of patients that received Dysport® was 45.6 (11.0-82.0) years; 55.6% were men.

A total of 116 patients (54.7%) received off-label use with BTX. All the cases identified belonged to the Botox® group (65.9%). The diagnosis and indications for off-label use of Botox® were: myofascial pain syndrome (n=70, 60.3%); anal fissure (n=33, 28.4%); achalasia (n=6, 5.2%); strabismus (n=3, 2.6%); Frey's syndrome (n=3, 2.6%); hypercontractile esophagus (n=1, 0.9%). The hospital departments responsible for the off-label use of Botox® were: Maxillofacial surgery (62.1%); General and Gastrointestinal surgery (24.1%); Gastroenterology (8.6%); Ophthalmology (3.5%); Unit of Pain and Palliative care (1.7%).

In all patients being treated with Dysport®, the uses and indications were included in the data sheet: spasticity of the arm in patients following a stroke (n=21, 58.3%); spasmodic torticollis in adults (n=8, 22.2%); hemifacial spasm in adults (n=7, 19.5%). The hospital departments responsible for the use of Dysport® were Neurology (52.8%) and Rehabilitation (47.2%).

CONCLUSIONS: There was a high off-label use of BTX, specifically in the group with patients being treated with Botox®, observing a great variability in the indications and hospital departments responsible for the treatment. Dysport® was used according to the indications approved for this drug stated in the data sheet in all of the patients. Although there is scientific evidence and support in off-label uses such as strabismus in ophthalmology, the protocolization of these treatments is necessary as a cycle of continuous improvement to ensure an effective and safe practice with BTX. To improve medical practice, multidisciplinary development of protocols will be initialized for the use of BTX in anal fissure, strabismus, myofascial pain syndrome and achalasia.

378. REORIENTANDO EL SERVICIO DE FARMACIA HACIA UN PROCESO ASISTENCIAL INTEGRAL DEL PACIENTE**AUTORES:** ALVAREZ DÍAZ AM, BERMEJO VICEDO T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA COLMENAR VIEJO KM 9.100. Madrid. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: La organización convencional del Servicio de Farmacia, en la que los farmacéuticos trabajan aisladamente en el área de pacientes externos, ingresados o ambulatorios, está centrada en el medicamento y no en los pacientes. Esto proporciona una visión parcial del proceso asistencial y no integra el conocimiento que los farmacéuticos tienen sobre farmacoterapia.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Diseñar e implantar un modelo asistencial basado en áreas farmacoterapéuticas (AFT) que integre el conocimiento de los farmacéuticos en el proceso asistencial del paciente, independientemente del ámbito sanitario en el que se encuentre, y que incremente la Atención Farmacéutica (AF). Para ello se debe analizar la organización basal del SF, definir las AFT, descentralizar el máximo de actividades técnicas y de soporte posible e integrarlas en las AFT.

EJECUCIÓN: 1-Modificación del Mapa de Procesos. 2-Análisis de los procesos: cuantificación de la actividad asistencial de cada área del SF, reasignación de tareas entre profesionales y mejoras en los sistemas de información. 3-Descentralización de actividades y agrupación en las AFT. En esta etapa se identificaron qué actividades se podían descentralizar y cuáles no, se definieron las AFT y se estudió cómo se podían incorporar las actividades descentralizadas en las AFT.

EVOLUCIÓN: Mayo-Julio 2015: se analizó la actividad asistencial (general y desglosada por Servicio Clínico), la descentralización y reasignación de actividades y las necesidades de recursos. Octubre 2015: se asignó una o varias AFT a cada farmacéutico del staff y se establecieron nuevos objetivos de AF en determinadas AFT. Abril 2016: implantación

RESULTADOS Y EFECTOS: Se crearon 11 AFT y el análisis de la actividad reflejó que el número de farmacéuticos necesarios para cada una es: Enfermedades infecciosas-Digestivo-Trasplante hepático y Neurología: 2; Onco-Hematología: 3; Nefrología: 1; Cardiología y Pacientes Críticos: 1; Pacientes Pediátricos y Reumatología-Dermatología-Endocrinología: 1; Pacientes Crónicos y Urgencias: 2 y Pacientes Quirúrgicos: 1. En cada área se definió un responsable de gestión y coordinación de la misma.

El farmacéutico de cada AFT realiza el seguimiento de todos sus pacientes (externos, ambulatorios u hospitalizados). Se han definido y puesto en marcha nuevos objetivos de AF en: Reumatología (AF a los pacientes con artritis reumatoide y continuidad asistencial), Onco-Hematología (AF en hospital de día), cardiología (continuidad asistencial en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva)

En todas las AFT se han integrado actividades descentralizadas, tales como: información de medicamentos, evaluación de nuevos fármacos, tramitación y seguimiento de medicamentos en situaciones especiales, seguimiento del consumo de medicamentos, gestión del riesgo, etc.

Se ha considerado adecuado no descentralizar las actividades de farmacotecnia y nutrición parenteral.

El proceso que hemos llevado a cabo para diseñar el nuevo modelo de organización asistencial del Servicio, ha permitido definir once AFT. Así los farmacéuticos logran, por una parte tener una visión integral del proceso asistencial de los pacientes y por otra, incrementar la actividad de AF.

El análisis detallado de la actividad asistencial de cada área del Servicio, ha sido clave para distribuir las tareas y asignar el número de farmacéuticos necesario en cada AFT, garantizando el cumplimiento de todas las actividades.

1032. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL TRABAJADOR EN UN ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN SEGURA.**AUTORES:** FERNÁNDEZ ROMÁN AB, ONTAÑÓN NASARRE A, BRAVO LÁZARO C, POULONSO A, AGUILAR GUISADO C, GARCIA GIL M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. Calle Camino del molino 2. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar el grado de mejora obtenido en el proceso de dispensación en un área de pacientes externos tras la implantación de un sistema de dispensación segura (SDS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio llevado a cabo en un hospital de segundo nivel.

El SDS se implantó en el área de pacientes externos en febrero de 2015. El SDS permitía la identificación segura del paciente mediante código de barras implantado en la cita, dispensación por lectura del código de barras de medicamentos con prescripción activa previamente etiquetados, control de trazabilidad con registro automático de lotes

y caducidad y registro electrónico de dispensación por firma electrónica conectado con el programa de Gestión de Externos de Farmatools.

Para evaluar la satisfacción de la implantación del SDS, se llevó a cabo una encuesta en el personal que trabajaba en el Área de pacientes externos (técnicos de farmacia y farmacéuticos responsables) al menos desde agosto de 2014. Se elaboró un cuestionario tipo Likert que constaba de seis preguntas, que valoraban grado de acuerdo o desacuerdo. Los cuatro primeros ítems valoraban las posibles mejoras obtenidas en relación al tiempo de atención al paciente, grado de estrés, seguridad y facilidad en la dispensación. Los dos últimos, valoraban el grado de satisfacción global en ambos periodos. Las respuestas se puntuaron del 1 al 5, siendo 1 la puntuación con el grado de satisfacción más bajo y 5 con el grado más alto. Los cuestionarios eran anónimos.

Se calculó la puntuación media en cada uno de los ítems. Los resultados obtenidos se analizaron por cada una de las categorías profesionales analizadas.

RESULTADOS: Se obtuvo un porcentaje de respuesta del 88% entre el personal técnico y del 100% entre farmacéuticos. Se incluyeron 17 técnicos de farmacia y 4 farmacéuticos.

Del personal técnico, el 87%(13) respondió que se ha reducido el tiempo de atención a los pacientes (puntuación media 4), el 53%(8) considera que ha mejorado su grado de estrés en la dispensación (3,5), todos opinan que ha mejorado la seguridad (4,6) y facilidad en la dispensación (4,4). La satisfacción media global del personal técnico antes de implantar el SDS era de 2,9 mientras que una vez con éste era 4,3.

De los farmacéuticos, un 50%(2) contestó que se ha reducido el tiempo de atención a los pacientes (3,8), el 75%(3) opina que ha mejorado su grado de estrés en la dispensación (3,8), todos aseguran que ha mejorado la seguridad (4,5) y facilidad en la dispensación (4,8).

La satisfacción media global de los farmacéuticos en el periodo previo era de 2,8, y tras la implantación del SDS fue 4,8.

CONCLUSIONES: -La implantación del SDS ha supuesto una mejora en el tiempo de atención al paciente, grado de estrés, seguridad y facilidad en la dispensación en todas las categorías profesionales del área de pacientes externos que dispensan.

-La diferencia entre el grado de satisfacción pre-post del personal de la unidad de pacientes externos nos permite afirmar de forma global que la implantación del SDS ha supuesto una mejora en sus condiciones de trabajo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

998. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN EL ÁREA DE FARMACIA ONCOLÓGICA

AUTORES: MARTÍNEZ VALERO A, GUTIÉRREZ VOZMEDIANO R, SÁNCHEZ GARCÍA A, ANDÚJAR MATEOS A, JIMÉNEZ PULIDO I, NAVARRO RUÍZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. C/ CAMINO DE LA ALMAZARA 11,. Alicante. España

OBJETIVO: La disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales es regulada por el real decreto 1015/2009, que regula el acceso a medicamentos en fase de investigación clínica en pacientes que no formen parte de un ensayo clínico(uso compasivo), la utilización en condiciones distintas a las autorizadas(off-label) y el uso de medicamentos no autorizados en nuestro país pero legalmente comercializados en otros estados(medicación extranjera). Además, la Comunidad Valenciana, a través del Programa de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico(PAISE), establece un marco legislativo propio que regula la utilización de determinados medicamentos para mejorar los resultados en salud, contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario y asegurar la equidad en el acceso. El objetivo es describir las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales, de acuerdo a la normativa nacional y autonómica, tramitadas desde el área de oncológica del Servicio de Farmacia de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de las solicitudes de medicamentos tramitadas de septiembre 2014-abril 2016.

Se recogió: número de solicitudes, servicio prescriptor, diagnóstico y fármaco. Según la situación del medicamento se clasificó en cuatro categorías: medicamento extranjero, incluido en la Guía Farmacoterapéutica del hospital(GFT), no incluido en GFT y uso expandido (medicamentos autorizados no comercializados o de uso compasivo). Respecto a la normativa autonómica, las solicitudes de medicamentos incluidos del programa PAISE se clasificaron según el procedimiento al que están sujetos: ordinario (cumplen las directrices de utilización) o excepcional. Se calculó el tiempo transcurrido para la resolución de la solicitud como la diferencia entre la fecha de recepción de la misma en el servicio de farmacia y la fecha cuando se comunica la autorización o denegación por parte de las autoridades competentes.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se realizaron 121 tramitaciones de medicamentos en situaciones especiales para un total de 112 pacientes. La distribución de solicitudes por servicios fue 99(81.2%) de Oncología, 10(8.3%) Hematología, 6(4.9%) Neurología, 5(4.1%) Urología y 1(0.8%) Reumatología. Se describieron 34 diagnósticos dife-

rentes siendo los más frecuentes neoplasia de pulmón no microcítico, colón, mama, y linfoma difuso de células B, con 23 (19.0%), 17(14.0%), 10(8.2%), y 9(7.4%) casos, respectivamente. Se identificaron 28 fármacos diferentes, siendo los más importantes, Rituximab con 28(62.2%) solicitudes, Bevacizumab 17(37.8%), Pemetrexed 13(28.9%), Cetuximab 11(24.4%) y Nivolumab con 10(22.2%). Sobre su situación, 79(65.3%) estaban incluidos en la GFT, 28(23.1%) no incluidos GFT, 7(5.8%) medicación extranjera y otros 7(5.8%) usos expandidos. Ciento once(83.5%) solicitudes se referían a medicamentos incluidos en el programa PAISE y 62(61.4%) fueron tramitadas mediante procedimiento ordinario. El tiempo promedio de resolución en el grupo de medicamentos incluidos en el PAISE y de los no incluidos fue de 11.6 días(rango 2-27) y de 3.1 días(rango 1-8), respectivamente. Al final del periodo de estudio, 112 (92.6%) se autorizaron, 1(0.8%) se denegó y 8(6.6%) estaban pendientes de resolución.

CONCLUSIÓN: La gran mayoría de solicitudes se resolvieron favorablemente, siendo rituximab el fármaco más usado en situaciones especiales. Destaca que el tiempo de resolución de medicamentos PAISE fuese sensiblemente mayor que nos lo incluidos en este programa.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

380. SOLUCIONES DE METACOLINA PARA PROVOCACIÓN BRONQUIAL. IMPACTO ECONÓMICO DE LA ELABORACIÓN PROPIA VERSUS ELABORACIÓN POR TERCEROS

AUTORES: IZQUIERDO NAVARRO MDC, CARDABA GARCIA ME, ENRIQUEZ OLIVAR L, IZQUIERDO MUÑOZ S, VARELA GONZALEZ-ALLER J, SANCHEZ SANCHEZ MT.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. Avda Ramón y Cajal. Valladolid. España

OBJETIVO: Determinar el impacto económico de la adquisición a terceros de una solución de metacolina (SM) a diferentes concentraciones comparado con la elaboración de la misma desde el Servicio de Farmacia (SF).

MATERIAL Y MÉTODOS: No existe comercializada en España una SM en aerosol para pruebas de provocación bronquial usadas en el diagnóstico del asma. Desde el SF se elaboran SM de 10 ml a concentraciones de 1 mg/ml, 2mg/ml y 5 mg/ml con este fin. Modus operandi: elaboración de una solución tampón (ST) que contiene por 75 ml, 375 mg NaCl, 206 mg HCO₃, 300 mg fenol y agua destilada estéril csp. 75 ml. Ha de prepararse en campana de flujo laminar (CFL) con filtros de retención de gases; además, aplicar medidas de protección individual para el personal dadas las características corrosivas e irritantes del fenol. A continuación, en CFL horizontal, esterilizar la ST con filtro de 0,22 micras. Reconstituir el vial de Provocholine® (medicamento extranjero) con la ST. Se obtiene una SM de concentración 5 mg/ml, a partir de la cual, por dilución con ST, se obtienen SM de 1 mg/ml, 2 mg/ml y 5 mg/ml. Caducidad: 15 días a 2-8°C. Tiempo aproximado de elaboración: 1,5 horas. En cada elaboración, se preparan lotes de 4 jeringas de 10 ml, 1 con ST, 1 SM 1 mg/ml, 1 SM 2 mg/ml y 1 SM 5 mg/ml. Cabe la posibilidad de externalizar la compra y adquirir las SM en formato vial de 5 ml y concentración de 1 mg/ml, 2 mg/ml y 4 mg/ml. La ST contiene fenol acuoso 4% vial 10 ml. Caducidad: 60 días a 2-8 °C.

Estudio retrospectivo de 1 año de duración (2015). Se incluyeron todos los pacientes que acuden semanalmente a consulta de neumología para provocación bronquial con metacolina. Variables: número de pacientes atendidos mensualmente, número de lotes de SM elaborados en el SF y su coste estimado. Para la tasación de la fórmula magistral se siguieron las directrices del acuerdo de financiación de fórmulas magistrales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y Colegio Oficial de Farmacéuticos para el año 2015. Se calculó el coste que supone la adquisición a terceros en comparación con la elaboración propia.

RESULTADOS: 12 pacientes acuden mensualmente a consulta. Se elaboraron 24 lotes de SM. La elaboración propia de 24 lotes supone 1.696,84/ anuales. La adquisición a terceros 2.732,4/año. La adquisición a terceros implica 1.035,55, más al año.

CONCLUSIONES: Aunque la adquisición a terceros supone un mayor coste, ha permitido descargar al farmacéutico elaborador de esta tarea con el consiguiente aumento de su productividad en otras áreas, además de reducir los riesgos asociados a la utilización del fenol a los que está expuesto. Al no considerarse en el cálculo del coste los gastos asociados al mantenimiento de las instalaciones ni del personal auxiliar que interviene en el envasado, la diferencia no es tan acusada, siendo la compra externalizada un procedimiento coste-efectivo en nuestra práctica diaria.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

142. TRANSFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE SELENE® EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.

AUTORES: CAPILLA MONTES C, IGLESIAS BOLAÑOS AM, BUENDIA BRAVO S, CRUZ CRUZ T.

HOSPITAL DEL SURESTE. C/ RONDA DEL SUR 10. Madrid. España

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo fue poner en marcha una serie de acciones destinadas a la mejora de la prescripción electrónica del programa de historia clínica Selene® con el fin de convertirla en una herramienta que asista a los profesionales sanitarios en la prescripción y administración de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para la puesta en marcha de este trabajo contamos con la ayuda la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud. En el Servicio de Farmacia tenemos 2 programas de prescripción electrónica: Farmatools® y Selene®, el segundo integrado con la historia clínica. La prescripción se realiza en Selene® y se integra con Farmatools® que, a su vez, transmite los datos a los sistemas de dispensación automatizada para la administración al paciente.

El trabajo se desarrolló en 4 fases: 1-análisis de volcado de datos 2. Revisión farmacológica. 3-Instauración y desarrollo de sistema de alertas. 4-información al personal

Resultados

- Primera fase: se detectaron los campos del maestro de artículos de Farmatools que volcaban en Selene para manejar correctamente la creación de nuevos artículos.

- Segunda fase: se revisaron 800 especialidades farmacéuticas incluidas en la guía farmacoterapéutica. Creamos las frecuencias de administración que aún no existían, indispensables para la correcta prescripción de algunos fármacos. Se recogió información relativa a la administración, preparación, dilución y prescripción de medicamentos así como dosis habituales y dosis en indicaciones menos conocidas. Con esta información se introdujeron 218 consejos dirigidos al personal de enfermería y 202 consejos dirigidos a los prescriptores. Asimismo, se instauraron las dosis habituales de cada fármaco en unidades de dosis, ya que hasta el momento se prescribía por unidades de especialidad (comprimidos, viales,).

- Tercera fase: se instauró y desarrolló el sistema de alertas:

- de ajuste de dosis para insuficiencia renal en 25 especialidades

- de prescripción en determinados fármacos: se introdujeron 16 avisos con información imprescindible antes de la prescripción.

- de alergias medicamentosas que aparecen tras la prescripción del fármaco implicado, bien por grupo terapéutico (se introdujeron 10 grupos) bien por principio activo. Se contó para ello con el Servicio de Alergia.

- Gestión de alertas ya existentes: duplicidades tanto de grupo terapéutico como de principio activo, mejorándolas y eliminando las originarias de fatiga informativa.

- Cuarta fase: impartimos una sesión general en el hospital así como charlas informativas específicamente dirigidas a los principales servicios prescriptores del Hospital.

Conclusiones

En este trabajo se ha conseguido la transformación de la prescripción electrónica de Selene en una prescripción electrónica asistida que aporta información al personal de enfermería para la correcta administración de los fármacos así como al facultativo para la toma de decisiones en la prescripción. El futuro será la incorporación de nuevos protocolos así como de interacciones farmacológicas y dosis máximas para seguir avanzando en la seguridad en la administración de fármacos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

445. TRIAJE FARMACÉUTICO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO, UN CAMINO PARA INDIVIDUALIZAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

AUTORES: Juanes Borrego A, Aretio Pousa A, Campos Baeta Y, Garrido Alejos G, Garin Escrivá N, Mangues Bafalluy MA.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONIO MARIA CLARET, 167. Barcelona. España

Identificación y diagnóstico:

La atención farmacéutica en el ámbito quirúrgico experimenta una serie de dificultades como son la complejidad creciente de los pacientes ingresados y la restricción de los recursos sanitarios. Este proyecto tiene como objetivo el diseño y la implantación de un sistema de triaje farmacéutico al ingreso de los pacientes para poder así individualizar la asistencia farmacéutica de los mismos.

Formulación y diseño:

Se definieron tres niveles de triaje en función de la complejidad de la farmacoterapia crónica de los pacientes. El nivel de triaje asignado condicionó el tipo de actividad asistencial farmacéutica que recibieron y las fuentes de información recomendadas para realizarla.

Ejecución:

El primer nivel de complejidad incluyó a los pacientes sin problemas crónicos de salud ni medicación domiciliaria. El segundo nivel se aplicó cuando la farmacoterapia crónica reflejada en la Receta Electrónica (RE) era coherente con

los problemas de salud y no incluía fármacos de estrecho margen terapéutico (FEMT) ni Medicación Ambulatoria de Dispensación Hospitalaria (MHDA). Se consideraron pacientes de Nivel III si la farmacoterapia crónica incluía FEMT y/o MHDA y/o cuando la farmacoterapia reflejada en la RE era incoherente con los problemas de la historia clínica. La actividad asistencial sobre los pacientes de nivel I consistió en la validación de la prescripción médica. Adicionalmente, a los pacientes de segundo nivel se les realizó conciliación de la medicación habitual utilizando la historia clínica y seguimiento farmacoterapéutico (SFT). El tercer nivel incluyó la actividad asistencial del nivel II, pero la conciliación de la medicación y el SFT se realizaron tras realizar una entrevista clínica al paciente.

Evolución:

El sistema de triaje descrito se ha aplicado en una sala de cirugía general de un hospital general de Nivel III durante el mes de Marzo de 2016. Se han medido los resultados de la actividad asistencial farmacéutica en término de prevalencia de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) resueltos (PRM que tras ser comunicados al facultativo prescriptor generaron un cambio en la prescripción médica en el sentido de la recomendación farmacéutica) y de prevalencia de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).

Resultados y efectos:

Se incluyeron 113 pacientes, 23 (20.3%) se consideraron de Nivel I, 63 (55.8%) de nivel II y 27 (23.9 %) de nivel III. La prevalencia de PRM resueltos fue del 17.4 % (4 pacientes) en el nivel I, 47.6% (30 pacientes) en el nivel II y 74.1 % (20 pacientes) en el nivel III.

Se detectaron RNM a pesar de la actividad asistencial farmacéutica en el 13% de los pacientes de nivel I (3), el 15.9% de los pacientes de nivel II (10) y el 18.5% de los pacientes de nivel III (5).

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

1195. VALORACIÓN DEL PROTOCOLO DE USO DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN CARDIOVERSIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR.

AUTORES: ZARRA FERRO I, SUAREZ ARTIME P, HERMIDA CAO AM, ROJO VALDES J, RODRIGUEZ COBOS M, LAMAS DIAZ MJ.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHOUFANA S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir los resultados de la implantación del protocolo de uso de los anticoagulantes de acción directa (ACOD) en una indicación no aprobada en ficha técnica en pacientes con fibrilación auricular (FA) que se someten a una cardioversión.

MATERIAL Y MÉTODOS: El servicio de Farmacia en colaboración con el servicio de cardiología, y con la aprobación del Comité de Farmacia, elabora e implanta un protocolo de uso de ACOD durante la pericardioversión en FA. Los criterios de inclusión son: pacientes con FA de duración ≥ 48 horas, sin anticoagulación previa y, en los que por su riesgo tromboembólico bajo (CHADS-VASc

Se realiza un estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes incluidos en el protocolo que acuden a la consulta de farmacia desde su implantación (diciembre 2015) hasta el 31 de marzo de 2016. Las variables recogidas y analizadas son: número de pacientes incluidos, edad, sexo, cumplimiento de los criterios de inclusión (Si/No), realización de la prueba en fecha programada (Si/No), % de adherencia al tratamiento y reacciones adversas observadas. La valoración de la adherencia la realiza el médico en la visita de cardioversión y en la visita control postcardioversión con la devolución de los sobres por parte del paciente. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%) y las cuantitativas con la media $\pm$ desviación estándar (DS).

RESULTADOS: Se incluyen 18 pacientes con una media de edad ($\pm$ DS) de $55,26 \pm 10,10$ años; 77% de los casos hombres y un 23% mujeres; se cumplieron todos los criterios de inclusión en el 77% de los casos, y en el 23% restante se destacan como razones de no cumplimiento CHADS-VASc > 2 (75%) y la existencia de tratamiento previo anticoagulante (50%). En el 100% de los casos la cardioversión se realizó en la fecha programada inicial. El porcentaje de adherencia fue del 100% para todos los pacientes incluidos. En cuanto a seguridad sólo se observó 1 paciente con una reacción adversa de intensidad moderada (hematoma en miembro inferior).

CONCLUSIONES: La implantación del protocolo permite ser más eficientes en la planificación de la realización de la cardioversión por parte del Servicio de Cardiología, ya que la fecha de la realización de la misma se programa ya en la primera consulta. El uso de los anticoagulantes antagonistas de la vitamina K precisan la coordinación con el servicio de Hematología y la necesidad de que el paciente se encuentre en rango adecuado de INR en el momento de la cardioversión. En nuestro estudio ningún paciente tuvo que postponer la realización de cardioversión. El trabajo coordinado e integrado de los diferentes servicios del Hospital permite la implantación con éxito de nuevos circuitos asistenciales con un papel clave de la Farmacia Hospitalaria.

615. CONDICIONES DE UTILIZACIÓN DE CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: TALLÓN MARTÍNEZ JC, LARROSA ESPEJO I, FERNÁNDEZ RUIZ-MORÓN A, PÉREZ MORALES A, BORREGO HERNANDO MI, BILBAO GOMEZ-MARTINO C.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTIN LAGOS. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar las indicaciones y condiciones de utilización de concentrado de complejo protrombínico (CCP) en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo desde el 1 de septiembre de 2015 al 29 de febrero de 2016. Se creó una base de datos de pacientes que hubieran recibido al menos una dosis de CCP durante el periodo descrito en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Se registra: indicación de uso (hemorragia/cirugía), tratamiento anticoagulante o antiagregante previo, INR anteriores y posteriores a la administración de CCP y terapia recibida para la reversión de la anticoagulación. Se utiliza el módulo de Gestión Económica de Farmatools®. Para la obtención de la información clínica se utiliza la aplicación informática de prescripción en urgencias Sisu® y la del Servicio de Análisis Clínicos Eolhis®.

RESULTADOS: Se incluyen un total de 23 pacientes, 56,5% (13) mujeres, con una mediana de edad de 82 años (rango 60-95).

El 87% (20) de los pacientes se encontraba en tratamiento con acenocumarol, el 8,7% (2) con nuevos anticoagulantes orales (NACO's) (dabigatran y rivaroxaban) y 4,3% (1) en tratamiento con ácido acetilsalicílico. El 78,3% (18) estaban anticoagulados por fibrilación auricular, 13% (3) por tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda, 4,3% (1) por marcapasos y 4,3% (1) por bypass.

La mediana del INR previo a la administración de CCP en pacientes tratados con acenocumarol fue de 3,45 (IQR 4,8-2,5) y la del INR posterior fue de 1,35 (IQR 1,6-1,1).

En el 69,6% (16) de los pacientes el motivo de reversión de anticoagulación con el CCP fue por causas hemorrágicas y el 30,4% restante cirugía u otros. Dentro de las causas hemorrágicas, las más frecuentes, en el 62,5% (10), fueron las producidas en el sistema nervioso central, seguido de las hemorragias digestivas en el 25% (4). En los eventos no hemorrágicos, el 71,4% (5) fue la necesidad de cirugía urgente y los otros motivos de utilización fueron la realización de una prueba diagnóstica de alto riesgo y el elevado riesgo de sangrado en un paciente con INR=24 y presencia de hematomas.

En el 82,6% (19) de los pacientes además se les administró vitamina K intravenosa y/o plasma.

El 26,1% (6) fallecieron antes de los siete días tras la administración de CCP.

CONCLUSIONES: El CCP, al tratarse de un medicamento de alto riesgo y de elevado coste económico, debe ser estrechamente monitorizado en aquellos pacientes en los que se utilice. Aunque se ha detectado un aumento considerable del consumo de CCP en el hospital, en este estudio no se ha identificado ningún caso en el que su utilización no estuviera debidamente justificada, ya que todos los pacientes fueron de alto y moderado riesgo.

A pesar de la introducción de los NACO's en el arsenal terapéutico, en el periodo de estudio tan solo se han localizado 2 pacientes con necesidad de revertir la anticoagulación. El principal anticoagulante implicado ha sido acenocumarol. Para poder extraer conclusiones al respecto, sería necesario ampliar el periodo de observación e incluir todos los pacientes con hemorragias.

503. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS

AUTORES: Carriles Fernández C, Gómez de Segura Iriarte L, Rodríguez Ferreras A, Sacristán De Lama MP.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avda. de Roma, s/n. Asturias. España

Identificación y diagnóstico

El plasma rico en plaquetas (PRP) se preparaba en la consulta de Traumatología utilizando material desechable y sin garantías de calidad en su preparación. Se decide, por tanto, implantar un protocolo de elaboración de PRP en el Servicio de Farmacia (SF) para sustituir a las alternativas utilizadas que presentan un elevado coste de adquisición y son productos sanitarios.

Formulación y diseño

Se constituyó un grupo de trabajo interdisciplinar liderado por un miembro de la Dirección del hospital y los servicios implicados (Traumatología, Extracciones-Hematología y Farmacia). En primer lugar se revisó la bibliografía disponible y valoró la viabilidad del proyecto, concretamente su preparación en el SF. A continuación se estableció el circuito:

prescripción-extracción sanguínea-elaboración-dispensación-administración. Por último se diseñaron los documentos necesarios para el procedimiento. Se determinó un día a la semana y un número máximo de 10 preparaciones por sesión. Se adquirió el material necesario para la elaboración: gradillas, tubos estériles con tapón, pipetas Pasteur 1,5mL desechables y jeringas luer-lock.

El protocolo que se aprobó e implantó incluye las siguientes fases:

1. Prescripción médica: original al SF y copia al Servicio de Extracciones.
2. Extracción de sangre del paciente (3 tubos citratados de 9mL), centrifugación de los mismos a 2800rpm durante 8 minutos y envío al SF.
3. Elaboración del PRP en cabina de flujo laminar vertical con técnica abierta.
4. Dispensación a la consulta de Traumatología donde finalmente se administraría el PRP.

Ejecución

La técnica abierta utilizada consiste en retirar primero mediante pipeteado el plasma pobre en plaquetas, y después el plasma rico en plaquetas (1mL de cada tubo + 3mL en total), que se introducen en una jeringa luer-lock, cerrada con tapón estéril. Se etiqueta (lote y paciente) y, acondicionada en bolsa precintada, se envía a la consulta de Traumatología donde se cierra el circuito con la administración al paciente.

Se realizan dos tipos de controles de calidad en cada sesión: control del número plaquetas del concentrado respecto de la muestra sanguínea en dos preparaciones y control microbiológico de una preparación.

Resultados y efectos

Desde la instauración del protocolo en el SF en julio de 2015 hasta el 31 de marzo de 2016 se han preparado 175PRP (5,5PRP/semana). Sin embargo, el número de preparaciones semanal ha ido incrementando hasta el máximo (10PRP/semana) en las últimas semanas del seguimiento. El tiempo medio necesario por preparación es de 15 minutos y el coste estimado 12 €/PRP (incluidos los gastos en recursos humanos y materiales).

El coste medio del kit utilizado previo al desarrollo e implantación del protocolo descrito era de 420€, teniendo en cuenta que se han preparado 175 dosis de PRP en el periodo de estudio, el ahorro ha sido de 71.400€, y el potencialmente estimado para todo el año 2016 alcanzaría los 212.000€.

La elaboración del PRP en el SF mediante técnica abierta, ha supuesto una reducción del 97% del gasto individual de cada preparación. Además, cuenta con la supervisión de la preparación por un farmacéutico, cumpliendo con la legislación vigente, incrementa la calidad del proceso y reduce la posibilidad de errores.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

700. DESCRIBIR EL PERFIL DE UTILIZACIÓN Y COSTE DE LOS HEMOSTÁTICOS UTILIZADOS EN LA HEMORRAGIA MASIVA

AUTORES: GONZALEZ PIÑEIRO S, SALVADOR GARRIDO P, PEDREIRA VAZQUEZ MI, RABUÑAL ALVAREZ MT, LESTON VASQUEZ M, MARTIN HERRANZ MI.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir el perfil de utilización y el coste en la hemorragia masiva (HM) del concentrado de fibrinógeno (FC), del concentrado de complejo protrombínico activado (CCPa) y de factor VII recombinante activado (rFVIIa).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con HM en un complejo hospitalario de tercer nivel durante el 2015. Los pacientes con hemorragia masiva se identificaron a través del registro del banco de sangre utilizando como criterio de selección aquellos que precisaron 10 o más unidades de concentrados de hematíes en 24 horas. Los datos de edad, sexo y resolución de la HM se obtuvieron del aplicativo de historia clínica informatizada del hospital y las dosis de hemostáticos dispensadas a partir del registro individualizado del SF. El dato utilizado para calcular el coste fue el precio de los medicamentos que se obtuvo del aplicativo de gestión.

RESULTADOS: Se identificaron 47 pacientes con HM, recibieron tratamiento con hemostáticos 35 pacientes (74,5%). De los pacientes estudiados 29(82,8%) son hombres y 6(17,14%) mujeres, de mediana de edad de 64 años (intervalo 35-84 años) y como condiciones clínicas previas a la aparición de HM: 18 pacientes (51,4%) tenían patología cardiovascular, 8(22,85%) ingresaron para trasplante hepático, 2(5,71%) para trasplante renal, 6(17,14%) cirugía general, 1(2,86%) por embarazo. El/los hemostáticos recibidos fueron: 20 pacientes (57%) únicamente recibieron FC; 3(8,57%) con CCPa; 2(5,7%) rFVIIa; 1(2,85%) FC más CCPa; 4 pacientes (11,4%) recibieron FC y rFVIIa; 2(5,7%) con CCPa y rFVIIa; 3 pacientes (8,6%) recibieron FC, CCPa y rFVIIa. Se dispensaron un total de: 88 g de FC - dosis media 3,2 g (intervalo 1-8 g); 14.400 ui CCPa □ dosis media 1300 ui (intervalo 600-1800 ui)- y 58 mg de rFVIIa □ dosis media 6,4 mg (intervalo 5-13 mg). Fueron exitus 11 pacientes (31,4%). El 43,24% de las dosis fueron enviadas al quirófano y el 45,9% de las dosis entre reanimación y críticos. El coste fue de 36.521,76 euros en FC (28 pacientes lo recibieron bien en monoterapia o junto a otros hemostáticos), de 4.614,24 euros CCPa (9 pacientes en monoterapia o en asociación) y de 15.044,12 euros en rFVIIa (11 pacientes en monoterapia o en asociación).

CONCLUSIÓN: El perfil de utilización de FC en nuestro hospital se asemeja a lo recomendado por diferentes guías que lo priorizan en el manejo HM por ser el primer factor que alcanza el umbral bajo. Se necesita disponer de más datos para analizar la utilización de los otros dos hemostáticos.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

1027. EFICACIA, IMPACTO ECONÓMICO Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS

AUTORES: MARTÍNEZ ROCA C, LESTÓN VÁZQUEZ M, YÁÑEZ GÓMEZ P, GARCÍA VERDE MJ, MARTÍN HERRANZ MI. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Las inmunodeficiencias primarias (IP) son un grupo raro de enfermedades del sistema inmunitario, habitualmente hereditarias y de origen genético. La administración de inmunoglobulinas inespecíficas (IgG) por vía parenteral (intravenosa o subcutánea) forma parte de su tratamiento con el fin de reponer el déficit fisiológico. Los objetivos del estudio son: 1.-Evaluar la eficacia clínica y cuantificar el impacto económico que supone cambiar de una presentación intravenosa (iv) de IgG a una presentación subcutánea (sc); 2.-Conocer el grado de satisfacción y preferencias de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo entre octubre 2014-marzo 2016. Se incluyeron todos los pacientes

RESULTADOS: Realizaron el cambio de IgG iv a sc tres varones de 5, 8 y 17 años. Niveles medios de IgG con la presentación iv: 860 mg/dL (media gramos prescritos: 59,3 g/mes); con la presentación sc: 945 mg/dL (media gramos prescritos: 45,2 g/mes). El coste real medio de IgG iv: 1.987 €/mes; sc: 1.913 €/mes. Fueron encuestados todos los pacientes (respondieron la encuesta junto con los padres/tutores). La administración IgG iv se realizaba en todos los casos mensualmente en el hospital de día. La administración de IgG sc se realiza en el domicilio familiar (cada dos semanas en dos pacientes y semanalmente en otro). Ningún paciente se autoadministra la IgG sc, siendo los padres los responsables de la administración. En 3/3 casos se cumplen las recomendaciones de administración. 2/3 pacientes refieren mejor tolerancia con la administración sc, mientras que 1/3 refiere como ventaja la ausencia de hematomas y como desventaja la presencia de picor. Observaron mejoría tras el cambio de tratamiento 2/3 pacientes (disminución en el número de días con colitis y dolor abdominal); 1/3 refiere encontrarse igual. Respecto a la conciliación, 3/3 pacientes consideran que mejoró con el cambio a la presentación sc (evitan faltas al colegio y al trabajo). En las respuestas libres, se recogieron como ventajas aspectos sobre conciliación (3 respuestas) y como inconveniente, el no estar adiestrados en caso de shock anafiláctico (1 respuesta).

CONCLUSIONES: El cambio de presentación de IgG iv a sc no supuso un aumento de coste. Con la presentación sc se consiguieron niveles plasmáticos de IgG superiores con dosis prescritas menores y 2/3 pacientes refirieron mejoría clínica sintomática. La realización de la encuesta nos permitió comprobar que la conciliación escolar/laboral fue el ítem más valorado por los pacientes e identificar la necesidad de reforzar la información sobre el manejo de posibles eventos adversos.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

526. ESTUDIO DE PRESCRIPCIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: CÁRDABA GARCÍA ME, DE FRUTOS SOTO A, IZQUIERDO NAVARRO MC, VARELA GONZÁLEZ-ALLER J. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID. AV. RAMÓN Y CAJAL, 3. Valladolid. España

OBJETIVOS: Evaluar nuevas prescripciones de inmunoglobulinas intravenosas inespecíficas (IgIV) realizadas en un hospital de tercer nivel y establecer su adecuación al protocolo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de 2 años (Enero-2014 a Diciembre-2015). Mediante la solicitud de tratamiento con IgIV se obtuvo el registro de nuevas prescripciones. Las variables recogidas, a partir de la historia clínica informatizada (aplicativo Gestión de Informes Clínicos, versión 5.51) y de la solicitud de IgIV, fueron: edad (al inicio del tratamiento) y sexo de los pacientes tratados, indicación, dosis y pauta de IgIV y servicio prescriptor.

El protocolo de utilización de IgIV, aprobado por la CFyT en Septiembre-2008, justifica el uso de IgIV en indicaciones autorizadas en ficha técnica y en algunas no autorizadas científicamente avaladas: anemia hemolítica autoinmune, dermatomiositis infantil refractaria a corticoides, enfermedad de von Willebrand, ictericia neonatal autoinmune, infección infantil por virus respiratorio sincitial, miastenia gravis, neuropatía motora multifocal, nefropatía severa por IgA, neutropenia autoinmune, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, sepsis en adultos, shock tóxico estreptocócico y uveítis.

RESULTADOS: Se registraron 117 nuevas prescripciones de IgIV. Los pacientes que iniciaron tratamiento con IgIV fueron 55 hombres y 62 mujeres, edad mediana 59,9 [43,4-72,4] años.

Los servicios prescriptores fueron: Neurología (29,9%), Medicina Interna (27,3%), Hematología (17,1%), Neumología (8,6%), Cuidados Intensivos Pediátricos (7,7%), Pediatría (5,1%) Nefrología (2,6%) y Medicina Intensiva (1,7%). Las dosis prescritas por ciclo cuando se utilizaron las IgIV como terapia sustitutiva osciló entre 100-400 mg/kg y la pauta entre 3 y 5 semanas. Cuando las IgIV se usaron por su acción inmunomoduladora, las dosis oscilaron entre 1-2 g/kg y la pauta entre dosis única hasta administraciones mensuales.

El 68,4% (80/117) de las prescripciones se ajustó a las indicaciones recogidas en el protocolo: inmunodeficiencia primaria (23/80), púrpura trombocitopénica autoinmune (16/80), miastenia gravis (12/80), síndrome de Guillain-Barré (9/80), enfermedad de Kawasaki (5/80), polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (5/80), neuropatía motora multifocal (4/80), inmunodeficiencia secundaria (3/80), anemia hemolítica autoinmune (2/80), shock tóxico estreptocócico (1/80).

El 29,1% (34/117) de las prescripciones no se correspondían con las indicaciones recogidas en el protocolo: lupus eritematoso sistémico (5/34), miopatía inflamatoria en adultos (5/34), neuropatía desmielinizante sin especificar (4/34), síndrome paraneoplásico (4/34), rechazo de trasplante renal mediado por anticuerpos (3/34), epilepsia refractaria (3/34), síndrome de la persona rígida (2/34), encefalomielitis aguda diseminada (2/34), vasculitis (2/34), otras (4/34): anemia aplásica, neuropatía proximal diabética, síndrome de Eaton-Lambert, trombocitopenia aloinmune. El uso de IgIV está avalado por estudios científicos en 7 de estas 13 indicaciones, según la ☐ Guía Clínica para el Uso de Inmunoglobulinas GEMEH-SEFH. Adaptación para España. 2ª Edición. Actualización 2011 ☐.

El 2,5% (3/117) de las prescripciones de IgIV se realizaron sin estar bien definido el diagnóstico.

CONCLUSIONES: La prescripción de IgIV en indicaciones no recogidas en nuestro protocolo (29,1% de nuevas prescripciones) es muy frecuente, lo que hace necesario revisar la evidencia científica disponible de las IgIV en esas indicaciones, actualizar el protocolo y llevar a cabo medidas correctoras para mejorar su cumplimiento.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

1225. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

AUTORES: PEREZ MAROTO MT, TORRALBA ARRANZ A, PEREZ BLANCO JL, MONTORO RONSANO JB, MENDARTE BARRENECHEA LM, MARTIN BARBERO ML.

GRUPO ESPAÑOL DE HEMODERIVADOS-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. Avendia Donante de Sangre S/N. Guadalajara. España

INTRODUCCIÓN

Los objetivos del estudio fueron: identificar los hospitales que disponen de protocolos vigentes para la utilización inmunoglobulinas inespecíficas de administración intravenosa (IgIV), registros de trazabilidad, normas o recomendaciones de administración, así como conocer el perfil de utilización según las indicaciones aprobadas y no aprobadas, la dosificación y duración de los tratamientos empleados y si se aplica algún criterio para el de ajuste de dosis.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico, observacional transversal, retrospectivo y multicéntrico. Se han incluido pacientes adultos y pediátricos a los que se les ha administrado IgIV en algún momento durante un periodo de seis meses del año 2013, tanto hospitalizados como ambulatorios y de todas las especialidades médicas.

Las variables recogidas fueron: relativas al hospital (número camas y población atendida), relativas al paciente (edad, sexo, peso y talla) y relativas al medicamento (existencia de protocolos de utilización y de registros de trazabilidad, especialidad farmacéutica utilizada, indicación, dosis duración y frecuencia administración).

Los datos de indicación clínica se han contrastado con la Ficha Técnica del preparado y con la Guía Clínica para el uso de inmunoglobulinas (adaptación para España ☐ GEMEH, SEFH-).

RESULTADOS: El número de hospitales participantes ha sido seis, con un total de 4.130 camas y una población atendida de 2.305.000 habitantes.

Cuatro hospitales disponían de protocolos propios de utilización (66,6%), todos tenían registro de trazabilidad (uno en farmacia y cinco en la historia clínica) y cinco poseían normas de administración (83%).

Los pacientes incluidos han sido 699 (46 niños y 620 adultos). Un 49,4% han sido mujeres. Los adultos tenían una edad media de 53,13 años (SD 19,09), y los niños de 5,37 años (SD 3,6).

De todos los pacientes, en 587 (84%) y en 514 (73,5%) casos, respectivamente, no se había registrado la talla o el peso.

El número de especialidades farmacéuticas utilizadas ha sido de nueve: Flebogamma 5% ® (42,5%), Primigen ® (15,5%), Intratect 5% ® (17,0%) y otras (16,1%). El 57% (233/409) de las prescripciones han correspondido al conjunto de los siguientes servicios: hematología, neurología, pediatría y medicina interna.

En 647 (92,6%) de los pacientes se identificó el perfil de utilización. Un 48,0% y 26,1% de las prescripciones en adultos y en niños, respectivamente, correspondieron a indicaciones no aprobadas según ficha técnica. Las principales indicaciones han sido las inmunodeficiencias primarias (33,9% en adultos y 41,3% en niños) y la púrpura trombocitopénica idiopática (4,8% en adultos y 15,2% en niños). Se ha observado una elevada variabilidad en cuanto a la duración y frecuencia de administración de las IgIV.

CONCLUSIONES: - Variables importantes para la correcta dosificación de las IgIV, como son el peso y la talla, no se recogen.

- Se observa una elevada utilización de IgIV fuera de ficha técnica.

- Existe una elevada variabilidad en las posologías utilizadas.

- Se hace recomendable una unificación de criterios respecto a la utilización de IgIV.

CLASIFICACIÓN: HEMODERIVADOS

1215. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO

AUTORES: ENRIQUEZ OLIVAR L, IZQUIERDO MUÑOZ S, HERNANDO VERDUGO M, SANCHEZ SANCHEZ MT, DE RAMON SANCHEZ C, BOMBIN CANAL C.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. Avda. Ramón y Cajal, 3. Valladolid. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización del concentrado de complejo protrombínico (CCP) según la práctica clínica habitual en un hospital general con 722 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, de 15 meses de duración (enero 2015-marzo 2016). Se incluyen los pacientes para los que se solicita el CCP. El CCP se dispensa desde el Servicio de Farmacia mediante un impreso de solicitud de ☐ Medicamentos de Uso Restringido ☐.

Se recogieron las variables: edad; sexo; motivo de la solicitud: intervención quirúrgica (IQ) urgente, hemorragia grave (HG); tratamiento con fármacos antivitaminas K (AVK); International Normalized Ratio (INR) e índice de protrombina (IP) en el momento de la solicitud y tras la administración del CCP; dosis media de CCP y mortalidad asociada al proceso.

Los datos se obtuvieron del impreso de solicitud, del módulo de unidosis de Farmatools, v.2.5 y del sistema de Gestión de Informes Clínicos, v.5.54; se recogieron en una tabla Excel para su posterior análisis.

RESULTADOS: Se incluyeron 98 pacientes, 58 hombres (59,2%) y 40 mujeres (40,8%), con una media de edad de $72,2 \pm 13,61$ años. El 74,5% de los pacientes (73/98) estaban en tratamiento con fármacos AVK, el 4,1% (4/98) con anticoagulantes de acción directa y el 2% (2/98) con heparinas de bajo peso molecular; el 19,4% (19/98) presentaba una alteración de la coagulación por fallo hepático.

El 44,9% (44/98) de las solicitudes fueron por HG y el 55,1% (54/98) por IQ urgente, de las cuales, un 7,4% (4/54) no se intervinieron.

Entre las HG, un 29,5% (13/44) correspondían a hemorragias intracraneales, 13,7% (6/44) a sobredosificación de fármacos AVK, 22,7% (10/44) a hemorragias digestivas, 9,1% (4/44) a hemorragias postoperatorias, 6,8% (3/44) a politraumatismos y rotura de vasos, 6,8% (3/44) a sangrados que requerían la realización de procedimientos invasivos y 11,3% (5/44) a otros sangrados no especificados.

De las solicitudes por IQ, las más frecuentes fueron de cirugía general y aparato digestivo, un 64,8% (35/54).

Los parámetros de la coagulación antes de la administración del CCP fueron:

INR $\leq 1,5$: 14,3% (14/98); INR 1,5-3,9: 54,1% (53/98); INR 4-6: 12,2% (12/98); INR > 6 : 16,3% (16/98); sin datos: 3,1% (3/98). Media INR: $3,5 \pm 2,55$; mediana: 2,29.

Tras la administración del CCP, el INR medio fue $1,72 \pm 1,15$ (mediana: 1,41) y el IP medio $55,07 \pm 16,25\%$ (mediana: 59). En un 16,3% (16/98) de los pacientes no había datos.

La dosis media utilizada de CCP fue $2,2 \pm 0,81$ viales (cada vial contiene 500 UI).

Un 29,6% (29/98) de los pacientes fallecieron durante el proceso.

CONCLUSIONES: El CCP se ha utilizado mayoritariamente para la profilaxis perioperatoria y tratamiento de hemorragias causadas por la falta adquirida de factores de la coagulación dependientes de la vitamina K. La mayoría de los pacientes presentaban una alteración del INR por encima de 1,5 y por tanto, un acortamiento del IP, lo que puede justificar su uso. Tras su administración, los parámetros de la coagulación revirtieron parcialmente; se desconoce si fue por infradosificación, situación clínica o ausencia de datos en un número importante de pacientes. Se hace necesaria la implantación de un protocolo de utilización del CCP para optimizar su uso.

981. MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DE USO DE CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO INACTIVADO

AUTORES: SOBRINO JIMÉNEZ C, FREIRE GONZÁLEZ M, ROMERO GARRIDO JA, GABALDÓN GARNICA P, JIMÉNEZ VICENTE C, HERRERO AMBROSIO A.

HOSPITAL UNIV. LA PAZ. P^a de la Castellana, 261. Madrid. España

OBJETIVOS: El concentrado de complejo protrombínico (CCP) es un derivado plasmático que contiene factores de la coagulación (II, VII, IX, X) y reguladores (proteínas S y C) que evitan su trombogenicidad. El CCP se ha estudiado en corrección de anticoagulación en pacientes con fallo hepático y traumatismos hemorrágicos. Su uso para abordaje urgente de sangrado por anticoagulantes orales antagonistas de vitamina K se ha extendido. Sin embargo, existen pocos estudios que describan su uso y efectividad.

Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad del CCP en la corrección de la hemostasia en pacientes con alteraciones de la coagulación. Además, se estudió la efectividad según motivo de administración y se analizó estabilidad hemodinámica y seguridad tras administración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo realizado en Urgencias de hospital de tercer nivel durante dos meses.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, peso, motivo de administración, dosis, reacción a CCP (sí/no) y INR, hemoglobina y hematocrito antes y después de administración de CCP. Los datos se obtuvieron de: historias clínicas, hojas de tratamiento y analíticas.

Se incluyeron pacientes adultos a los que se administró al menos una dosis de CCP en Urgencias durante el periodo de estudio.

La efectividad del CCP se midió como diferencia de medias de INR antes y después de su administración. La estabilidad hemodinámica se analizó como diferencia de medias de hemoglobina y hematocrito antes y después de la administración de CCP. Para evaluación de la seguridad, se registraron efectos adversos tromboembólicos tras administración de CCP.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó mediante media y desviación estándar (DE), mediana y valor mínimo y máximo. Los datos cualitativos se describieron por frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS: Se incluyeron 32 pacientes de los cuales 16 (50%) eran hombres. La mediana de edad fue 84 (rango 60,96) años. La media de peso 72 kg (DE 12). Del total de pacientes tratados con CCP, 88% (28) estaban anticoagulados con acenocumarol. La dosis media de CCP por paciente fue 1.140 UI (DE 364).

Los motivos de administración de CCP fueron: hemorragia intracraneal 10 pacientes (31%); hemorragia digestiva baja 6 pacientes (19%); intervención quirúrgica 6 pacientes (19%); hemorragia digestiva alta 3 pacientes (9%); hemorragia renal 3 pacientes (9%); otros motivos 4 pacientes (13%).

El INR medio previo a la administración del CCP fue 2,9 (DE 1,8). El INR medio tras la administración fue 1,5 (DE 0,5), resultando una disminución media de este parámetro de 1,4.

El INR medio tras la administración de CCP estratificado según motivo de administración fue: hemorragia intracraneal 1,3 (DE 0,1); hemorragia digestiva baja 1,3 (DE 0,1); intervención quirúrgica 1,9 (DE 0,4); hemorragia digestiva alta 1,6 (DE 0,2); hemorragia renal 1,3 (DE 0,3); otros motivos 2,1 (DE 0,9).

Los resultados de hemoglobina en estos pacientes fueron 12 mg/dL (DE 3) antes de la administración del CCP y 11 mg/dL (DE 2) después. Los resultados de hematocrito: 36% (DE 9) antes de la administración y 32% (DE 7) después.

No se registraron eventos de carácter tromboembólico tras la administración de CCP.

CONCLUSIONES: } La administración de CCP fue efectiva, disminuyendo el INR inicial.

} El INR varió en función del motivo de administración.

} En el tiempo estudiado, desde la administración de CCP hasta las primeras 24 horas, no se observó recuperación de hemoglobina y hematocrito.

} El medicamento estudiado no dio lugar a episodios tromboembólicos.

44. UTILIZACIÓN DE COMPLEJO PROTROMBINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y ANÁLISIS DE EVIDENCIAS EN EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES: Mendarte Barrenechea L, Moraza García L, Llona Armada A, Ibarrola Izquierdo I, Dominguez Menendez JA, Martínez Aguirre I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVDA MONTEVIDEO 18. Vizcaya. España

INTRODUCCION: Aunque las indicaciones aprobadas en ficha técnica para los CCP son la reversión urgente de la anticoagulación por antagonistas de la vitamina K y el tratamiento y profilaxis perioperatorios de sangrado por deficiencia congénita de alguno de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K, su uso en pacientes no anticoagulados off-label es cada vez más habitual; pacientes traumáticos, obstetricia, hemorragias perioperatorias, coagulopatías reciben también estos fármacos.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es obtener evidencia sobre de la utilización de concentrados de CCP en un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional de tipo retrospectivo en que incluyeron todos los pacientes ingresados o de la urgencia que recibieron tratamiento con CCP desde el 1 de junio de 2014 al 30 de noviembre de 2015. Se recogieron datos demográficos y analíticos de los pacientes antes y después de la administración del complejo. Se clasificó la indicación en 4 grupos según riesgo de la hemorragia. Se evaluó eficacia a través de las variables: eficacia clínica, supervivencia al final del episodio y modificación en el INR. Se recogieron datos sobre seguridad tromboembólica e inmunológica.

RESULTADOS: Pacientes incluidos 79; edad media 75 $\pm$ 11,21; Eficacia clínica 76,3% Supervivencia final episodio 75,9%. Diferencia INR (media) 2,44 DE 3,31 $P < 0,000$ (gl= 63). Análisis subgrupos anticoagulados vs no anticoagulados: Anticoagulados: Pacientes incluidos 57 Edad media 78,31 $\pm$ 10,07 Eficacia clínica 84,2% Supervivencia final episodio 84,2% Dosis media 1087 $\pm$ 906 Diferencia INR(media) 2,89 DE 3,5 $P = 0,00$. No anticoagulados: Pacientes incluidos 18 Edad media (n=18) 68,44 $\pm$ 11,61 Eficacia clínica 55,6% ; Supervivencia final episodio 55,6% Dosis media: 583 $\pm$ 192 Diferencia INR(media) 0,68 DE 1,4 $P = 0,12$ (gl= 12) NS.

DISCUSIÓN

Aunque de acuerdo con la ficha técnica se debería usar únicamente en pacientes tratados con anticoagulantes anti-vitamina k (AVK), observamos que se utiliza también en pacientes en tratamiento con los nuevos anticoagulantes e incluso en pacientes que no reciben AVK. Esta incluido en protocolos de transfusión masiva como alternativa a plasma en determinadas ocasiones. Sin embargo existe poca evidencia en estos grupos.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en cuanto a eficacia y seguridad son similares a otros estudios. Se observan diferencias significativas en cuanto eficacia entre pacientes tratados con anticoagulantes y no tratados. Deberían hacerse estudios de no inferioridad comparando complejo de protrombina con plasma en pacientes no tratados con anticoagulantes.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

871. ANÁLISIS DE LA EFICACIA A LARGO PLAZO DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: ONTENIENTE CANDELA M, GARCIA CORONEL M, CABALLERO REQUEJO C, TRUJILLANO RUIZ A, GIL CANDEL M, FRANCO MIGUEL JJ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Avd. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia a largo plazo de los antivirales de acción directa(AAD) en el tratamiento del virus de la hepatitis C(VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional realizado en un hospital de referencia de área que abarca una población de 197.132 habitantes de septiembre de 2014 a diciembre de 2015.

Se incluyeron los pacientes que completaron tratamiento con AAD durante el período de estudio. Se clasificaron según si eran mono infectados o coinfectados con VIH; naïve o previamente tratados(biterapia, triple terapia o AAD); grado de fibrosis y genotipo viral. Los datos demográficos (edad, sexo) y clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica.

Para medir eficacia a largo plazo se utilizó el valor de carga viral(CV) en semana 12(RVS12) y semana 24(RVS24) tras finalizar tratamiento. Estos datos se compararon según grado de fibrosis y genotipo viral.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se completaron 121 tratamientos pertenecientes a 120 pacientes. El 66,1% fueron hombres y la edad media 54,61 $\pm$ 10,27 años. El 73,6% de los pacientes estaban a cargo del Servicio de Digestivo y el 26,4% de Infecciosas. El 12,4% coinfectados con VIH.

En cuanto a fibrosis, un 2,5% tenían un grado F1, 16,5% F2, 21,5% F3 y 59,5% F4. La distribución del genotipo viral fue: 76,03% genotipo 1(44,6% 1b), 17,35% genotipo 3 y 6,62% genotipo 4. El 60,3% con CV alta(>800.000copias).

El 41,3% de los pacientes eran naïve, el resto: 9,1% intolerantes a interferón(IFN); 28,9% null responders, 4,1% respondedores parciales y 16,5% recidivantes, que habían sido tratados previamente un 76,06% con biterapia, un 22,53% con triple terapia y un paciente no respondedor a AAD.

El tratamiento con AAD se distribuyó: 32,2% sofosbuvir/ledipasvir(25,64% más ribavirina(RBV)); 25,6% sofosbuvir+simeprevir(unos de ellos más RBV); 14% sofosbuvir(el 76,47% asociado a IFN+RBV y el 23,53% a RBV); 11,6% sofosbuvir+daclatasvir(42,86% más RBV); 12,4% dasabuvir+ombitasvir/paritaprevir/ritonavir(33,33% mas RBV); 1,7% ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+RBV; 1,7% simeprevir+IFN+RBV, y 0,8% daclatasvir+simeprevir. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en el 72,7%, 24 semanas en el 23,1%, 8 semanas en el 3,3% y un paciente recibió tratamiento durante 20 semanas.

Al final de tratamiento, el 94,21% presentaron CV negativa, el 0,83% no respondió al tratamiento y el 4,96% restante se desconoce.

En el estudio a largo plazo se tuvieron en cuenta los pacientes con respuesta viral a final de tratamiento(114). En cuanto a la RVS12, 5 presentaron recidiva(4,38%) (80% F4 y 20% F3)y en RVS24, de los 86 pacientes que presentan datos de RVS24, 3 recidivaron(3,49%)(100% F4) a pesar de presentar RVS12. De los pacientes recidivantes, el 50% presentaba genotipo 3.

CONCLUSIONES: Aunque el 94,21% de los pacientes presentaron CV negativa al final de tratamiento, un 4,38% presentaron recidiva en la semana 12 y un 3,49% en la semana 24 post-tratamiento. Esto demuestra la importancia de realizar seguimiento, no solo hasta la semana 12 si no hasta la 24 tras finalizar.

Observamos una posible tendencia a la peor respuesta en aquellos pacientes con fibrosis F3-F4 y genotipo 3.

Debido al pequeño tamaño muestral, creemos necesario realizar un estudio con mayor número de pacientes para obtener resultados significativos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1293. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE INGRESO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VHB EN UNA COHORTE ANDALUZA

AUTORES: Borrego Izquierdo Y, Barbag González-Miret L, Robustillo Cortés MDLA, Manzano García M, Monje Agudo P, Morillo Morillo R.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Carretera de Cádiz s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar la tasa de ingreso de pacientes con infección por el VHB que inician tratamiento en una cohorte andaluza. Determinar la evolución de la adherencia en el periodo de seguimiento del estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio abierto, multicéntrico, observacional prospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de hepatitis B crónica que inician tratamiento entre enero-2008 y diciembre-2009. Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de infección por VIH y VHC, pacientes con neoplasias graves que requieran tratamiento con quimioterapia, aquellos que no permitan un seguimiento o incluidos en ensayos clínicos. Se recogieron variables demográficas, farmacoterapéuticas y clínicas. El periodo de seguimiento fue de cuatro años a partir de la inclusión, con visitas semestrales. Se realizó una estratificación del grado de fibrosis hepática en dos grupos (fibrosis ≤ 2 y fibrosis > 2). Se definió respuesta bioquímica como la normalización de los niveles de ALT y virológica como la pérdida de HBeAg con o sin seroconversión o descenso de los niveles de ADN-VHB. Para la recogida de datos se revisaron las historias clínicas de los pacientes así como las bases de datos y el programa informático de dispensación a pacientes externos. Los datos fueron analizados con el programa informático SPSS 19.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 288 pacientes siendo 74.15% hombres y edad media de 45.5 años ($DE \pm 14.2$). El 33.10% inició tratamiento con tenofovir, 32.4% entecavir, 11.85% lamivudina 11.5% adefovir, 9.06% Peg-interferon, 1,74% lamivudina+adefovir y 0.35% telbivudina. El 62.80% presentó HBeAg negativo. El genotipo predominante fue el D (67.65%) seguido del A (16.17%). El 70.15% presentó grado $F \leq 2$. Se realizó cambio de tratamiento al 19.7% de los pacientes, con una mediana de 17 meses (RIQ: 10-26). Los motivos de cambio de tratamiento fueron 33.3% no respuesta al tratamiento, 25.0% intolerancia, 16.7% insuficiencia renal, 16.7% resistencias y 8.3% hepatotoxicidad. Las complicaciones descritas fueron hipertensión portal (50,0%), ascitis (21.43%) hepatocarcinoma (21.43%) y varices esofágicas (7.14%). Un 10.07% de los pacientes en tratamiento tuvieron algún ingreso hospitalario durante el seguimiento, siendo la distribución del 20% en el grupo lamivudina +adefovir, 16.13% del grupo de entecavir, 14.70% del grupo de lamivudina, 6.31% del grupo de tenofovir y 6.06% del grupo de adefovir ($p < 0.001$). El 95% de los pacientes presentaron una adherencia $> 90\%$ en la primera visita semestral siendo un 7.58% del 100% adherencia. En la última visita de seguimiento la adherencia $> 90\%$ aumentó al 99.56%, disminuyendo la adherencia 100% al 2.63%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos casos ($p < 0.05$). El 42.6% de los pacientes presentan respuesta bioquímica y el 43.3% respuesta virológica.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes que tuvo algún ingreso hospitalario no es elevado aunque las diferencias encontradas entre los fármacos nos pueden ayudar a la elección del tratamiento de inicio en pacientes con hepatitis B crónica. La adherencia al tratamiento mejora durante el periodo de seguimiento aunque se produce un descenso en pacientes 100% adherentes. Estos datos nos ayudan a programar el seguimiento farmacoterapéutico en este grupo de pacientes.

624. ANÁLISIS DE LAS ACTUACIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

AUTORES: LAZARO LOPEZ A, RUIZ GONZÁLEZ L, ÁLVAREZ NONAY A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. Donante de Sangre s/n. Guadalajara. España

OBJETIVO: La atención clínica de los pacientes con infección crónica por virus de hepatitis C (VHC) ha mejorado en las últimas dos décadas debido al desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y la mejora en la prevención y tratamiento de la infección. En el marco de la mejora asistencial de estos pacientes, el farmacéutico hospitalario se ha integrado en equipos multidisciplinares con el fin de desarrollar aquellas intervenciones que desde su posición puedan contribuir a mejorar la farmacoterapia y el uso de medicamentos.

El objetivo de este estudio es analizar las actuaciones farmacéuticas realizadas en la atención al paciente con hepatitis C crónica (HCC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional llevado a cabo desde el 1 de enero de 2015 al 31 de marzo de 2016. Se recogió en el programa informático de Dispensación a Pacientes Externos Farmatools® las actuaciones farmacéuticas realizadas en la atención a los pacientes con HCC que estaban en tratamiento con antivirales de acción directa (AAD). Se analizaron el tipo de pacientes tratados y el número y tipo de actuaciones registradas.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se registraron 529 actuaciones en 207 pacientes tratados con AAD. 40 pacientes (19,3%) presentaban coinfección VIH/VHC y 167 (80,7%) mono infección por VHC. 419 intervenciones se realizaron en pacientes mono infectados (2,5 intervenciones/paciente) y 110 en pacientes coinfectados (2,7 intervenciones/paciente).

Las actuaciones farmacéuticas realizadas fueron: análisis de posibles interacciones farmacológicas entre la medicación antiviral y la medicación concomitante del paciente (253; 47,8%), información oral y escrita de los tratamientos prescritos (196; 37%); detección de errores en la prescripción tras la validación de las prescripciones (22; 4,1%), detección y/o manejo de efectos adversos de los medicamentos (15; 2,8%); detección de falta de adherencia al tratamiento (9; 1,7%), recomendación de cambio en el esquema terapéutico antiviral (8; 1,5%) y otras (26; 4,9%). El análisis de las posibles interacciones farmacológicas permitió detectar 138, destacando 43 interacciones (31,1%) con antiácidos, 34 (24,6%) con antihipertensivos, 13 (9,4%) con antidepresivos y 11 (8%) con antirretrovirales. La mayoría de las interacciones farmacológicas (80%) requirieron monitorización clínica o analítica y/o modificación de la dosis del medicamento concomitante. Se recomendó cambio de medicamento por interacción clínicamente significativa en un 8,7%. La mayoría de estos cambios sugeridos (45%) correspondían a fármacos broncodilatadores.

CONCLUSIONES: En el manejo integral del paciente con HCC se realizan un importante número de intervenciones farmacéuticas que contribuyen a mejorar los objetivos terapéuticos planteados en estos pacientes. Entre las intervenciones farmacéuticas destacan el análisis de interacciones farmacológicas, la información de la medicación prescrita, y la detección de errores en la prescripción de la medicación. El mayor número de interacciones farmacológicas encontradas en pacientes que presentan como comorbilidad HTA y patología gástrica hace necesaria un mayor seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes. Los pacientes con broncodilatadores requieren también un especial seguimiento por la presencia de interacciones clínicamente relevantes con algunos AAD.

964. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES PRESENTADAS ENTRE LOS AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VIRUS HEPATITIS C Y LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE

AUTORES: GALINDO ALLUEVA M, NAVARRO AZNÁREZ H, DE LA LLAMA CELIS N, COMET BERNAD M, NAVARRO PARDO I, ABAD SAZATORNIL MR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Isabel la Católica 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVO: Evaluar las interacciones de los pacientes en tratamiento con agentes antivirales directos (AAD) frente al virus hepatitis C (VHC) y su tratamiento concomitante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, unicéntrico, observacional en el que se analizaron pacientes en tratamiento con AAD frente VHC (enero-octubre 2015). Se analizó la medicación concomitante al inicio y durante el tratamiento, mediante entrevista con el paciente y receta electrónica. Las interacciones fueron analizadas mediante la base de datos Hep-drug Interactions, Lexi-comp y fichas técnicas. Se clasificaron como: contraindicado en insuficiencia hepática (IH), ajustar dosis (AD), monitorizar paciente (MP), modificar condiciones de toma (MCT) o suspender tratamiento (ST). Se analizaron las interacciones entre cada principio activo (PA) concomitante y los posibles AAD disponibles y las interacciones reales con el tratamiento definitivo que llevó cada paciente.

RESULTADOS: 193 pacientes. Variables sociodemográficas: 70,5% varones, edad media 56 años. Variables clínicas: genotipo: 26,9% GT1a, 37,8% GT1b, 4,2% GT2, 17,1% GT3, 13,5% GT4 y 0,5% GT5; grado fibrosis: 76,2% F4, 20,7% F3, 2,1% F2 y 1% F1; coinfección: VIH+ 31,6%. Variables farmacoterapéuticas: tratamiento VHC: 39% sofosbuvir/ledipasvir/ribavirina (SOF/LDV/RBV), 22% SOF/LDV, 20% SOF/daclatasvir (DCV)/RBV, 7% ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir (OBV/PTV/r/DSV)/RBV, 4% SOF/RBV, 2% SOF/DCV, 2% simeprevir (SMV)/DCV, 2% OBV/PTV/r/DSV, 1% SOF/SMV, 1% OBV/PTV/r/RBV; media PA concomitantes: 4,3 (rango: 0-18); grupos terapéuticos más frecuentes según clasificación ATC: cardiovascular 24%, antiinfecciosos 22%, sistema nervioso 20% y digestivo 20%. 1260 interacciones analizadas (180 PA concomitantes y 7 AAD). Interacciones posibles por AAD: SOF (5% IH, 2% MD, 1% MP y 1% MCT), SOF/LDV (7% MP, 4% IH, 4% MCT, 3% MD y 1% ST), DCV (7% MP, 6% IH, 4% MD, 1% MCT y 1% ST), OBV/PTV/r/DSV (21% MP, 8% MD, 7% ST, 3% IH y 1% MCT) y SMV (18% MP, 6% MD, 6% IH, 4% ST y 1% MCT). El 58,8% de los pacientes presentaron interacción (media: 1,25 interacciones por paciente). El 21% fueron tipo MP, 14% MD, 12% MCT, 12% IH y 4% ST. Las interacciones más frecuentes fueron omeprazol-LDV, tenofovir-LDV, metformina-AAD, valsartán-SOF y valsartán-LDV presentes en el 18,3%, 9,33%, 7,77%, 5,70% y 5,17% de pacientes respectivamente. El 55,6% de los regímenes que contenían SOF presentaron interacciones frente al 79,2% de los que no lo contenían ($p < 0,05$). El 70,5% de VIH+ presentan alguna interacción vs el 53% de VIH- ($p=0.016$) aunque el número de fármacos concomitantes no difiere entre un grupo y otro (media 1,21 vs 1,27 $p=0.06$). El 59,2% de F4 presentan interacciones vs 56,5% del resto ($p=0.439$).

CONCLUSIONES: Más de la mitad de pacientes presentaron interacciones, siendo las más frecuentes aquellas en las que había que monitorizarlo y las menos aquellas que requerían suspender el tratamiento. Se observa que los regímenes que contienen SOF presentan menos interacciones que aquellos que no. Se demuestra una vez más la necesidad de analizar las interacciones posibles para optimizar el tratamiento y el importante papel que juega el farmacéutico en la conciliación del tratamiento con la prescripción del médico especialista mediante la entrevista con el paciente y la consulta de la receta electrónica.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

506. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS REALIZADAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: IZQUIERDO GARCÍA E, ESTEBAN ALBA C, CAÑAMARES ORBIS I, SUCH DÍAZ A, SÁEZ DE LA FUENTE J, ESCOBAR RODRÍGUEZ I.

HOSPITAL INFANTA LEONOR. Av Gran Vía del Este, 80,. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas en pacientes con tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) en la unidad de pacientes externos (UPE) según un código de significación, probabilidad de causar error y coste asociado al error.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo donde se incluyeron las intervenciones en pacientes con VHC de la UPE desde Enero de 2015 hasta Marzo de 2016, excluyendo del análisis la educación e información al paciente en la primera visita que se realiza a todos los pacientes externos. Las intervenciones se clasificaron como intervenciones farmacéuticas proactivas, consultas del profesional sanitario, consultas del paciente y errores de dispensación. Se clasificaron según los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) del Tercer Consenso de Granada y según un código de significación asociado a una probabilidad de causar error: apropiado-extremadamente significativo (probabilidad 0,6), apropiado-muy significativo (0,4), apropiado-significativo (0,1), indiferente (0), inapropiado (-0,1), muy inapropiado (-0,4) o extremadamente inapropiado (-0,6). Para establecer el código de significación se analizaron las intervenciones por dos farmacéuticos, y las discrepancias se resolvieron por un tercero. El coste del error de medicación se calculó según el estudio ENEAS 2005 ajustado al IPC a enero de 2015 (2.241) y ajustado por la significación asociada y la probabilidad de causar error establecida.

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio, la UPE atendió a 2.721 pacientes diferentes, realizando 420 intervenciones (0,15 intervenciones/pacientes atendidos). 572 fueron pacientes VHC tratados con los nuevos AAD y se registraron 193 intervenciones (0,34 intervenciones/pacientes atendidos). El 58% fueron consultas realizadas por los pacientes (vía telefónica o presencial), 41% intervenciones farmacéuticas, 0,5% consultas del profesional sanitario y 0,5% errores de dispensación.

Los PRM relacionados con las intervenciones fueron en su mayoría sobre interacciones (57%), incumplimiento (12%) y administración errónea del medicamento (9%). La mayor parte de las consultas realizadas por los pacientes estaban relacionadas con interacciones (62,5%), dudas sobre administración (11,6%) y efectos adversos (10,7%). De las realizadas por el farmacéutico el 49% estaban relacionadas con interacciones y el 28% con incumplimiento terapéutico. Un 16,5% de los PRM alcanzaron al paciente: incumplimiento (50%), administración errónea del medicamento (34%) e interacciones (12%).

La mayoría de las intervenciones fueron apropiadas, mejoraron la atención del paciente y aportaron un incremento muy significativa (16%) o significativo en la calidad asistencial (77%). Ninguna se clasificó como inapropiada. La reducción de costes estimados fue de 60.955,2.

CONCLUSIONES: La intervención del farmacéutico en el proceso asistencial mejora la calidad en la asistencia sanitaria de forma significativa o muy significativa, aportando además una reducción en los costes estimados debido a la prevención de PRM. En este grupo de pacientes ha habido una mayor intervención del farmacéutico, la educación al paciente sobre la importancia de las interacciones ha llevado a una gran cantidad de consultas por parte de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1205. ANÁLISIS DE TASAS DE RECIDIVA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA Y ADECUACIÓN DE LAS PAUTAS DE RETRATAMIENTO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES: Dani Ben Abdel-lah L, Pedrosa Ruiz M, Moya Carmona I, Aguilar del Valle E, Estaún Martínez C, Fernández Oviés JM.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA. CAMPUS TEATINOS S/N. Málaga. España

OBJETIVOS: Analizar el porcentaje de pacientes con infección por virus de la hepatitis C (VHC) que han presentado recidiva tras el tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa (AAD).

Evaluar la adecuación a las guías de práctica clínica de las pautas de retratamiento instauradas en aquellos pacientes que recidivaron tras recibir AAD.

Identificar áreas de mejora y planes de actuación de acuerdo a los resultados de este análisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las prescripciones de pacientes que iniciaron tratamiento para VHC en el periodo comprendido entre enero y junio de 2015. Los datos se obtuvieron del Módulo de Dispensación Pacientes Externos Farmatools-Dominion®, así como de los informes de consulta recogidos en la Estación Clínica de la aplicación Diraya Atención Hospitalaria®. Se analizaron los resultados de carga viral, obtenidos a través de la aplicación de gestión de analíticas Servolab®, con objeto de determinar respuesta viral sostenida y recidiva. Se realizó el seguimiento de la población de estudio hasta diciembre de 2015.

Se consultaron las principales guías para el tratamiento de VHC de las principales sociedades científicas: Asociaciones Europea y Española para el Estudio del Hígado (EASL y AEEH).

RESULTADOS: Se revisaron 655 prescripciones correspondientes a 309 pacientes; el 37% (n=145) fueron tratados con Sofosbuvir+Simeprevir, el 19% (n=60) Sofosbuvir+Daclatasvir; el 18% (n=56) Ledipasvir/Sofosbuvir; 15% (n=46) Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir; y el 1% (n=3) Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir +Ribavirina.

La tasa de RVS fue del 98%; dos pacientes no tuvieron respuesta y hubo tres abandonos. Tras un periodo de seguimiento de 12 semanas desde el fin de tratamiento, presentaron recidiva tres pacientes, lo que supone una tasa de recidiva entorno al 1%.

El retratamiento se realizó con Ledipasvir/Sofosbuvir+Ribavirina en 2 de los pacientes (previamente fueron tratados con Sofosbuvir+Simeprevir con y sin Ribavirina respectivamente, 12 semanas); y con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir+Ribavirina, el tercero (cuyo tratamiento previo fue Sofosbuvir+Simeprevir 12 semanas).

Las guías consultadas coinciden en la conveniencia de detectar la presencia de variantes asociadas a resistencias (RAV) en las regiones NS5A de la polimerasa y NS3 de la proteasa, y recomiendan el empleo de Sofosbuvir+Simeprevir+Ribavirina cuando existe RAV en NS5A pero no en NS3; Ledipasvir/Sofosbuvir+Ribavirina cuando no se detectan RAV en NS5A, haya o no RAV en NS3; e inclusión en ensayo clínico cuando existe RAV en ambas regiones. El retratamiento con regímenes con Sofosbuvir cuando ha existido fallo previo al mismo es posible, dada la rareza de RAV en la región NS5B de la polimerasa.

Las recomendaciones se siguieron en dos de los pacientes por lo que la adecuación a dichas recomendaciones en nuestro análisis es del 66%.

CONCLUSIONES: La tasa de recidivas en nuestra muestra se corresponde con la descrita en la bibliografía (1%). Las terapias elegidas por los prescriptores para el retratamiento de los pacientes recidivantes se adecúan moderadamente a las recomendaciones actuales.

Es esencial la colaboración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar para abordar al paciente con VHC con objeto de establecer un protocolo consensuado y basado en la creciente evidencia científica que garantice el correcto tratamiento con AAD, tanto en pacientes naïve como recidivantes.

290. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS FRACASOS AL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: PIÑERO GONZÁLEZ MM, PADRON GARCIA MDLA, MAJUELOS AICART L, LAGUNA MARMOL L, VARELA GONZALEZ M, MORALES LEON MV.

COMPLEJO HOSPITALARIO DOCTOR NEGRÍN. Barranco de la Ballena, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Los nuevos antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de la Hepatitis C (VHC) tienen una efectividad del 80-100%. Es por ello que el análisis de los factores relacionados con los fracasos terapéuticos en la práctica clínica pasan a tener un papel secundario, a pesar de ser determinantes a la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado en el caso de ser pacientes tratados con anterioridad.

El objetivo es conocer la prevalencia de fracasos terapéuticos en nuestra población y las características de los pacientes que lo presentan comparadas con los factores predictivos de fallo al tratamiento antiviral definidos en las guías de práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: El análisis se realizó mediante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. A partir de la base de datos de seguimiento de VHC del Servicio de Farmacia se identificó a los pacientes con fracaso terapéutico a los nuevos AAD, definido como una carga viral positiva (CVP) al finalizar el tratamiento, a las 12 semanas o a las 24 semanas. El registro de cada paciente incluye los siguientes datos: edad, sexo, obesidad, coinfección VIH, genotipo, carga viral basal, grado de fibrosis, tratamientos previos y terapia con AAD.

Se definió como factores predictivos de falta de respuesta al tratamiento algunos de los definidos hasta el momento en las guías clínicas: presentar un genotipo 1 o 4, una carga viral basal alta ($>800,000$ UI/ml), alto grado de fibrosis ($\geq F3$), obesidad, edad avanzada (>65 años), sexo masculino o presentar infección por VIH.

RESULTADOS: De un total de 277 pacientes tratados, 7 pacientes no obtuvieron una respuesta viral sostenida, lo que supuso una prevalencia de fracasos del 2,5%. Tres pacientes presentaron CVP al finalizar el tratamiento y cuatro a las 12 semanas. El perfil poblacional de los pacientes encontrado fue: 6 hombres y una mujer, sin antecedentes de obesidad a excepción de uno y con una edad media de 53,7 años (40-60). Ningún paciente presentó coinfección con VIH.

En cuanto al genotipo se hallaron: 6 pacientes con genotipo 1 (5 genotipo 1b y un genotipo 1a) y un paciente con genotipo 3. La carga viral basal fue superior a 800,000 UI/ml en todos los pacientes excepto en dos. Tres pacientes presentaron un grado de fibrosis ligera (F2), uno moderada (F3) y el resto grave (F4). Por último, dos pacientes habían sido tratados previamente con Interferón+Ribavirina, y el fracaso se produjo con los siguientes tratamientos: Ombitasvir +Paritaprevir/r +Dasabuvir +Ribavirina (3), Sofosbuvir +Interferón +Ribavirina (1), Sofosbuvir +Ledipasvir +Ribavirina (1), Sofosbuvir +Simeprevir +Ribavirina (1) y Simeprevir +Interferón +Ribavirina (1).

CONCLUSIONES: La prevalencia de fracasos terapéuticos en nuestra población es del 2,5%, inferior a la esperada. La detección de CVP se ha retrasado como máximo a las 12 semanas tras finalizar la terapia; dejando el dato de las 24 semanas en un segundo plano.

De los 7 factores predictivos de mala respuesta al tratamiento con los nuevos AAD se cumplen 3: genotipo, sexo masculino y carga viral elevada. Serán necesarios más estudios para esclarecer conclusiones respecto a los nuevos AAD.

822. ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA DE SEGUNDA GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

AUTORES: JUANBELTZ ZURBANO R, MONTESERIN GARRASTATXU I, COMA PUNSET M, FONTELA BULNES C, SAROBE CARRICAS M, SAN MIGUEL ELCANO R.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVO: describir la experiencia de tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) de segunda generación en población adulta monoinfectada por el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes tratados con AAD durante el primer año de experiencia desde la aprobación del Plan Estratégico Nacional de abordaje de la hepatitis C (1 de abril de 2015 hasta el 31 de marzo de 2016). A través de la historia clínica informatizada y del programa informático de la Unidad de Pacientes Externos, se recogieron variables demográficas (sexo, edad), clínicas (genotipo viral, tipo de paciente según tratamiento previo, grado de fibrosis y carga viral basal) y terapéuticas: tipo de AAD, duración del tratamiento y carga viral (CV) en la semana 4, fin de tratamiento y semana 12 tras la finalización. Se consideró el tratamiento efectivo cuando la carga viral era indetectable a la semana 12 de haber finalizado el tratamiento (RVS12).

RESULTADOS: 265 pacientes mono infectados por VHC recibieron tratamiento con los nuevos AAD. 182 (68.7%) eran hombres y la edad media fue 52.5 años. El genotipo viral más tratado fue el 1b (41.9%), seguido del 1a (26.8%), 3 (17.3%), 4 (10.2%) y 2 (1.5%) Hubo 6 casos de genotipo 1 que no se subtiparon. Más de la mitad de los pacientes tenían una fibrosis avanzada, siendo el 33% cirróticos. La mayoría de pacientes eran naive (185, 69.8%) y 64 habían fracasado a tratamiento con interferón pegilado y ribavirina (48.4% recaedores, 42.2% respondedores nulos y 9.4% respondedores parciales). El valor medio de CV basal fue 3.837.059 UI/mL, teniendo un valor basal alto (>800.000 UI/mL) el 73% de los pacientes. El 80% de los regímenes terapéuticos empleados se basaron en fármacos no disponibles previamente al Plan Estratégico Nacional: 125 pacientes (47.2%) fueron tratados con 3D+/-ribavirina, 70 (26.4%) con sofosbuvir/ledipasvir+/-ribavirina y 17 (6.4%) 2D+ribavirina. 47 personas (17.7%) recibieron sofosbuvir+daclatasvir+/-ribavirina, 3 sofosbuvir+ribavirina y 2 sofosbuvir+simeprevir+/-ribavirina. Un paciente recibió tratamiento clásico con interferón pegilado+ribavirina. El 75% de los tratamientos tuvo una duración de 12 semanas (un paciente fue tratado con sofosbuvir/ledipasvir durante 6 semanas por toxicidad, y alcanzó RVS12). 24 pacientes tuvieron CV>15 UI/mL en la semana 4 de tratamiento (X=6055 UI/mL) y en todos los casos negativizó durante el mismo. Se dispone de datos de respuesta en 136 pacientes, de los cuales 129 alcanzaron RVS: eficacia de los tratamientos del 94.9%. 3 fracasos fueron por repunte virológico (genotipos 2 cirrótico, 1a y 3 no cirróticos). Se suspendieron dos tratamientos con sofosbuvir/ledipasvir (abandono voluntario y toxicodermia) y hubo dos fallecimientos (0.75%) durante el tratamiento por descompensación de la enfermedad.

CONCLUSIONES: la experiencia de tratamiento de la hepatitis C crónica con AAD de segunda generación demuestra una efectividad elevada, ya descrita en los ensayos clínicos, que se mantiene en el contexto de práctica real. En base a nuestra experiencia, los tratamientos son bien tolerados y presentan una alta seguridad, teniendo en cuenta que accedieron a dichos tratamientos los pacientes más graves tras la implantación del Plan Estratégico Nacional.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

853. ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN HEPATITIS C CRÓNICA. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LOS PRIMEROS PACIENTES TRATADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: CASTAÑEDA MACÍAS MI, SANDOVAL FERNÁNDEZ DEL CASTILLO S, JIMÉNEZ GUERRERO L, MURILLO IZQUIERDO M, DONOSO RENGIFO MC, ALVARADO FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. Avda. Doctor Fedriani. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar los resultados obtenidos con el uso de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) contra el virus de la hepatitis C (VHC) en un hospital de tercer nivel, en los seis primeros meses tras aparición de estos fármacos.

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

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, genotipo, grado de fibrosis (escala METAVIR), carga viral basal, tratamiento AAD, respuesta a tratamientos previos si los hubiese y co-infección VIH/VHB. Además se recogió la carga viral en semana 4 de tratamiento y a las 24 semanas post-tratamiento. Siendo la respuesta viral rápida (RVR) la reducción de la viremia ≥ 2 log en semana 4 y la respuesta viral sostenida (RVS), la carga viral indetectable 24 semanas post-tratamiento. Los datos fueron recogidos del programa de pacientes externos (Landtools®) y de la historia clínica digital (Diraya®).

RESULTADOS: Se incluyeron 105 pacientes, de los cuales 72(68,6%) eran hombres, la media de edad fue 56 $\pm$ 9 años. Distribución según genotipos: genotipo1: 84 pacientes (80%), de los que 1A: 12/84 pacientes, 1B 29/84 y desconocido 43/84 pacientes; genotipo2: 1 paciente (0,9%); genotipo3: 11(10,5%) y genotipo4: 9 pacientes (8,6%). Según grado de fibrosis hubo mayoría F4:79 pacientes (75,2%); F3: 14 pacientes (13,3%); F2: 3 (2,9%); F1: 4(3,8%) y desconocido por imposibilidad de realizar fibroScan®: 5 pacientes (4,8%).

Los esquemas de tratamiento utilizados: SMV+SOF: 30 pacientes (28,6%); SMV+SOF+RBV: 26 pacientes (24,8%); SOF+DCV+RBV: 18 pacientes (17,1%); SOF+DCV: 13 pacientes (12,4%); SOF+Peg-INT+RBV: 7 pacientes (6,6%); SOF+RBV: 4 pacientes (3,8%); SMV+RBV+Peg-INT: 3 pacientes (2,9%); SMV+RBV: 2 pacientes (1,9%); SOF+DCV+Peg-INT: 2 pacientes (1,9%).

Pacientes coinfectados: 14 VIH (13,3%) y 3 VHB (2,9%). Respuesta a tratamientos previos: Naive 41 pacientes (39%); Null-responder 32 (30,5%); Recidivantes: 18(17,2%); Respondedores parciales: 4(3,8%) y pacientes que suspendieron tratamiento por alta toxicidad antes de finalizarlo: 10(9,5%).

En cuanto a los datos de respuesta al tratamiento, obtuvimos 100% de RVR, de los que 95/105 eran indetectables y 10/105 bajaron >2log de la carga viral basal. Con respecto a la RVS, 95 pacientes (90,5%) la alcanzaron a las 24 semanas post-tratamiento, 9 recidivaron y 1 falleció antes de alcanzarla. De los 9 pacientes que recidivaron, 5(55,5%)

eran genotipo 1A, 2 (22,2%) 1B y 2 (22,2%) genotipo3; siendo 8/9 F4 y 1/9 desconocido. Los 5 pacientes 1A recibieron SMV+SOF (4/5) y SMV+SOF+RBV (1/5). Solo 2/9 presentaron carga viral en semana 4 detectable.

CONCLUSIONES: Los primeros resultados definitivos obtenidos en nuestro hospital, muestran que:

-ADD, tanto en combinaciones libres de interferón como asociadas a éste, presentan un alto porcentaje de RVS (90,5%), desde los primeros tratamientos y a pesar de contar con un alto porcentaje de pacientes cirróticos.

-La RVR parece no tener relación directa con la RVS, como anteriormente.

-El mayor número de recidivas fue de genotipo 1A (55,5 %), en tratamiento con SMP+SOF ±RBV.

-Además 8/9 pacientes recidivantes eran F4.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1241. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: BONETE SÁNCHEZ M, PONS MARTINEZ L, HERRAIZ ROBLES P, RIBES BORJA M, TALENS BOLOS MA, RUIZ DARBONNENS S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN D'ALACANT. Ctra. Alicante- Valencia, s/n. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar efectividad y seguridad de los nuevos antivirales de acción directa (AADs) contra el virus de la hepatitis C (VHC). Valorar interacciones farmacológicas y estimar la adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los tratamientos con AADs libres de Peginterferón iniciados desde 05/02/2015 hasta 19/02/2016, en seguimiento farmacoterapéutico desde la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos hasta 20/04/2016. Se recogieron datos sociodemográficos (fecha nacimiento, sexo, genotipo VHC, grado fibrosis/cirrosis, mono/coinfección VIH, pretratamiento VHC), datos analíticos (carga viral, hemoglobina, transaminasas hepáticas-TAH-, bilirrubina) y datos del tratamiento (tratamiento prescrito, efectos adversos, interacciones). Se definió como variable de efectividad una carga viral indetectable tras 12 semanas post-finalización del tratamiento (RVS12). La seguridad se midió como la incidencia de efectos adversos referidos por los pacientes en la entrevista de seguimiento mensual y los cambios indeseables en valores analíticos. Para el análisis de interacciones, se revisó la aplicación de prescripción electrónica y se cruzaron los tratamientos concomitantes con los AADs mediante la web www.hep-druginteractions.org, clasificándolas como contraindicadas y potenciales. La adherencia se midió con el recuento de medicación sobrante en cada visita. Se definió como paciente adherente a aquel que tomó, al menos, el 95% de las dosis.

RESULTADOS: Se incluyeron 221 tratamientos (218 pacientes). Edad media: 55,8 años (IC95%: 54,4-57,2). Hombres 61,3%. Coinfectados 24%. Pretratados 42%. 5 tratamientos (2%) fueron prescritos a 4 pacientes con carcinoma hepatocelular. Genotipos: 1a 61(27%), 1b 94(42%), 2 2(1%), 3 31(14%), 4 31(14%), 5 3(1%). Grado de fibrosis: 1 15(7%), 2 33(15%), 3 73(33%), 4 100(45%). Pacientes con cirrosis compensada sin hipertensión portal (http) 29%, cirrosis compensada con http 7%, y descompensada 4%.

Tratamientos prescritos: Sofosbuvir(SOF) 2(1%), Ledipasvir/Sofosbuvir(LDV/SOF) 99(44,8%), Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir(3D) 37(17%), Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir(2D) 3(1%), Sofosbuvir+Simeprevir(SOF/SMV) 45(20%), Sofosbuvir+Daclatasvir(SOF/DCV) 35(16%). Duración del tratamiento: 2(1%) tratamientos a 8 semanas, 202(91%) a 12 semanas y 17(8%) a 24 semanas. A 57(26%) de ellos se les adicionó Ribavirina.

Al fin del estudio, 207(94%) tratamientos finalizados y 14(6%) activos. 175(97%) finalizaron según la duración prevista, 3(2%) abandonaron y 3(2%) fueron exitus (presentaban un grado avanzado de enfermedad). Valores de RVS12 en 126(57%) pacientes, en 123 fue favorable (97,6% de efectividad global). Normalizaron de TAH: 57%. Efectos adversos (todos de carácter leve): astenia(61%), cefalea(40%), insomnio(36%), síntomas pseudogripales(35%) y exantema(34%). Anemia en 22(10%), aunque el 86% asociada al empleo de Ribavirina ($p < 0,0001$). En 86(39%) tratamientos se encontró alguna interacción con la farmacoterapia concomitante. Mediana de interacciones: 0 (P25:0, P75:1). Se detectaron 165 interacciones (el 100% potenciales), y fueron más habituales con SOF/SMV y 3D. Principios activos más frecuentemente implicados: omeprazol(20), tenofovir(15), amlodipino(12), olmesartan(7), valsartan(6), metformina(5), nebivolol(5) y lorazepam(5). Adherencia global: 97,1%. Solamente 6 tratamientos no se administraron correctamente. Menor tasa de adherencia con SOF/DCV (94,1%). El análisis estadístico se realizó con el programa Stata® Release 12.

CONCLUSIONES: Las nuevas terapias frente al VHC representan una opción muy efectiva con un perfil de seguridad favorable. Las interacciones esperables son de tipo potencial, lo cual implica una monitorización específica y un seguimiento del paciente. La adherencia al tratamiento fue muy buena.

136. ATENCIÓN FARMACEUTICA AL PACIENTE CON HEPATITIS C

AUTORES: GARCIA MARQUEZ A, LACRUZ GUZMAN D, GARCIA LAGUNAR MH, GUTIERREZ CIVICOS MDR, GUERRE-RO BAUTISTA R, FERRIS VILLANUEVA EM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: describir y analizar la actividad realizada en una consulta de Atención Farmacéutica (AF) a pacientes con tratamiento para la hepatitis C crónica de un Hospital de tercer nivel asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo, que incluyó a los pacientes que iniciaron tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de la hepatitis C crónica desde enero a diciembre de 2015. Se elaboró una base de datos donde se registró: número de historia clínica, genotipo viral, grado de fibrosis, tratamientos previos, carga viral (CV) antes de comenzar y tras finalizar el tratamiento, coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), servicio clínico prescriptor, tratamiento seleccionado, duración, reacciones adversas (RA), interacciones e intervenciones realizadas. A través del programa de gestión de farmacia (Savac®) se recogieron los datos de dispensaciones. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes se obtuvieron a través del programa de historia clínica electrónica (Selene®). En la consulta de AF se realiza un seguimiento farmacoterapéutico individualizado del paciente (entrevista clínica) donde se le da información y se detectan posibles problemas relacionados con la medicación (interacciones, reacciones adversas).

RESULTADOS: se incluyeron en el estudio 174 pacientes, de los cuales presentaban coinfección por VIH 31 pacientes. La distribución por genotipos de los pacientes fue: genotipo 1a, 57 (32.7%); genotipo 1b, 73 (41.9%); genotipo 3, 23 (13.2%) y genotipo 4, 18 (10.3%). En cuanto a la prevalencia del grado de fibrosis: F4, 87 (50%); F3, 49 (28%); F2, 26 (15%) y F1, 10 (5.7%). El 71.3% de los pacientes (124) pertenecían al servicio de Digestivo. El 54.6% de los pacientes fueron naïve (95). La duración del tratamiento fue mayoritariamente de 12 semanas (77.6%). La CV fue indetectable al finalizar el tratamiento en 158 pacientes (91%). Los tratamientos seleccionados mayoritariamente fueron sofosbuvir/ledipasvir (28.7 %), sofosbuvir + simeprevir (17.2%), sofosbuvir + daclatasvir (10%), y paritaprevir/ombitasvir/ritonavir + dasabuvir (8%). Durante el periodo de estudio hubo 3 exitus por descompensación hepática. En la consulta de AF se facilitó información oral y escrita a todos los pacientes, se identificaron reacciones adversas en el 44 % de los pacientes e interacciones en el 23.6 %. Las RA más frecuentemente observadas fueron dolor (6.9%), astenia (4.6%), insomnio (3.4%), prurito (2.3%) y anemia (2.3%). Las interacciones más comunes fueron con omeprazol (12%), olmesartan (7.3%), bisoprolol (7.3%) y levotiroxina (5%). Se realizaron intervenciones farmacéuticas en 36 pacientes (20,6%) clasificadas como sigue: 1) recomendaciones sobre interacciones potenciales (94,4%); 2) recomendaciones sobre otros tratamientos (19,4%); 3) recomendaciones sobre tratamiento para Hepatitis C (1,1%); 3) Recomendaciones sobre adherencia (0.03%); 4) Cambio de tratamiento (0,03%). El 97% de las intervenciones fueron aceptadas.

CONCLUSIONES: A pesar del menor número de RA con los nuevos AAD la actividad asistencial de la consulta de AF a pacientes con hepatitis C crónica ha aumentado desde su uso. El número de intervenciones realizadas y la demanda de información son muy elevadas, lo que pone de manifiesto la importancia de la existencia de una consulta de AF para pacientes con hepatitis C crónica.

1298. CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO HABITUAL EN PACIENTES A RAÍZ DE LA INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: PÉREZ MORALES A, SANTIAGO PÉREZ A, BENÍTEZ GIMÉNEZ MT, PEÑA PEDROSA JA, DURÁN LAFORET V, BORREGO HERNANDO MI.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: 1-Determinar el número de medicamentos añadidos, suspendidos o modificados, ya sea por ajuste de dosis o sustitución por equivalente terapéutico, a raíz del inicio del tratamiento del Virus de la Hepatitis C con antivirales de acción directa (AAD).

2-Describir los principales principios activos o grupos terapéuticos objeto de suspensión o modificación, así como las causas que motivan dichas acciones y la frecuencia para los distintos regímenes de AAD.

MATERIAL Y MÉTODOS: -Se analizaron los tratamientos con AAD iniciados desde diciembre de 2014 y finalizados a fecha de la realización del estudio. Para cada paciente se registró el número de medicamentos habituales en la fecha de prescripción del tratamiento antiviral así como el número y la identidad de los medicamentos prescritos, modificados o suspendidos a raíz del inicio del tratamiento antiviral.

RESULTADOS: -Se reclutaron 436 pacientes, 219 (50,23%) de ellos tratados con sofosbuvir+ledipasvir (SOF/LED), 74 (16,97%) con dasabuvir+ombitasvir+paritaprevir/ritonavir (DAS/OMB/PAR/r), 45 (10,32%) con sofosbuvir+ledipasvir+ribavirina (SOF/LDV/RBV), 42 (9,63%) con dasabuvir+ombitasvir+paritaprevir/ritonavir+ribavirina (DAS/OMB/PAR/r/RBV), y resto con otras pautas. Al inicio del tratamiento antiviral, 326 pacientes (74,8%) tomaban al menos un medicamento. De todos ellos, 170 (38,99%) tomaban entre 1-3 medicamentos, 116 (26,61%) tomaban entre 4-6 medicamentos y 40 (9,17%) tomaban más de 7 medicamentos. Al iniciar el tratamiento antiviral, 55 pacientes (12,6%) presentaron suspensión de medicamentos habituales (72 medicamentos suspendidos), 91 (20,87%) presentaron modificación de tratamiento habitual (42 modificaciones de dosis, 32 sustituciones y 31 cambios en la hora de toma), y 11 pacientes (2,52%) presentaron nuevas prescripciones (12 medicamentos prescritos).

-Los principales medicamentos suspendidos fueron simvastatina (11), ácido ursodesoxicólico (6), carbonato cálcico (4), carvedilol (3) y metamizol (3). Las principales sustituciones fueron sobre amlodipino (11), enalapril (4), valsartán (4), pantoprazol (3), lansoprazol (2) y rabeprazol (1). Los antihipertensivos se sustituyeron por losartán (12) y otros antagonistas de calcio distintos a amlodipino (6). Pantoprazol y lansoprazol se sustituyeron por omeprazol (4) y esomeprazol (2). Los principales medicamentos con ajuste de dosis fueron amlodipino (10), metformina (5), atorvastatina (3), cinacalcet (3), lorazepam (3), digoxina (2), irbesartán (2) y tacrolimus (2). Las principales modificaciones en la hora de la toma fueron para inhibidores de la bomba de protones (IBPs) (30), y resinoctetiramina (1), espaciándose su toma a la comida. No se recogió de manera exhaustiva la causa que motivó los cambios en la medicación habitual, aunque en la mayor parte de ellos se debe a interacciones medicamentosas, y una menor proporción a la no necesidad de tratamiento.

-Por tratamientos, el porcentaje de suspensión de medicamentos habituales fue similar en las distintas pautas de AAD (8,89-13,25% de pacientes con alguna suspensión), y lo mismo ocurrió con los ajustes de medicación (18,9-24,4% de pacientes con sustituciones o ajuste posológico).

CONCLUSIONES: -A raíz de iniciar el tratamiento antiviral, el 36% de los pacientes sufrieron alguna modificación de su medicación habitual. Estas modificaciones afectaron en mayor medida a los medicamentos antihipertensivos, estatinas e IBPs.

-A pesar de lo que cabría esperar por frecuencia de interacciones farmacológicas, el grado de modificación de tratamientos habituales fue semejante para las distintas pautas de AAD.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1081. EFECTIVIDAD DE ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA EN PACIENTES PRETRATADOS CON INHIBIDORES DE PROTEASA EN MONOTERAPIA

AUTORES: LUMBRERAS MARTIN M, MARÍN VENTURA L, GARCÍA LÓPEZ L.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA. Avda. Juan Carlos I, s/n. Ávila. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad de los antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de la hepatitis C crónica en pacientes pretratados con inhibidores de proteasa (IP) combinados con interferón pegilado (PEG) y ribavirina (RBV).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico en el que se incluye a todos los pacientes con hepatitis C crónica que fracasaron o interrumpieron la terapia con IP+PEG+RBV y que iniciaron tratamiento libre de interferón con combinaciones de AAD hasta enero de 2016. Se recogieron datos de edad, sexo, genotipo viral, grado de fibrosis hepática y tratamiento con AAD utilizado. La efectividad se evaluó mediante la Respuesta Viral Sostenida (RVS) a las 12 semanas post-tratamiento.

RESULTADOS: Iniciaron tratamiento 29 pacientes (76% varones) con una edad media de 55 años (rango 43-71) de los cuales el 66% estaban infectados por un genotipo 1b y el 34% por 1a. El 69% eran cirróticos. Todos ellos habían fracasado o habían interrumpido el tratamiento con un inhibidor de la proteasa (boceprevir, telaprevir o simeprevir) combinado con PEG y RBV. Recibieron las siguientes combinaciones de AAD: ledipasvir/sofosbuvir el 55%, simeprevir+sofosbuvir el 28%, daclatasvir + sofosbuvir el 10% y ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir el 7%. Todos los pacientes completaron el tratamiento. En el 83% de los casos la duración de la terapia con AAD fue de 12 semanas. El 90% de los pacientes presentó RVS12 (26/29). El 7% (2/29) fracasó al tratamiento (1 breakthrough y 1 recaída). El 3% (1/29) falleció antes de obtener resultados (exitus no relacionado con la medicación). Los fracasos correspondieron a tratamientos con la combinación simeprevir+sofosbuvir en pacientes infectados con genotipo 1b. Uno tenía un grado de fibrosis F3 y otro F4.

CONCLUSIÓN: La efectividad de las combinaciones de AAD en pacientes pretratados con IP en triple terapia con PEG y RBV es alta. En nuestro caso la pauta de simeprevir + sofosbuvir fue la que obtuvo peor resultado. Todas las combinaciones son seguras y presentan escasos efectos adversos. El escaso número de pacientes y la falta de aleatorización imposibilitan comparar los distintos esquemas de tratamiento.

971. EFECTIVIDAD DE LOS ANTIVIRALES FRENTE A LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS VHC/VIH Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: BARRAJÓN PÉREZ L, LORENTE FERNÁNDEZ L, SOLER MATEU C, TABERNER MATEU P, BELLVER ALBERTOS M, SOLER COMPANY E.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. C/ SAN CLEMENTE Nº12. Valencia. España

OBJETIVOS: Describir y analizar la utilización y efectividad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) frente al virus de la hepatitis C (VHC) en pacientes coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); así como analizar la adecuación del tratamiento antirretroviral (TAR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 12 meses (febrero 2015–enero 2016). Se incluyeron todos los pacientes coinfectados VHC/VIH tratados con AAD: sofosbuvir (SFV), simeprevir (SMV), daclatasvir (DCV), ledipasvir (LDV), ombitasvir/paritepravir/ritonavir (OBV/PTV/rtv), dasabuvir (DSV); con/sin ribavirina (RBV). Variables recogidas: demográficas, genotipo viral, grado de fibrosis, estadio Child-Pugh, tipo paciente (naive, recaedor, fracaso, suspensión, sin datos), tratamiento AAD y duración, carga viral VIH (CV-VIH) previa a inicio AAD (CV-VIH indetectable).

Resultados

Se incluyeron 97 pacientes, 75 (77,3%) hombres, edad media 49 años (IC95%: 47,8-50,2). Genotipo: 57 (58,8%) G1a, 12 (12,4%) G1b, 15 (15,5%) G3 y 13 (13,4%) G4. Grado fibrosis: 2 F1, 25 F2, 21 F3, 49 F4 (cirróticos). Estadio Child-Pugh: 86 pacientes A, 10 B, 1 C. Tipo de paciente: 61 naive, 17 fracaso a terapia antiviral previa, 11 recaedores, 2 suspendieron terapia previa por reacciones adversas (RA), 2 suspendieron por incumplimiento y 4 sin datos.

Respecto a la CV-VIH previa al tratamiento: 90 pacientes indetectable, 7 CV-VIH >50 copias/ml.

Semanas de tratamiento: 96 pacientes 12, 1 paciente 24. Las combinaciones de AAD fueron: 39 SFV/LDV (26 de ellos con RBV), 31 SFV+SMV (15 con RBV), 17 SFV+DCV (9 con RBV), 6 OBV/PTV/rtv+DSV (3 con RBV), 4 OBV/PTV/rtv (3 con RBV).

En 35 (36%) pacientes se adecuó el TAR modificándolo para evitar interacciones con los AAD (19 SFV+SMV, 6 SFV+LPV, 5 SFV+DCV, 5 OBV/PTV/rtv).

De los 97 pacientes incluidos, 86 pacientes alcanzaron las 12 semanas post-tratamiento: 80 (93%) pacientes con RVS (curación), 6 (7%) fracasos. Descripción de los fracasos: 2 naives G1a no cirróticos, 1 con SFV+DCV, otro con SFV+SMV; 1 paciente G1a, F4, que suspendió terapia previa por RA, tratado con SFV+SMV+RBV; 2 pacientes G3, F4, con fracaso previo, 1 tratado con SFV+LDV+RBV y otro con SFV+DCV+RBV; y 1 paciente G4, F4, naive, tratado con SFV+LDP+RBV. Sólo este último paciente presentaba CV-VIH detectable previa al inicio con AAD. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a RVS y presencia de cirrosis ($p=0,384$) o CV-VIH detectable al inicio del tratamiento ($p=0,120$).

CONCLUSIONES: Se pone de manifiesto la efectividad de los AAD (93% de curación), si bien es ligeramente inferior a la obtenida en los ensayos clínicos, habría que hacer un análisis detallado por esquema de tratamiento y características del paciente. La adecuación del TAR fue necesaria en más de un tercio de pacientes, la mitad de ellos debido a interacciones con SMV, de ahí la importancia de revisar las interacciones antes de iniciar tratamiento con los nuevos AAD.

714. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS DIRIGIDOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: LLORENTE ROMEO A, ROSADO MARÍA MC, MARTINEZ TORRÓN A, JIMENEZ GALÁN R, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L, ALVAREZ MANCENIDO FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avenida Roma, s/n. Asturias. España

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) en una población de pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con infección crónica por el VHC que recibieron tratamiento con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir (3D) o ledipasvir/sofosbuvir (LED/SOF) entre abril-diciembre de 2015.

La variable de efectividad empleada fue la tasa de respuesta viral sostenida (RVS), definida como la obtención de ARN-VHC indetectable a las 12 semanas de haber finalizado el tratamiento (RVS12). Se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes y el programa de dispensación de pacientes externos de Farmacia.

Se registraron los datos demográficos de los pacientes, el genotipo, el grado de fibrosis (escala METAVIR), presencia de cirrosis hepática, si eran naive o habían recibido tratamiento previo (Interferón y Ribavirina (RBV) o triple terapia) y la carga viral (CV) a las 4, 12 y 24 semanas de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 139 pacientes, 64,7% (n=90) varones y la mediana de edad de 54,28 años (RIQ 25,14 □ 82,26). El grado de fibrosis era F4 en el 60% (n=83), F3 en el 19% (n=27),

De 116 pacientes que recibieron LED/SOF presentaron RVS12 el 97% y de los 23 pacientes con 3D presentaron RVS12 el 96%. En 5 pacientes (4%) se interrumpió el tratamiento de forma prematura: dos por sepsis, uno por efectos adversos conocidos a LED/SOF y dos fueron exitos. Los tratados con LED/SOF en monoterapia obtuvieron 96% de RVS12 y LED/SOF + RBV 98%. Los pacientes con 3D y 3D + RBV alcanzaron 91% y 100% de RVS12, respectivamente. La tasa de RVS12 en los pacientes naive y pretratados fue del 95% y 98%, respectivamente. Los pacientes no cirróticos presentaron 94% de RVS12 y en cirróticos fue del 98%. En pacientes coinfectados con VIH la RVS12 fue del 92%.

CONCLUSIONES: Los resultados de efectividad obtenidos en nuestra cohorte de pacientes son similares a los datos publicados en los ensayos clínicos de referencia para estos fármacos.

La tasa de RVS fue menor en la coinfección por VHC/VIH, lo que podría deberse a una peor evolución de la infección y complejidad de manejo en este subgrupo. Se desconoce la relación de los AAD con los eventos adversos graves (sepsis) y con los exitos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

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

AUTORES: Fernández Piñeiro N, Benito Ibáñez V, Cabia Fernández L, Fernández Vicente M, Ubeira Iglesias M, Martínez De Arriba R.

Hospital Universitario de Burgos. Avenida Islas Baleares, 3. Burgos. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de pacientes infectados por el Virus de la Hepatitis C (VHC) en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con las nuevas terapias frente al virus de la hepatitis C entre Octubre de 2014 y Octubre de 2015 en un hospital de tercer nivel. Datos recogidos de la historia clínica digitalizada y del programa de dispensación de pacientes externos: sexo, edad, genotipo, grado de fibrosis, tratamientos previos, esquema y duración del tratamiento, carga viral a las 12 y 24 semanas post tratamiento, coinfección con VIH y VHB, comorbilidades y reacciones adversas.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 170 pacientes (117 hombres) con una mediana de edad de 52 años (15-79). Genotipos: 1A: 27,5%, 1B: 8,7%, 2: 3,4%, 3: 25,8% y 4: 14,6%. Grado de fibrosis: F0-F1: 10,6%, F2: 17,6%, F3: 22,3% y F4: 49,5%. El 22,35% estaban coinfectados por el VIH, 1,18% coinfectados por el VHB y 1,18% por ambos virus.

El 45,88% de los pacientes eran Naive. Del 54,12% de los pacientes con tratamientos previos frente al VHC, el 78,26% habían sido tratados con IFN/Ribavirina, el 14,13% con IFN/Telaprevir/Ribavirina, 4,35% con IFN, 2,17% con IFN/Simeprevir/Ribavirina y 1,09% con IFN/Boceprevir/Ribavirina.

Los esquemas de tratamiento se decidieron siguiendo la estrategia de la Gerencia Regional de Salud, en función del genotipo y grado de fibrosis. El 24,11% de los pacientes se trataron con Sofosbuvir/Simeprevir/Ribavirina 11,76% con Sofosbuvir /Daclatasvir, 10% Sofosbuvir /Daclatasvir/Ribavirina, 9,41% Sofosbuvir/Simeprevir, 7,64% con Sofosbuvir/Ledipasvir, 6,47% con Sofosbuvir/Ledipasvir/Ribavirina, 6,47% con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir /Dasabuvir, 5,88% Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir /Dasabuvir/Ribavirina, 5,29% con Sofosbuvir/Ribavirina, 4,71% con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Ribavirina, 4,1% con Simeprevir/IFN/Ribavirina y 3,5% con Simeprevir/Daclatasvir.

Se midió la Respuesta Viral Sostenida (carga viral negativa) a las 12 y 24 semanas tras finalizar el tratamiento. El 94,87% de los pacientes Naive obtuvieron la RVS12, y el 91,07% la RVS24 (medido en 56 pacientes, el resto sin datos). En el caso de los pretratados, el 92,34% obtuvieron la RVS12 y el 88,46% la RVS24 (medido en 78 pacientes). En cuanto a las diferencias por grado de fibrosis, los pacientes con F0-F1 obtuvieron la RVS12 y RVS24 el 100%, al igual que los pacientes F2. De los pacientes F3, el 89,47% obtuvieron la RVS12 y, de aquellos para los que se ha hecho la medición a las 24 semanas (30 pacientes), respondieron el 90%. Mientras que los pacientes con F4, el 91,67% obtuvieron la RVS12 y de los que disponemos de datos (70 pacientes), obtuvieron la RVS24 el 82,85%.

CONCLUSIONES: Al igual que en ensayos, los AAD están demostrando una alta efectividad, independientemente del genotipo del virus, el grado de fibrosis o si los pacientes habían recibido tratamientos previos.

A pesar de las elevadas tasas de curación en pacientes con alto grado de fibrosis, los resultados son mejores en pacientes con grado de fibrosis inferior a F3, demostrándose el beneficio del tratamiento precoz de la enfermedad.

515. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

AUTORES: GÓMEZ GÓMEZ D, COLÓN LÓPEZ DE DICASTILLO A, ILLARO URANGA A, MAYORGA PÉREZ JF, ORO FERNÁNDEZ M, VALERO DOMÍNGUEZ M.

HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA. Av. Valdecilla, s/n,. Cantabria. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD), en pacientes coinfectados por el virus de la Hepatitis C (VHC) y de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), medida como supresión de la carga viral a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento (RVS12). Como variables secundarias se evaluaron la supresión de la carga viral a las 4 semanas tras inicio del tratamiento (RVR) y al finalizar el tratamiento (RVPC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo realizado en un hospital terciario entre diciembre/2014 y abril/2016. Se incluyeron los pacientes coinfectados tratados con AAD y que pudieran haber alcanzado las 12 semanas posteriores a la finalización del tratamiento. Se recogieron datos demográficos, analíticos y clínicos del programa de prescripción electrónica asistida, historia clínica electrónica e informe clínico por paciente. Desde el Servicio de Farmacia se realizó un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, insistiendo en la adherencia y analizando la efectividad de los tratamientos. En el análisis de resultados se excluyeron únicamente aquellos pacientes que no disponían de resultados en la analítica de la semana 12 post-tratamiento.

RESULTADOS: De un total de 117 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, se analizaron 81 pacientes, edad media de 51,2 años (37-62), diagnosticados de VHC genotipo 1 (44,4%, 1a) en el 65,4% de los casos (n=53). El resto pertenecían al genotipo 3 (n=16), genotipo 4 (n=11) o genotipo 2 (n=1). El 88,8% de los pacientes presentaban fibrosis grado F3 o F4. Respecto al tratamiento previo, se identificaron 43 pacientes naïve, 20 no respondedores y 18 recidivantes tras doble (n=34) o triple terapia (n=4). La combinación de AAD mayoritariamente empleada fue Sofosbuvir+Simeprevir con 35 pacientes (43,2%), seguida de Sofosbuvir/Ledispavir y Sofosbuvir+Daclatasvir con 13 (16%) y 12 pacientes (14,8%), respectivamente. Solamente el 24,6% (n=20) de los tratamientos fue asociado a Ribavirina. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en el 81,5% de los pacientes y de 24 semanas en un 17,3% de ellos. La RVS12, como variable de efectividad primaria, fue alcanzada por un 85,2% de los pacientes (n=69), habiendo 12 pacientes que fracasaron al tratamiento (10 fracasos virológicos, 1 suspensión y 1 exitus). De los 10 fracasos virológicos, 3 fueron tratados con Sofosbuvir/Ledispavir y otros 3 con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir. Asimismo, entre los 10 fracasos virológicos, la mitad (n=5) presentaba VHC genotipo 1a, 9 un grado de fibrosis igual o superior a F3 y 6 pacientes ya habían sido tratados previamente. El 75,1% de los pacientes (n=61) consiguieron RVR y el 88,8% (n=72) RVPC.

CONCLUSIÓN: Los nuevos AAD presentan en nuestra población de pacientes coinfectados una efectividad inferior a lo publicado en los estudios, quizás debido a una peor situación clínica basal de los pacientes, si bien la diversidad de la muestra y el tamaño muestral impiden extraer conclusiones respecto a la influencia de factores, como genotipo, grado de fibrosis o tratamiento empleado, en los resultados obtenidos. Son necesarios más estudios con un mayor tiempo de seguimiento con el fin de obtener datos a más largo plazo y descartar posibles recidivas.

474. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: JIMÉNEZ VICENTE C, GABALDÓN GARNICA P, FREIRE GONZÁLEZ M, MORENO RAMOS F, JIMÉNEZ NACHER I, HERRERO AMBROSIO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. Paseo Castellana, 261. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) establecida como la respuesta viral sostenida después de 12 semanas de finalizar el tratamiento (RVS12).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. El período del estudio fue noviembre 2014 - abril de 2016.

En el estudio se incluyeron todos aquellos pacientes con VHC tratados con AAD con datos de RVS12 disponibles en el período de estudio.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, genotipo viral, grado de fibrosis hepática, existencia de tratamiento anterior y tipo de respuesta en su caso, coinfección con VIH, esquema y duración de tratamiento, carga viral basal y RVS12. Los datos se obtuvieron a partir del registro creado por el Servicio Madrileño de Salud para los tratamientos con AAD en VHC (RUA/VHC), así como de la historia clínica de los pacientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 728 pacientes en el estudio, 423 hombres (58 %) y 305 mujeres (42%). La media de edad fue de 58 años $\pm$ 11,2.

Características clínicas de los pacientes:

- Genotipo: genotipo 1 (81%), genotipo 2 (1%), genotipo 3 (8%), genotipo 4 (10%)
- Grado de fibrosis hepática. 307 (42%) pacientes F4, 156 (22%) F3, 235 (32%) F2, 30 (4%) F1.
- Tratamiento previo. 49 % pacientes naïve, 29 % no respondedores, 16 % recidivas, 6% no hay datos.
- Coinfección por VIH: 213 pacientes (29%).

Los esquemas principales y duración del tratamiento fueron los siguientes:

- Tratamientos a 8 semanas. Sofosbuvir + ledipasvir (5%)
- Tratamientos a 12 semanas. Sofosbuvir + ledipasvir (32%), dasabuvir + ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (10%), sofosbuvir + ledipasvir + ribavirina (7%) dDasabuvir + ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + ribavirina (6%), sofosbuvir + daclatasvir (3%).
- Tratamientos a 24 semanas. Sofosbuvir + ledipasvir (17%), sofosbuvir + daclatasvir (4%), sofosbuvir + daclatasvir + ribavirina (3%), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + ribavirina (2%)

705 pacientes (97%) alcanzaron RVS12. La distribución de las 23 recidivas por genotipos fue la siguiente: genotipo 1 (12), genotipo 3 (6), genotipo 4 (5). En cuanto al grado de fibrosis, 15 recidivas correspondieron a F4, si bien fue el grupo más numeroso.

CONCLUSIONES: El esquema de tratamiento más empleado fue ledipasvir +sofosbuvir. Un 97% de los pacientes obtuvo RVS12. La RVS12 obtenida con los nuevos AAD en este estudio coincide con la obtenida en los ensayos clínicos pivotaes publicados. Los genotipos 3 y 4 parecen tener un mayor porcentaje de recidivas. A pesar de la heterogeneidad de los grupos en relación al grado de fibrosis, éste no influiría de forma importante en la respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1143. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: SERRANO VICENTE MC, VIÑUALES ARMENGOL MC, GUILLÉN PALACÍN M, ALLUÉ FANTOVA N, TORRES SOPENA L, AMADOR RODRÍGUEZ MP.

HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. AVDA MARTINEZ DE VELASCO. Huesca. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de los nuevos tratamientos para la hepatitis C (VHC) en un hospital general de 300 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo desde Diciembre 2014 - Diciembre 2015. Criterios de inclusión: pacientes infectados por VHC que iniciaron tratamiento antiviral con las terapias dasabuvir+paritaprevir-ombitasvir-ritonavir, simeprevir, sofosbuvir+daclatasvir ó sofosbuvir-ledipasvir en el periodo de estudio. Criterios de exclusión: aquellos que no alcanzaron las 12 semanas post-tratamiento dentro del periodo de estudio. Se recogieron las siguientes variables: edad y sexo, genotipo, grado de fibrosis (F1-F4), coinfección VIH, Carga Viral (CV) basal, Respuesta Viroológica Rápida (RVR, $CV \leq 15$ UI/ml) semana 4, CV a fin de tratamiento (semanas 12 o 24, según genotipo) y Respuesta Viroológica Sostenida (RVS) semana 12 post-tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa informático de pacientes externos y de los informes clínicos de los pacientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 36 pacientes (27 hombres, 9 mujeres). La media de edad fue: 55.3 $\pm$ 2.31 años. 14 pacientes fueron naïve (38,9%), 22 (63,8%) fracasaron a un tratamiento previo y 13 (36,1%) estaban coinfectados con el VIH. En función del grado de fibrosis: 21 eran F4 (58,3%), 9 eran F3 (25%) y el resto F1-F2. Según el genotipo de VHC: 28 eran genotipo 1 (77,7 %), 6 genotipo 4 (16,7%) y 2 genotipo 3 (5,6%). La distribución de pacientes según la terapia fue: 22 con sofosbuvir-ledipasvir (61,1%), 6 con dasabuvir+paritaprevir-ombitasvir-ritonavir (16,7%), 5 sofosbuvir+daclatasvir (13,9%) y 3 con simeprevir (8,3%).

26 pacientes (72,2%) presentaron una CV basal >800000 UI/ml, 28 pacientes (77,8%) alcanzaron RVR y el resto (8/36) tuvieron CV comprendida entre 163-16 UI/ml. El 100% de los pacientes obtuvieron CV indetectable al terminar el tratamiento. En la semana 12 post-tratamiento, 28 pacientes mantenían la CV indetectable, 7 no tenían realizada la CV y uno de ellos rebrotó con una CV >800000 UI/ml (paciente coinfectado VIH). A la semana 24 post-tratamiento se tenía el dato de la CV de 6 pacientes, el 50% de ellos seguían indetectables, los otros 3 obtuvieron una CV >800000 UI/ml.

CONCLUSIONES: La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC. En nuestro estudio el 100% de los pacientes consiguió CV indetectable al finalizar el tratamiento así como una alta tasa de RVS en semana 12. No obstante, habría que esperar a los resultados de CV en semana 24 post-tratamiento,

así como analizar las razones de los rebrotes en pacientes que habían conseguido la indetectabilidad al finalizar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

165. EFECTIVIDAD DE LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: CÁRDABA GARCÍA ME, SÁNCHEZ SÁNCHEZ MT, VARELA GONZÁLEZ-ALLER J.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID. AV. RAMÓN Y CAJAL, 3. Valladolid. España

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta a los tratamientos con antivirales de acción directa (AAD) libres de interferón frente al virus de la hepatitis C (VHC) en la práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo de 16 meses de duración (01/12/2014 a 31/03/2016). Se incluyeron pacientes con hepatitis C crónica, no coinfectados VIH, tratados con esquemas libres de interferón y que hubiesen acabado el tratamiento al menos 12 semanas antes de la fecha fin del estudio. Se considera respuesta al tratamiento conseguir respuesta viral sostenida en la semana 12 post-tratamiento (RVS12).

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, polimorfismo IL28B, grado de fibrosis hepática (F) determinado por elastografía de transición (F4: $>12,5$ kPa; F3: $9,5 \leq 12,5$ kPa; F2: $7,6 \leq 9,5$ kPa; F0-F1: $\leq 7,6$ kPa), genotipo viral (G), tratamientos previos frente al VHC, tratamiento actual y duración. La información se obtuvo de la solicitud de tratamiento de hepatitis C crónica y de la historia clínica informatizada (Gestión de Informes Clínicos®, versión 5.51).

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 105 pacientes (61,9% hombres, edad media 58 ± 11 años), 54,2% cirróticos. El polimorfismo IL28B fue: CC (14,3%), CT (31,4%) y TT (9,5%); en el 44,8% de los pacientes no se determinó. Se diferenciaron los siguientes genotipos: G1 (79/105: 22/79 1A, 51/79 1B, 6/79 no determinado), G2 (1/105), G3 (14/105), G4 (10/105) y G1A/4 (1/105).

El 44,8% (47/105) de los pacientes habían sido tratados previamente, 44/47 con interferón y ribavirina. Las combinaciones de AAD utilizadas fueron: sofosbuvir/ledipasvir (38,1%), sofosbuvir/simeprevir (26,7%), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir (16,2%), sofosbuvir/daclatasvir (11,4%), otras (7,6%). La ribavirina estuvo presente en el 39% (41/105) de los tratamientos (28/79 tratamientos en G1, 1/1 en G2, 4/14 en G3 y 8/10 en G4).

La combinación más prescrita en G1 fue sofosbuvir/simeprevir (44/79), en G3 sofosbuvir/daclatasvir (9/14) y en G4 ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/ribavirina (6/10). El paciente con G2 recibió sofosbuvir/ribavirina; el paciente con G1A/4, sofosbuvir/ledipasvir. La duración de tratamiento establecida fue 12 semanas en 82/105 (78,1%) pacientes: 63/79 G1, 1/1 G2, 10/14 G3, 7/10 G4, 1/1 G1A/4.

El 6,7% (7/105) de los pacientes no se evaluaron al finalizar el estudio (4/7 cirróticos): 5/7 no tenían analíticas post-tratamiento y 2/7 suspendieron el tratamiento por efectos adversos (aumento del 52% de la creatinina basal, en un paciente F4, G1A/1B, tratado con simeprevir/sofosbuvir; e intolerancia a ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir, en un paciente F2, G1B).

El 94,9% (93/98) de los pacientes alcanzaron RVS12: 50/53 pacientes cirróticos y 43/45 pacientes no cirróticos.

CONCLUSIONES: Los nuevos tratamientos para la hepatitis C crónica con AAD libres de interferón son efectivos y bien tolerados, consiguiendo RVS12 en el 94,9% de los casos, y con una tasa de suspensión por efectos adversos muy baja (0,2%). El porcentaje de RVS12 es ligeramente superior en pacientes no cirróticos (95,6%) que en cirróticos (94,3%).

Los resultados obtenidos en la práctica clínica habitual concuerdan con los publicados en los ensayos de registro. La principal limitación del estudio es el bajo tamaño muestral de algunos subgrupos de pacientes (fundamentalmente G2 y 1A/4), pues impide valorar adecuadamente la RVS12 en esos casos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

733. EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA ADMINISTRADOS A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEPATITIS C EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Herrero Poch L, de Miguel Bouzas JC, Fortes González MS, Villamayor Blanco L, Freire Vázquez MDC.

HOSPITAL POVISA. C/ Salamanca 5. Pontevedra. España

OBJETIVO: Describir la frecuencia de curación y las características de los pacientes diagnosticados de hepatitis C y tratados con antivirales de acción directa (AAD) entre el 1 de abril de 2015 y el 31 de marzo de 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital de tercer nivel. Para la obtención de los datos se consultaron las historias clínicas de todos los pacientes con hepatitis C tratados con AAD y con datos de carga viral a las 12 semanas tras la finalización del tratamiento, entre el 1 de abril de 2015 y el 31 de marzo de

2016. Se ha considerado curación cuando un paciente completa el tratamiento y su carga viral es indetectable a las 12 semanas. Para el análisis descriptivo de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS 17.0®. El grado de fibrosis hepática se clasificó en 4 grupos: F0-F1 14,5 KPa. Y se definieron 12 esquemas de tratamiento: A. Ombitasvir 25 mg/ paritaprevir 150 mg/ritonavir 100 mg (Viekirax®), dasabuvir 250 mg (Exviera®) y rivabirina (Rebetol®) (siempre dosificada en función del peso del paciente) 24 semanas; B. Viekirax®, Exviera® y Rebetol® 12 semanas; C. Viekirax® y Exviera® 12 semanas; D. Viekirax® y Rebetol® 12 semanas; E. Viekirax® y Rebetol® 24 semanas F. Ledipasvir 90 mg/sofosbuvir 400 mg (Harvoni®) y Rebetol® 12 semanas; G. Harvoni® y Rebetol® 24 semanas; H. Harvoni® 8 semanas; I. Harvoni® 12 semanas; J. Harvoni® 24 semanas; K. Daclatasvir 60 mg (Daklinza®) y Sovaldi® 12 semanas; L. Sovaldi® y Rebetol® 12 semanas.

RESULTADOS: Fueron tratados 143 pacientes (78,3% hombres) cuya edad media fue 54,4 (32-84) años. El 51,7% fueron pacientes retratados y el 21,7% presentaba cirrosis. El 1,4% presentaba grado de fibrosis F0-F1, el 43,4% F2, el 22,4% F3 y el 32,9% F4. El 37,1% estaba infectado con el virus de la hepatitis C genotipo 1a, el 34,3% con el 1b, 0,7% con el 1c, el 2,1% con el 2, el 16,1% con el 3 y el 9,8% con el 4. Un 2,1% de los pacientes suspendieron el tratamiento por reacciones adversas medicamentosas (RAM) y en general, se logró un 94,3% de curación. El 3,5% recibió el tratamiento A, con un 100% de curación; el 9,1% el B, 92,3% de curación (un abandono por RAM); el 16,1% el C, 100% de curación (un abandono por RAM); el 4,2% el D, 100% de curación; el 3,5% el E, 100% de curación (un abandono por RAM); el 2,8% el F, 100% de curación; el 14% el G, 90% de curación; el 20,3% el H, 86,2% de curación; el 11,9% el I, 94,1% de curación; el 11,9% el J, 100% de curación; el 1,4% el K, 100% de curación y el 1,4% el L, con un 100% de curación.

CONCLUSIONES: - Los AAD han demostrado producir una alta tasa de curación.

- En concreto, los esquemas de tratamiento C y J son los que presentaron una mejor tasa de curación.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

177. EFECTIVIDAD DE REGIMENES BASADOS EN SOFOSBUVIR LIBRES DE INTERFERON EN PACIENTES CIRRÓTICOS GENOTIPO 1 CON INFECCIÓN CRÓNICA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: CARRERES PRIETO M, ESTEVE PITARCH E, COMAS SUGRAÑES D, LOZANO ANDREU T, XIOL QUINGLES X, PADULLES ZAMORA N.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BELLVITGE. C/FEIXA LLARGA S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: Los esquemas terapéuticos libres de interferón se han convertido en el tratamiento de elección de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), especialmente en pacientes cirróticos. Las altas tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) obtenidas en los ensayos pivotaes requieren ser contrastadas con la práctica clínica. El objetivo del estudio es evaluar la RVS post 12 semanas (RVS12) en regímenes basados en sofosbuvir (SOF) libres de interferón en pacientes cirróticos genotipo (GT) 1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que iniciaron terapia basada en SOF entre mayo de 2014 y marzo de 2015. Los pacientes fueron tratados con SOF-Simeprevir (SMV) ± ribavirina (RBV) durante 12 semanas (12w) o SOF-Daclatasvir (DCV) ± RBV 12 o 24 semanas (24w).

Se recogieron datos demográficos, farmacológicos y microbiológicos.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v19.

RESULTADOS: Se incluyeron 67 pacientes (22 mujeres, 13 HIV). La mediana de edad fue de 60 años (rango, 36-73). El 64% recibió SOF-SMV ± RBV 12w (44% con RBV) y el 36% SOF-DCV ± RBV (87,5% de 24w. 20,8% con RBV). Tratamiento previo: 28 naïf /7 recidivas/32 no respondedores. Todos cirróticos y GT1 (GT1a / 1b: 15/52), 22% con trasplante hepático previo. Mediana de la carga viral: 321.736 UI/ml (Q1-Q3: 76.634-1,5M UI/ml). En la semana 4, el 35,1% de los pacientes resultaron con carga viral indetectable. En el 40,3% de los pacientes que permanecieron positivos, el ARN del VHC fue 30 UI / ml: 96%/85%), GT1a vs GT1b (93% /92,3 %), la terapia antiviral (SOF-SMV ± RBV: 93,0 % vs SOF-DCV ± RBV: 91,7% o el tratamiento previo (naïve/tratamientos previos: 92,9% / 94,7%).

CONCLUSIONES: Las combinaciones de SOF-SMV ± RBV y SOF-DCV ± RBV son altamente efectivas en pacientes cirróticos GT1. No se encontraron diferencias en la SVR12 según ARN del VHC en la semana 4, subtipo, terapia antiviral o tratamiento previo.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

31. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO DE OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR ± DASABUVIR ± RIBAVIRINA DURANTE 12 SEMANAS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: MADERA PAJIN R, ASENSI DIEZ R, LINARES ALARCON A, DEL RIO VALENCIA JC.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. Málaga. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de Ombitasvir (OBV)/Paritaprevir (PTV)/Ritonavir (rtv) ± Dasabuvir (DSV) ± Ribavirina (RBV) 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 OBV/PTV/rtv ± DSV ± RBV entre Marzo-Octubre 2015. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y del programa informático de dispensación del Servicio de Farmacia. Variables recogidas: Demográficas: edad, sexo; Clínicas: carga viral (CV) basal; Respuesta Viral Sostenida semana 12 (RVS12) en UI/ml; grado de fibrosis (METAVIR); genotipo; coinfección VIH; receptor de trasplante (hepático u otros); tipo de paciente según tratamientos anteriores: Peg-interferón alfa 2A y Ribavirina (PR), Boceprevir (BOC) o Telaprevir (TEL); duración de tratamiento pautado para VHC; efectos adversos (EA).

RESULTADOS: Se incluyeron 43 pacientes. Hombres 72,1%. Edad media: 53,5±10,5 años. Todos se trataron durante 12 semanas. Grado de fibrosis: F4 (cirrosis) en el 46,52% de los pacientes, F3 en el 34,88%, F2 en el 16,28%, F1 en el 2,32%. El 39,53% (17/43) eran coinfectados con VIH (tratamiento con 2ITIAN+1 ITINN y/o 1 inhibidor de la integrasa y/o de la proteasa). El 2,32%(1/43) había recibido un trasplante hepático previo al tratamiento y el 4,64%(2/43) un trasplante renal. El 39,53%(17/43) de los pacientes habían recibido tratamiento previo para VHC, de los cuales: el 76,47% fueron tratados con PR, 17,65% solo con Peg-interferón alfa 2A y el 5,88% con PR+BOC o TEL.

De los pacientes con genotipo 1 (35/43), el 45,7% tenía CV basal>800.000 UI/ml. Tratamiento OBV/PTV/rtv+DSV: naive-cirrosis (N=7), naive-no-cirrosis (N=7), alcanzado en ambos casos RVS12; pretratados-cirrosis (N=3), consiguiendo RVS=33,33% ya que el 66,64% restante tuvo que abandonar el tratamiento en las primeras semanas; pretratados-no-cirrosis (N=7), obteniendo RVS=85,71%. Tratamiento OBV/PTV/rtv+DSV+RBV: naive-cirrosis (N=4), naive-no-cirrosis (N=3), pretratados-cirrosis (N=1), pretratados-no-cirrosis (N=3). Todos obtuvieron RVS12.

De los pacientes con genotipo 4 (8/43), el 50% tenía CV basal>800.000 UI/ml. Tratamiento OBV/PTV/rtv: naive-cirrosis (N=1), pretratados-cirrosis (N=1). Tratamiento OBV/PTV/rtv+RBV: naive-cirrosis (N=1), naive-no-cirrosis (N=3), pretratados-cirrosis (N=2). Todos obtuvieron RVS12.

No se registraron EA significativos en la población estudiada y en general fue bien tolerado.

CONCLUSIONES: Las tasas de RVS12 de nuestro estudio son concordantes con los resultados obtenidos en el estudio PEARL-I en genotipo 4: tasas de RVS12 del 100% tanto en pacientes naive como en no respondedores a tratamiento previo. En genotipo 1, la efectividad de la asociación OBV/PTV/rtv+DSV en pacientes naive ha sido superior que en el ensayo PEARL-III (100% vs 99%) y PEARL-IV (100% vs 90,2%) e inferior en el caso de pacientes pretratados-cirróticos en comparación con el estudio PEARL-II (33,33%vs100%) y pretratados-no-cirróticos (85,71%vs100%). La asociación de OBV/PTV/rtv+DSV+RBV tanto en pacientes naive como pretratados ha sido superior que en los ensayos PEARL-III (100%vs99,5%) y PEARL-II (100%vs97,7%) respectivamente. En el caso de los pacientes pretratados-cirróticos genotipo 1, los resultados de efectividad han sido inferiores ya que eran pacientes trasplantados que tuvieron que abandonar el tratamiento por toxicidad asociada a la interacción tacrolimus+ritonavir.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1212. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR Y SIMEPREVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPO 1

AUTORES: PALOMO PALOMO C, RÍOS SÁNCHEZ E, GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, CAMEAN CASTILLO M, GIL SIERRA MD.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad del tratamiento con la combinación sofosbuvir-simeprevir en pacientes con hepatitis C crónica (VHC) genotipo 1, y analizar la influencia del grado de fibrosis y la respuesta previa a interferón pegilado más ribavirina (PegIFN/RBV).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo realizado en una consulta de atención farmacéutica a pacientes externos. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con la combinación sofosbuvir-simeprevir durante 12 semanas, desde Enero a Abril de 2015. Las variables recogidas fueron: sexo, subtipo VHC, grado de fibrosis, respuesta previa al tratamiento con PegIFN/RBV. La efectividad se midió como respuesta viral sostenida (RVS12), definida como carga viral indetectable a las 12 semanas de finalizar el tratamiento.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se trataron un total de 47 pacientes (29 hombres y 18 mujeres). Se incluyeron, según el subtipo del VHC, 11 pacientes con subtipo 1a, 32 con subtipo 1b, 2 con subtipo ab y genotipo 4 y 2 con genotipo 1 sin subtipar. El grado de fibrosis presentado fue: 39 pacientes F4 y 8 pacientes F3. En cuanto a la respuesta previa a PegIFN/RBV se incluyeron, 16 pacientes naive, 4 pacientes recidivantes, 2 respondedores parciales y 25 respondedores nulos. La RVS12 se alcanzó en 41/47 pacientes (87,23%). Según el subtipo del VHC la RVS12 fue 9/11 (81,82%) con subtipo 1a, 26/32 (81,25%) con subtipo 1b, 2/2 (100%) con subtipo 1 ab+4 y 2/2 (100%)

sin subtipar. Según el grado de fibrosis, la RVS para los pacientes fue 8/8 (100%) para F3 y 32/39 (82,05%) para F4. Según la respuesta previa, la RVS12 fue: 13/16 (81,25%) en naïve, 4/4 (100%) en recidivantes, 2/2 (100%) en respondedores parciales y 21/25 (84%) en respondedores nulos.

CONCLUSIONES: La efectividad de la combinación sofosbuvir-simeprevir en pacientes con VHC genotipo 1 durante 12 semanas fue elevada. La mayor parte de los pacientes incluidos presentaban un genotipo 1b. Los fallos de respuesta se encontraron en pacientes con grado de fibrosis F4, tanto naïve como respondedores nulos. La efectividad mostrada fue similar a los resultados obtenidos en los ensayos clínicos de sofosbuvir-simeprevir. Sería conveniente disponer de un mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

754. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES INFECTADOS POR HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPO 1 B NO CIRRÓTICOS

AUTORES: MOLINA CASABAN C, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, GRAS COLOMER E, PELEGRIN CRUZ R, ORDOVÁS BAINES JP, CLIMENTE MARTI M.

Hospital Universitario Doctor Peset. Av. de Gaspar Aguilar, 90, 46017. Valencia. España

OBJETIVO: Comparar efectividad y seguridad de sofosbuvir /ledipasvir (Harvoni®) frente a dasabuvir/ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (Exviera®/Viekirax®) en pacientes con hepatitis C crónica genotipo 1b no cirróticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 12 meses de duración en un hospital terciario (Marzo 2015-Febrero 2016). Los criterios de inclusión fueron: pacientes VHC, genotipo 1b y no cirróticos, naïve o pretratados, mono infectados y coinfectados, que hubieran finalizado 12 semanas de tratamiento con cualquiera de las dos alternativas de antivirales de acción directa (AAD).

De la historia clínica electrónica se recogieron datos antropométricos (edad y sexo), variables clínicas (grado de fibrosis, coinfección VIH), historia farmacoterapéutica (paciente naïve o pretratado, tratamientos previos, fracaso o recidiva), parámetros relacionados con el tratamiento antiVHC (fármaco, posología, duración y efectos adversos) variables analíticas de seguimiento (carga viral (CV), AST, ALT, GGT, bilirrubina y plaquetas). La variable principal de efectividad fue alcanzar CV negativa (

RESULTADOS: Se analizaron 61 pacientes 33 en el grupo Harvoni® (G1) y 28 en grupo Exviera/Viekirax®. El G1 se compuso 18 hombres y 15 mujeres, mediana de edad 57,7 años (QR 12,3) y mediana de CV 1.316.000 copias/mL (QR 4.320.000) y el grupo 2 de 12 hombres y 16 mujeres, mediana de edad 56,4 años (QR 17,5) y mediana de CV 1.350.000 copias/mL (QR 2.328.000). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para las características basales.

El 100% de los pacientes alcanzó y mantuvo RVS durante el período de estudio. A todos los paciente se les realizó al menos una medida de CV durante el seguimiento: al finalizar el tratamiento (85,25%), y a las 12 semanas el (78,69%), y a las 24 semanas (36,07%) post-tratamiento.

Antes de iniciar el tratamiento el 28,0% de los pacientes del G1 tenían todas las enzimas hepáticas elevadas. Todos normalizaron estos niveles a la semana 12 post-tratamiento. Solo un paciente de este grupo tenía niveles de bilirrubina elevados y los mantuvo a la semana 12. De los 4 pacientes con plaquetopenia basal, uno normalizó niveles. En el G2 un 33,3% tenía todas las enzimas hepáticas por encima de rango a tiempo basal. El 100% alcanzó niveles normales a la semana 12 post-tratamiento. El único paciente que tenía la bilirrubina elevada disminuyó a la semana 12. No había pacientes con plaquetopenia antes del tratamiento

Respecto a la seguridad, solo una paciente del grupo 2 suspendió el tratamiento durante 3 semanas por cuadro confusional, reiniciándose posteriormente. No se registraron más efectos adversos de gravedad.

CONCLUSIONES: El 100% de los pacientes tratados con Harvoni o Exviera/Viekirax alcanzan y mantienen RVS tras 12 semanas de tratamiento en la muestra estudiada de pacientes no cirróticos genotipo 1b, con baja incidencia de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

807. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC

AUTORES: CHAMORRO DE VEGA E, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ CG, GIMÉNEZ MANZORRO Á, ESCUDERO VILAPLANA V, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M.

H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN. c/ Doctor Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Los nuevos antivirales de acción directa (AADs) para el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) han revolucionado el abordaje de esta enfermedad proporcionando tasas de curación más elevadas

y permitiendo acortar la duración de los tratamientos. Sin embargo, la evidencia disponible en práctica clínica real sobre la efectividad y seguridad de estas combinaciones en pacientes coinfectados VIH/VHC es escasa.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de los nuevos AADs para el tratamiento de la infección por el VHC en pacientes coinfectados VIH/VHC en la práctica clínica real.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo que incluyó pacientes coinfectados VIH/VHC que iniciaron el tratamiento con AADs para la infección por VHC a partir del 01/04/2016 y finalizaron antes del 15/01/2016. Se realizó el seguimiento de los pacientes en la visita basal, cada cuatro semanas durante el tratamiento y a las 12 semanas tras la finalización del mismo.

Se definió como variable principal de efectividad la respuesta viral sostenida tras 12 semanas (RVS12) después de finalizar el tratamiento para el VHC. La seguridad se evaluó mediante la incidencia de efectos adversos (EAs) y alteraciones analíticas durante el tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 164 pacientes, el 73,8% eran varones, con una mediana de edad de 52,5 años (RIC: 49,4-55,0). Al inicio del tratamiento, el 95,1% de los pacientes presentaba CV-VIH indetectable y una mediana del recuento de CD4 de 521 cel/mcL (RIC 392-789). La distribución de genotipos fue: 59,1% genotipo 1 (67,0% genotipo 1a), 23,2% genotipo 4 y 16,5% genotipo 3, y de grado de fibrosis: 57,9% (F4), 22,0% (F3), 15,8% (F2) y 4,3% (F1). El 9,8% de los pacientes tenían cirrosis descompensada y 1 paciente presentaba hepatocarcinoma. El 49,4% de los pacientes eran naïve, el 43,4% habían recibido tratamiento previo con peginterferon-ribavirina y el 7,3% con triple terapia. Los tratamientos más frecuentes fueron: sofosbuvir/ledipasvir (61,4%), ombitasvir/paritaprevir/r+dasabuvir (21,3%) y sofosbuvir+daclatasvir (7,9%). La ribavirina fue añadida al 45,7% de los tratamientos. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en el 51,8% de los pacientes, 24 semanas en el 47,5% y 8 semanas en el 0,7%. El 90,2% de los pacientes alcanzó la RVS12 (IC95% 85,4-95,1). De los 16 pacientes que no alcanzaron la RVS12: 8 fueron recaídas, 6 no tenían datos, 1 paciente interrumpió tempranamente el tratamiento debido a EAs y 1 paciente lo abandonó de forma voluntaria. El 84,8% de los pacientes tuvo al menos un EA, siendo la mayoría de grado 1-2 (98,1%). Los EAs más frecuentes fueron: anemia (37,8%), cansancio (28,0%), insomnio (18,3%), prurito (13,4%) y cefalea (12,8%). La hemoglobina fue inferior a 10,0 g/dL en el 3,7% de los pacientes pero no se observó ningún caso de anemia grado 3/4. La alteración analítica de grado 3 más frecuente fue hiperbilirrubinemia (3,0%).

CONCLUSIONES: Este estudio corrobora una elevada efectividad y un favorable perfil de seguridad de los nuevos AADs para la infección por VHC en los pacientes coinfectados VIH/VHC, tanto cirróticos como no cirróticos, en condiciones de práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

402. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON OMBITASVIR/ PARITAPREVIR/RITONAVIR Y DASABUVIR FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: RIOS SANCHEZ E, GÁNDARA GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, PALOMO PALOMO C, CAMEAN CASTILLO M, BORRERO RUBIO JM.

HOSPITAL UNIV. PUERTO REAL. Carretera N. IV, km.665. Cádiz. España

OBJETIVO: Describir la efectividad y seguridad del tratamiento con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir (OBV/PTV/r) y Dasabuvir (DSV) en pacientes en tratamiento para la hepatitis C crónica (VHC).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de VHC que iniciaron tratamiento durante el año 2015 con OBV/PTV/r y DSV con o sin Ribavirina (RBV). Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, genotipo (Gt), grado de fibrosis determinado por fibroscan, duración del tratamiento y coinfección con VIH. La variable principal de efectividad fue la RVS12, definida como carga viral indetectable 12 semanas después de finalizar el tratamiento. Variables secundarias de efectividad fueron: respuesta virológica rápida (RVR), definida como carga viral indetectable a las 4 semanas de tratamiento; y respuesta al final del tratamiento (RFT), definida como carga viral indetectable al final del tratamiento. Para valorar la seguridad, se realizó el seguimiento de los pacientes en la consulta de atención farmacoterapéutica, registrándose las principales reacciones adversas (RAMs) descritas.

RESULTADOS: Se incluyeron 37 pacientes diagnosticados de VHC en tratamiento durante 2015, 23 pacientes hombres, con edad media 58 años (23-80 años). El Gt presentado fue 1B en 24 pacientes, 1A en 6 pacientes, Gt1 en 4 pacientes, y Gt4 en 3 pacientes. Según el grado de fibrosis los pacientes se clasificaron en F4(20 pacientes), F3(11 pacientes), F2(4 pacientes), F0(1paciente) y no determinado 1 paciente. 2 pacientes eran coinfectados por VIH. El tratamiento de todos los pacientes con Gt1 (N=34) fue OBV/PTV/r + DSV, en combinación con RBV en 11 pacientes Gt1B y 5 Gt1A. El tratamiento en los pacientes con Gt4 fue OBV/PTV/r más RBV. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en 34 pacientes y 24 semanas en 3 pacientes, siendo los tres F4. Los resultados en la variable principal de efectividad fue RVS12 100%. Los resultados en las variables secundarias fueron: RVR en 89,2% (33/37) (no se

alcanzó en 1 coinfectado F3 y Gt4, y 3 pacientes F4 y Gt1) y la RFT en el 100%. El porcentaje de pacientes que presentaron RAMs fue 64,8% (24/37). Las principales RAMs recogidas fueron cansancio 27% (10/37 pacientes), picor 10,8% (4/37) que cedió a antihistamínicos o de forma espontánea, falta de apetito 8,1% (3/37) y cefalea, insomnio y anemia en 5,4% (2/37). Otras RAMs registradas fueron molestias gastrointestinales, náuseas, hiperbilirrubinemia, ictericia, hipotensión, taquicardia y mareo. Todas se resolvieron antes de finalizar el tratamiento.

CONCLUSIONES: -Todos los pacientes en tratamiento con OBV/PTV/r y DSV +/- RBV alcanzaron el objetivo principal de RVS12. - Un pequeño porcentaje de pacientes no alcanzó la RVR, aunque esto no se tradujo en una falta de eficacia al tratamiento. - La mayoría de pacientes presentaron RAMs a estos fármacos, principalmente cansancio y picor, si bien todas se resolvieron antes de finalizar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1185. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL ACTUAL EN PACIENTES CON HEPATITIS C

AUTORES: PEDRAZA NIETO L, FERNÁNDEZ CABALLERO R, OLIVA OLIVA A, VALVERDE MERINO MP, LASO LUCAS E, SÁEZ FERNÁNDEZ EM.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. Paseo de San Vicente nº88-182. Salamanca. España

OBJETIVO: La Respuesta viral sostenida (RVS) es un marcador de curación de la infección por el virus de la Hepatitis C y se define como la ausencia continuada de RNA durante 12 ó 24 semanas después de completado el tratamiento. Nuestro objetivo es determinar la eficacia de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) a través de la RVS en una población de pacientes con Hepatitis C crónica atendidos en la unidad de pacientes externos de un hospital de cuarto nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un registro prospectivo de 243 pacientes que han acudido a recibir medicación en el período diciembre 2014-febrero 2016.

La distribución según las diferentes características de la enfermedad es la siguiente:

Sexo: 169 H/74 M.

Genotipo: 1b:41,2%; 1a:30,0%; 2:4,9%; 3:14,4%; 4:9,5%;

Prevalencia del grado de fibrosis: F4:54,3%; F3:17,7%; F2:16,5%; F0-F1:9,1%; Carcinoma:0,4%.

Cirrosis descompensada: 12,8%.

Coinfección con VIH: 23,9%.

Naive: 52,7%.

La distribución de los esquemas de tratamiento utilizados es la siguiente: Sofosbuvir-Ledipasvir, 20,2%; Ombitasvir-Paritaprevir/ritonavir-Dasabuvir-Ribavirina, 13,2%; Simeprevir-Sofosbuvir, 12,8%; Sofosbuvir-Ledipasvir-Ribavirina, 12,3%; Ombitasvir-Paritaprevir/ritonavir-Dasabuvir, 11,9%; Sofosbuvir-Daclatasvir, 8,6%; Sofosbuvir-Daclatasvir-Ribavirina, 5,3%; Simeprevir-Sofosbuvir-Ribavirina, 5,3%; Sofosbuvir-Ribavirina, 7,5%; Ombitasvir-Paritaprevir/ritonavir-Ribavirina, 2,1%; Simeprevir-Peginterferón-Ribavirina, 0,4%; Sofosbuvir-Ribavirina-Peginterferón, 0,4%.

Se analizan los datos de Respuesta viral rápida (RVR) y RVS 12 (RVS12) y 24 semanas (RVS24) después de terminado el tratamiento y las características de los pacientes que no han respondido.

Número de pacientes incluidos en los cálculos: en la RVR intervienen todos los pacientes; RVS12 y RVS24, se contabilizan los que alcanzaron 12 y 24 semanas después de finalizado, respectivamente, aunque no se consideran pacientes con analíticas pendientes al cierre del estudio.

RESULTADOS: Se produce RVR en 86,5 % y no RVR en el 11,4 % de los pacientes. (De las cuatro recaídas dos se encuentran en cada grupo)

El 96,7% de los pacientes (119/123) y el 94,4%(67/71) experimentaron RVS12 y RVS24, respectivamente.

Datos incompletos por analítica pendiente al cierre del estudio de 43(25%) y 47(39,8%) pacientes que habían alcanzado las 12 y 24 semanas post-tratamiento, respectivamente.

Se produjeron 4 recaídas, 1 dentro de las 12 semanas y 3 dentro de las 24 semanas post-tratamiento, se desconoce el período exacto.

Defunciones: 5 pacientes (2%).

Interrupción por efectos secundarios: 1(0,4%)

Perdidos: 2(0,8%), por cambio de centro e interrupción por error médico-farmacéutico, respectivamente.

Retratamiento con AAD: 3 pacientes

Características de los 4 casos con recaídas:

1 caso: mujer, genotipo 1b, F4, descompensado, pretratado, Simeprevir-Sofosbuvir.

3 casos: hombre, genotipo 3, F4, descompensado, pretratado, Sofosbuvir-Ribavirina.

La asociación Sofosbuvir-Ribavirina utilizada para genotipo 3, fracasó en el 27%, en 3 de 11 pacientes con este esquema. Se trata de una asociación excluida de las guías actuales y ya no se utiliza en nuestro centro.

CONCLUSIONES: -La eficacia de los nuevos AAD es muy elevada ya que se consigue un alto porcentaje de curación favorecido por que el número de terapias finalizadas es casi pleno.

-La RVR no es probablemente un factor predictivo de curación de la infección.

-La asociación Sofosbuvir y Ribavirina en genotipo 3 es subóptima.

-Los pacientes con hepatitis descompensada tienen más probabilidad de recaer que los de menor gravedad.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

881. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS HEPATITIS C

AUTORES: GARCÍA IRANZO EM, Martí Llorca A, Andújar Mateo A, Antón Torres R, Rodríguez Lucena FJ, Navarro Ruiz A.

HOSPITAL GRAL. UNIV. DE ELCHE. Camí de L'Amassera, 11. Alicante. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y la seguridad de los nuevos agentes antivirales de acción directa(DAA) frente al virus de la Hepatitis C(VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis observacional prospectivo desde Abril hasta Diciembre de 2015. Se evalúan todos aquellos pacientes que han finalizado tratamiento frente al VHC con los fármacos de segunda y tercera generación de inhibidores de la proteasa, inhibidores de la polimerasa e inhibidores de la proteína NS5A.

El seguimiento se realizó a través de entrevistas clínicas en el Servicio de Farmacia. Se detectaron y registraron las RAMs producidas. Se analizaron datos acerca del genotipo viral, grado de fibrosis, carga viral(CV), basal y a las semanas 0 y 12 post-tratamiento, sexo, tipo de paciente (naive, recaída o coinfectado) y la duración del tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes externos Abucasis®, de la aplicación de laboratorio Geslab® y de la revisión de historias clínicas.

La valoración de la efectividad se realizó al finalizar el tratamiento(CVF) y 12 semanas tras finalizar tratamiento(CVS12), considerándose éxito del mismo si la CVS12 es indetectable.

RESULTADOS: 99 pacientes, 68(69%) varones, han finalizado tratamiento frente al VHC. 59(59,60%) pacientes eran retratados y 40(40,40%) naïves. De los 99 pacientes, 22(22,30%) eran coinfectados.

24(24,24%) pacientes fueron tratados con Sofosbuvir/Ledipasvir, 16 (16,16%) con Sofosbuvir/Simeprevir/Ribavirina, 14 con Sofosbuvir/Ledipasvir/Ribavirina, 11 con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasavubir, 10 con Sofosbuvir/Daclatasvir/Ribavirina, 9 con Sofosbuvir/Simeprevir, 6 con Sofosbuvir/Daclatasvir, 3 Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasavubir/Ribavirina, 3 Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Ribavirina, 2 con Sofosbuvir/Ribavirina, y 1 con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir.

La duración del tratamiento fue de 24, 16 y 12 semanas en 12(12,12%), 1 y 84(84,84%) pacientes respectivamente. En 2 pacientes la duración del tratamiento fue de 21 y 24 días por suspensión anticipada.

El genotipo viral fue 1A en 21(21,21%) pacientes, 1B en 50(50,50%), 2 en 2 pacientes, 3 en 17(17,17%), 4 en 8 y genotipo 5 en 1 paciente. El grado de fibrosis fue F4, F3, F2 y F1 en 62(62,62%), 22(22,22%), 13 y 2 pacientes respectivamente. Entre los F4, 44(70,96%) pacientes tenían cirrosis compensada, 16(25,80%) no cirrosis y 2 cirrosis descompensada.

La CV basal media fue de 4.012.730,23 copias (34.558-29.643.628). La CVF fue indetectable para los 99(100%) pacientes y la CVS12 fue indetectable en 95(95,95%) pacientes, entre los que se encuentran los 2 pacientes con 21 y 24 días de tratamiento, detectándose CVS12 en 4 pacientes. El éxito del tratamiento para los genotipo 1A, 1B, 2 y 5 fue del 100%, mientras que para el genotipo 3 del 88,26% y para genotipo 4 del 75%.

Las RAMs prevalentes fueron cefaleas, sequedad bucal, náuseas y anemia, con 15(15,15%), 10, 9 y 7 pacientes respectivamente, siendo esta última la más grave. Los pacientes que sufrieron anemia llevaban asociada Ribavirina, que requirió reducción de dosis y en tres casos suspensión de la misma.

CONCLUSIONES: Los nuevos agentes antivirales DAA para el tratamiento de la hepatitis C han demostrado ser eficaces en el 96% de la población de estudio reduciendo la CVF a valores indetectables y mantenerlas suprimidas 12 semanas post-tratamiento.

Las reacciones adversas son de carácter leve-moderado a excepción de la anemia, que se da en tratamientos con ribavirina asociada, siendo estos últimos susceptibles de mayor control y seguimiento.

678. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA RECURRENCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

AUTORES: ROS BERNAOLA G, CASAS ARRATE J, MENDIOLA GARCIA S, BAZA MARTINEZ B, BUSTAMANTE SCHNEIDER FJ, DE MIGUEL CASCON M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. Pza. de Cruces, 12. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Analizar las combinaciones de antivirales de acción directa (AADs) empleadas en la práctica clínica en pacientes con recurrencia del virus de la hepatitis C (VHC) tras trasplante hepático (TH) y valorar la eficacia y seguridad de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron datos de 81 pacientes TH VHC positivos, que presentaron recurrencia del VHC post-trasplante, que fueron tratados con AAD desde su comercialización en España y de los que disponemos de datos de respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 semanas del fin del tratamiento (RVS12S) a marzo de 2016. Se han recogido datos demográficos, clínicos y virológicos de los mismos. Las variables analizadas han sido la edad, sexo, genotipo (gt), subtipo, tiempo desde el TH, estadio de fibrosis, tratamiento previo con otros antivirales, combinación de AAD empleada y RVS12S.

RESULTADOS: Se han incluido 81 pacientes con las siguientes características basales: edad media 59.7 años (47-78); 84% varones y gt 1a (n=13, 16%), 1b (n=52; 64.2%), 2 (n=3; 3.7%), 3 (n=6; 7.4%) y 4 (n=7; 8.7%). El porcentaje de pacientes pre-tratados con interferón pegilado (PEG) más ribavirina (RBV) es del 66,7%. El 51,9% presentaban fibrosis F4; 25.9% F3; 11.1% F2; 7% F0-1 y el 3,7% desconocido. En 79 de 81 pacientes (97,5%) se asoció RBV al inicio del tratamiento, ajustada posteriormente según tolerancia. El tiempo medio desde el TH hasta el inicio del tratamiento fue de 3,4 años (2,4 meses □ 25,7 años) y en un 48,1% transcurrieron >5 años desde el TH. Los tratamientos empleados fueron: sofosbuvir (SOF) + simeprevir +/- RBV 12 o 24 semanas (79%), SOF y daclatasvir +/- RBV 12, 16 o 24 semanas (9,9%), SOF/ledipasvir +/-RBV durante 12 o 24 semanas (7,4%) y SOF+RBV 16 o 20 semanas (3,7%). No hubo ninguna interrupción precoz del tratamiento por efectos secundarios. Un 12% de pacientes emplearon EPO para el tratamiento de la anemia. La RVS12S global fue del 96.3% (78/81): 96,9% (62/64) en el subgrupo de SOF+SMV+/-RBV 12/24 semanas, del 66,7% (2/3) en el de SOF+RBV 16/20 semanas y del 100% en el resto de subgrupos. Ha habido 3 fracasos virológicos (3,7%): uno mal clasificado como gt2 siendo gt1b y tratado con SOF+RBV, respondedor nulo a doble terapia previa, otro gt4 F3 respondedor parcial a doble terapia previa y un gt1b F4 naïve.

CONCLUSIONES: Los resultados de las distintas combinaciones de AADs empleadas en el tratamiento de la recurrencia de VHC en pacientes TH demuestran una alta eficacia y seguridad en la práctica clínica real, incluso en pacientes previamente tratados y con estadios de fibrosis avanzados. Estos resultados son especialmente relevantes teniendo en cuenta que la reinfección del injerto por el VHC ocurre en todos los pacientes virémicos sometidos a TH, siendo la principal causa de pérdida del injerto en los mismos, y que estos pacientes presentan una evolución más rápida del VHC que pacientes inmunocompetentes y una mayor morbi-mortalidad que los trasplantados VHC negativos.

298. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS LIBRES DE INTERFERON CON LA TRIPLE TERAPIA CON UN INHIBIDOR DE LA PROTEASA EN HEPATITIS C

AUTORES: GILABERT SOTOCA M, CANO MARRON SM, VALLEZ VALERO L, PARADA SAAVEDRA FJ, MARTINEZ CASTRO B.

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA). Avda Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVOS: El tratamiento de la infección crónica por VHC ha cambiado radicalmente en los últimos años. Con la llegada de fármacos antivirales de acción directa frente al VHC se ha conseguido alcanzar altas tasas de respuesta viral sostenida (RVS) sin necesidad de asociar interferon (IFN) al tratamiento.

El objetivo de este estudio ha sido comparar la efectividad de los tratamientos libres de IFN (cohorte 1) con la triple terapia PEG-IFN+ribavirina con un inhibidor de la proteasa (IP) (telaprevir, boceprevir o simeprevir) (cohorte 2).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo comparativo de los tratamientos libres de IFN iniciados entre diciembre 2014 y octubre 2015; y los tratamientos de triple terapia con IP iniciados entre julio 2012 y mayo 2015 en un hospital médico-quirúrgico de segundo nivel. Mediante la revisión de la historia clínica informatizada de los pacientes, se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, infección por VIH, genotipo, grado de fibrosis, carga viral basal, tratamientos para VHC anteriores y RVS. Se consideró RVS la carga viral indetectable después de 12 semanas de finalizar el tratamiento (cohorte 1) y después de 24 semanas (cohorte 2).

RESULTADOS: La cohorte 1 comprendió 175 pacientes de los cuales se incluyeron 108 en los que se pudo valorar la respuesta. El 63,9% (n=69) fueron hombres con una edad media de 57 años. La distribución de genotipos fue: 1a

(24,1%; n=26), 1b (48,1%; n=52), 1 (3,7%, n=4), 2 (0,9%; n=1), 3 (10,2%, n=11), 4 (13,0%, n=14); y el grado de fibrosis mayoritario fue F4 (87,0%, n=94). La carga viral basal media fue de 2.300.000 UI/mL, el 21,2% (n=23) estaban coinfectados por VIH y el 57% (n=62) eran naive. Los tratamientos recibidos fueron sofosbuvir/ledipasvir (35,1%, n=38), sofosbuvir/simeprevir (25,0%, n=27), sofosbuvir/daclatasvir (24,0%, n=26), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir (13,0%, n=14), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (0,9%, n=1) y sofosbuvir (0,9%, n=1). En el 58,3% (n=63) de los tratamientos se añadió ribavirina y la duración del tratamiento fue de 12 semanas en el 92,6% de los pacientes (n=100). Alcanzaron RVS el 93,5% (n=101), 3,7% (n=4) tuvieron recidiva al finalizar el tratamiento, 0,9% (n=1) presentó carga viral positiva durante el tratamiento y 2 pacientes fueron exitus antes de valorar la RVS. En la cohorte 2 se incluyeron 72 pacientes. El 63,9% (n=46) fueron hombres con una edad media de 50 años. La distribución de genotipos fue 1a (25,0%, n=18), 1b (61,1%, n=44), 1 (4,2%, n=3), 4 (6,9%, n=5); y el grado de fibrosis fue F1 (9,7%, n=7), F2 (33,3%, n=24), F3 (26,4%, n=19) y F4 (30,5%, n=22). La carga viral basal media fue de 3.200.000 UI/mL, el 13,9% (n=10) estaban coinfectados por VIH y el 31,9% (n=23) eran naive. Los tratamientos recibidos fueron telaprevir (48,6%, n=35), simeprevir (29,2%, n=21) y boceprevir (22,2%, n=16). Alcanzaron RVS el 66,2% (n=48) de los pacientes: 77,1% (n=27) con telaprevir, 75,0% (n=12) con boceprevir y 42,8% (n=9) con simeprevir.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos indican que los tratamientos libres de IFN tienen una elevada efectividad en la práctica clínica en comparación con las triples terapias con IP, a pesar de incluir pacientes con mayor edad y con estadios más avanzados.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

225. ESTUDIO DE SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C: INFLUENCIA DE LA RIBAVIRINA

AUTORES: RECUERO GALVE L, MARTÍ GIL C, SÁNCHEZ GUNDÍN J, MARCOS PÉREZ G, FLOR GARCÍA A, BARREDA HERNÁNDEZ D.

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. C/Hermanidad Donantes de Sangre. Cuenca. España

OBJETIVOS: Analizar la seguridad de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento de pacientes monoinfectados por el virus de la hepatitis C (VHC) genotipo 1, en cuanto al perfil de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Determinar la dependencia de su aparición con la administración concomitante de ribavirina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo (enero 2015-diciembre 2015), realizado en un hospital general (área asistencial 142.000 habitantes). Criterios de inclusión: pacientes monoinfectados por el VHC genotipo 1 en tratamiento con una de las siguientes combinaciones de AAD: sofosbuvir-simeprevir (SOF-SIM), sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) u ombitasvir/paritaprevir/ritonavir-dasabuvir (3D). Se revisó: historia clínica informatizada (Mambrino XXI®) e historia farmacoterapéutica de la Consulta de Atención Farmacéutica (Farmatools®). Se elaboró una base de datos Excel® con las siguientes variables: demográficas (sexo y edad) y farmacoterapéuticas (tratamiento con AAD seleccionado, tratamiento concomitante con ribavirina, RAM experimentadas).

Para analizar la seguridad, se seleccionaron aquellas RAM con frecuencia >30% en nuestro estudio para cada grupo de AAD y se determinó: % global de pacientes que experimentaron RAM, % global de pacientes con ribavirina/RAM, % pacientes por cada RAM seleccionada y % pacientes con ribavirina/RAM seleccionada.

Se realizó un análisis estadístico bivalente de variables cualitativas con los tests chi-cuadrado o contraste de Fisher de independencia (SPSS v.15.0®).

RESULTADOS: Durante el período de estudio iniciaron tratamiento 160 pacientes (0,08% pacientes tratados/población adscrita). 78 fueron genotipo 1 monoinfectados, con edad media 55±10 y 48 varones.

La distribución de pacientes por grupos de tratamiento fue: 25 pacientes SOF-SIM y SOF/LDV respectivamente y 28 pacientes 3D.

En el grupo SOF-SIM 84% pacientes experimentaron RAM (52,4% llevaban ribavirina) p=0,593. Las RAM más frecuentes fueron: 40% fatiga/cansancio/astenia (40% con ribavirina) p=0,688, 40% reacciones cutáneas (50% con ribavirina) p=1, 36% hiperbilirrubinemia (77,8% con ribavirina) p=0,041, y 32% cefalea (75% con ribavirina) p=0,097. Según los tests estadísticos se acepta la hipótesis nula de independencia, siendo la aparición de RAM independiente de la administración concomitante de ribavirina, salvo para la hiperbilirrubinemia.

En el grupo SOF/LDV 80% pacientes experimentaron RAM (20% llevaban ribavirina), p=0,549. Las RAM más frecuentes fueron: 52% fatiga/cansancio/astenia (30,8% con ribavirina) p=0,096 y 36% cefalea (11,1% con ribavirina) p=1. El test estadístico acepta la hipótesis nula de independencia, por lo que la aparición de RAM es independiente de la administración concomitante de ribavirina.

En el grupo 3D 86% pacientes experimentaron RAM (71% llevaban ribavirina) p=0,116. Las RAM más frecuentes fueron: 46% fatiga/cansancio/astenia (85% con ribavirina) p=0,055 y 32% hiperbilirrubinemia (100% con ribavi-

rina) $p=0.015$. En este grupo se suspendieron dos tratamientos por trombocitopenia y descompensación hidrópica respectivamente. Los tests estadísticos demuestran el rechazo de la hipótesis nula de independencia, por lo que la aparición de RAM depende de la administración concomitante de ribavirina.

CONCLUSIONES: El perfil de RAM es el descrito en ficha técnica de los AAD y de la ribavirina, salvo los 2 casos de suspensión experimentados en el grupo 3D. Destacar la importancia de la ribavirina en la aparición de hiperbilirrubinemia, RAM descrita sólo con simeprevir de los AAD, siendo determinante su administración concomitante para que tenga lugar su desarrollo.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

412. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B CRÓNICA DURANTE UN AÑO

AUTORES: CASÁS MARTÍNEZ A, PIÑEIRO FILGUEIRA B, LOPEZ CORTIÑA A, RODRIGUEZ PENIN I.
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVENIDA DE LA RESIDENCIA S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir el perfil de los pacientes con hepatitis crónica por virus B (VHB) en tratamiento antiviral. Realizar un seguimiento del tratamiento de cada paciente y evaluar su tolerancia y efectividad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y descriptivo de todos los pacientes con HVB con tratamiento antiviral durante 2015 en un hospital de segundo nivel. Para cada paciente se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, fecha de diagnóstico y de inicio de la terapia, alanilaminotransferasa (ALT), serología y nivel de DNA-VHB. Tratamiento actual y anteriores de la hepatitis, la duración y adherencia del paciente. La adecuación del tratamiento y la efectividad se valoró según las directrices de las Asociaciones Española y Europea para el Estudio del Hígado (AAEH Y EASL): a/seroconversión definitiva (pérdida de HBsAg), b/seroconversión persistente a anti-HBe (en pacientes HBeAg+) y c/ respuesta virológica y bioquímica mantenida. Fuente de datos: historias clínicas informatizadas y programa de dispensación a pacientes externos.

RESULTADOS: Cincuenta y cinco pacientes a tratamiento en el período de estudio (38 hombres), media de edad: 56,17 años (28-84). El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico fue de 73,56 meses. Al inicio del tratamiento: serología de VHB, 25 HBeAg+ y 20 HBeAg-, 51 pacientes presentaban valores de ALT por encima del rango superior de normalidad y el valor medio de DNA-VHB fue de 98.757.435 copias/mL. Distribución según fármaco: tenofovir: 32 pacientes, entecavir: 18 pacientes, lamivudina: 3 (profilaxis por tratamiento inmunosupresor) y tenofovir+entecavir: 2 pacientes. Mantenían el tratamiento inicial 32 pacientes (58%) y 23 (42%) habían tenido uno o más cambios. Ningún paciente presentó pérdida de HBsAg en el período de estudio. Catorce pacientes negativizaron el HBeAg con aparición de anticuerpo frente al antígeno e. Los valores de ALT se normalizaron en 49 pacientes (89%) y el DNA-VHB fue no detectable en 45 pacientes (81%), y menor de 6 UI/mL en 5 pacientes. DNA-VHB menor de 2000 UI/mL en 4 pacientes y un paciente con carga viral de 39.000 UI/mL, se relacionaron con adherencia intermitente al tratamiento. En el período de estudio no se describió ningún cambio o suspensión de tratamiento por mala tolerancia.

CONCLUSIONES: -En nuestro estudio todos los tratamientos se ajustan a las recomendaciones de las Guías de la EASL (European Association for the Study of the liver). La administración subcutánea y los importantes efectos secundarios explica la ausencia de tratamientos con interferón pegilado

- La utilización de tenofovir y entecavir, permite obtener altas tasas de respuesta virológica y bioquímica que previene la progresión de la enfermedad a cirrosis, descompensación hepática, hepatocarcinoma y muerte.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

394. ESTUDIO DEL FRACASO TERAPÉUTICO DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS DE LA HEPATITIS C LIBRES DE INTERFERON

AUTORES: Cabia Fernández L, Fernández Vicente M, Benito Ibañez V, Fernández Piñeiro N, Espeja Martínez AM, Izquierdo Acosta L.

Hospital Universitario de Burgos. Avenida Islas Baleares 3. Burgos. España

OBJETIVO: Evaluar las posibles causas del fracaso terapéutico en pacientes infectados por el VHC dada la elevada tasa de curación de los nuevos antivirales de acción directa (AADs).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes infectados por el Virus de Hepatitis C (VHC), tratados con nuevos AADs y con seguimiento de 12 semanas post-tratamiento. Los datos se recogieron de las historias clínicas informatizadas y del módulo de Dispensación de Pacientes Externos. Debido a la alta tasa de replicación del virus, se tiene en cuenta el estudio de las mutaciones generadas en las principales enzimas implicadas: la proteasa NS3, la polimerasa NS5B o la fosfoproteína NS5A.

RESULTADOS: Se trataron 165 pacientes, con genotipo mayoritario el 1b con 47 pacientes (28.5%), seguido de genotipo 1a con 46 (27.8%), genotipo III con 43 (26%), genotipo IV con 23 (13.9%) y genotipo II con seis (3.6%). Experimentaron recidiva 11 (6.67%): cinco con genotipo I (tres de tipo 1b y dos de tipo 1a), cuatro con genotipo IV y dos con genotipo III.

Todos presentaron alta carga viral (CV) al inicio del tratamiento y alto grado de fibrosis (F3-F4). Se observó que presentaban alguna comorbilidad asociada, como cirrosis hepática compensada (54.5%) o descompensada (9%), hepatocarcinoma (27.3%) y VIH (27.3%).

Se realizó el test de resistencias después del fracaso terapéutico a seis pacientes. Se vio la existencia de mutantes resistentes a alguno de los AADs pautados: dos pacientes con genotipo I se trataron con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir, presentando uno mutaciones en la fosfoproteína NS5A y confiriendo resistencia a Ombitasvir; y el otro en la fosfoproteína NS5A, NS3 proteasa y polimerasa NS5B, confiriendo resistencia a Ombitasvir, Paritaprevir y Dasabuvir, respectivamente. Dos pacientes con genotipo I se trataron con Simeprevir+Sofosbuvir presentando mutaciones en la NS3 proteasa, pero sólo en uno, estas mutaciones confirieron resistencia a Simeprevir. Y dos pacientes con genotipo III tratados con Daclatasvir+Sofosbuvir, presentaron mutaciones en la fosfoproteína NS5A, confiriendo resistencia a Daclatasvir.

CONCLUSIONES: La tasa de fracaso en función del genotipo fue mayor para el genotipo IV (17.39%), seguido del 1b (6.38%), III (4.65%) y 1a (4.35%). Respecto al genotipo II, el limitado número de pacientes tratados (seis) impide extrapolar resultados.

Las mutaciones resistentes generadas a los tratamientos pautados pudieron interferir en la eficacia del mismo. La proteína con más frecuencia de mutación resistente fue la NS5A (50%), seguida de NS3 (25%) y NS5B (12.5%). Cabe destacar que todos tenían algún tipo de comorbilidad que complica la infección del VHC, pudiendo afectar a la eficacia del tratamiento.

No se ha encontrado en nuestro estudio resistencias a Sofosbuvir, concluyendo que este tratamiento tiene una alta barrera genética.

La realización del test de resistencias en pacientes con fracaso terapéutico tiene relevancia en la orientación farmacológica posterior.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

420. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS POTENCIALES INTERACCIONES RELACIONADAS CON LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C

AUTORES: FLORIT SUREDA M, ESTEFANELL TEJERO A, RUDI SOLA N, VIVES VILAGUT R, VERGARA GOMEZ M, GORGAS TORNER MQ.

Parc Tauli Sabadell Hospital Universitari. Parc Tauli nº1. Barcelona. España

OBJETIVOS: Objetivo principal: valorar la prevalencia y relevancia clínica de las potenciales interacciones (PI) detectadas entre los antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C (HCC) y la medicación concomitante para el tratamiento de comorbilidades. Objetivos secundarios: describir los grupos farmacológicos asociados con mayor número de interacciones clínicamente relevantes así como las recomendaciones realizadas y su aceptación por parte del equipo médico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo entre septiembre 2014 y diciembre 2015, realizado en un hospital de segundo nivel a partir de la información recogida en la historia clínica electrónica y en la base de datos de la Unidad de Farmacia de Pacientes Externos.

Se incluyeron los pacientes con HCC que iniciaron tratamiento antiviral libre de interferón, sin excluir los coinfectados por VIH. Las variables demográficas registradas fueron: sexo, edad, genotipo viral, grado fibrosis hepática y descompensación hepática.

Se registraron las PI detectadas clasificándolas según su relevancia clínica en leves, moderadas y graves.

Se registraron los AAD y fármacos concomitantes prescritos. Los fármacos concomitantes se clasificaron según su grupo farmacológico.

Las recomendaciones realizadas por el farmacéutico se clasificaron cómo: no modificar tratamiento, monitorizar parámetros clínicos, cambiar el tratamiento antiviral o concomitante y retirar el tratamiento concomitante. También se registró la aceptación de las mismas.

RESULTADOS: Iniciaron tratamiento con AAD 493 pacientes, de los cuales en 278 (56.4%) se detectó alguna PI. Las características de los pacientes en los que se detectaron PI fueron: 57.5% hombres, edad mediana 58 años (30-83) y 21.2% coinfectados con VIH. El 57.9% fueron genotipos 1b, 57.2% cirróticos y de éstos, 20.1% descompensados. La mediana de fármacos concomitantes fue de 6/paciente (1-28).

Se clasificaron 795 PI: 317 leves, 416 moderadas, 44 graves y de 19 no se encontró información de intervención en ninguna base de datos.

Las combinaciones de AAD mayoritariamente asociados a PI fueron 43% Viekirax®+Exviera® y 22% Harvoni®.

Los principales grupos farmacológicos asociados a interacciones moderadas fueron 17.8% antihipertensivos, 11.5% ansiolíticos y 10.6% protectores gástricos. Los principales grupos farmacológicos asociados a interacciones graves fueron: 41% hipolipemiantes, 13.6% fármacos para la hiperplasia benigna de próstata y 11.3% antiepilépticos.

En el 60.1% de las PI detectadas hubo intervención por parte del farmacéutico. Las recomendaciones realizadas al equipo médico fueron: 32.1% monitorizar el tratamiento concomitante, 16.9% cambiar el tratamiento concomitante, 7.7% retirar el tratamiento concomitante y 3.4% cambiar el tratamiento antiviral.

La aceptación de las intervenciones farmacéuticas por parte del equipo médico fue del 99.2%.

CONCLUSIONES: Los pacientes con enfermedad hepática más avanzada presentan un alto riesgo de PI por estar más polimedicados.

Aunque hay muy pocas PI con AAD que sean graves, el elevado número de PI moderadas hace necesaria una evaluación exhaustiva de la medicación concomitante para prevenir efectos secundarios y riesgos innecesarios.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

512. EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES MONOINFECTADOS CON VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES: GÓMEZ GÓMEZ D, COLÓN LÓPEZ DE DICASTILLO A, ILLARO URANGA A, MAYORGA PÉREZ JF, ORO FERNÁNDEZ M, VALERO DOMÍNGUEZ M.

HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA. Av. Valdecilla, s/n,. Cantabria. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (AAD), en los pacientes mono-infectados por el virus de la hepatitis C (VHC), medida como supresión de la carga viral a las 12 semanas tras finalizar el tratamiento (RVS12). Como variables secundarias se evaluaron la supresión de la carga viral a las 4 semanas tras inicio del tratamiento (RVR) y al finalizar el tratamiento (RVPC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo realizado en un hospital terciario entre diciembre/2014 y abril/2016. Se incluyeron todos los pacientes mono-infectados tratados con AAD y que pudieran haber alcanzado las 12 semanas posteriores a la finalización del tratamiento. Se recogieron datos demográficos, analíticos y clínicos del programa de prescripción electrónica asistida, historia clínica electrónica e informe clínico por paciente. Desde el Servicio de Farmacia se realizó un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, insistiendo en la adherencia y analizando la efectividad de los tratamientos. En el análisis de resultados se excluyeron únicamente aquellos pacientes que no disponían de resultados en la analítica de la semana 12 post-tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 241 pacientes de los cuáles se analizaron 222 pacientes, con una edad media de 55,8 años (25-76), estando el 76,7% (n=170) diagnosticado de VHC genotipo 1 (28% 1a), el 16,2% (n=36) de genotipo 3 y el resto de genotipo 4 (n=15) y genotipo 2 (n=1). El 42,8% de los pacientes presentaban fibrosis grado F4 y el 20,7% grado F3. En relación al tratamiento previo, 110 pacientes eran naïve, 81 no respondedores y 31 recidivantes tras doble (n=71) o triple terapia (n=41). Las combinaciones de AAD más empleadas fueron: 75 pacientes (33,8%) con Sofosbuvir/Ledipasvir, 62 (27,9%) con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir y 47 (21,2%) con Sofosbuvir+Daclatasvir. Un 48% de los tratamientos fueron asociados a Ribavirina. La duración del tratamiento fue de 12 y 24 semanas en el 73% y 25,2% de los pacientes respectivamente. La RVS12, objetivo primario de eficacia, se alcanzó en el 95,9% de los pacientes (n=213), mientras que los 9 pacientes restantes fueron fracasos (4 suspensiones, 3 fracasos virológicos y 2 exitus). Los 3 fracasos virológicos ocurrieron en pacientes no respondedores a doble terapia previa, con fibrosis grado 3 o superior, genotipos 1b (n=2) y 3 (n=1) y ninguno de ellos fue tratado con las combinaciones Sofosbuvir/Ledipasvir ó Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir. El 61,3% de los pacientes (n=136) consiguieron RVR y el 95,5% (n=212) RVPC.

CONCLUSIÓN: Las combinaciones de los nuevos AAD muestran un alto porcentaje de efectividad en pacientes mono-infectados, similar a los datos reflejados en los estudios publicados, considerando que se parte de una población con una peor situación clínica basal. La amplia diferencia observada entre los porcentajes de pacientes que alcanzaron una RVR y posteriormente una RVS12, confirman que la RVR no se puede considerar una variable pronóstica fiable en la respuesta al tratamiento. Son necesarios más estudios de mayor tiempo de seguimiento para confirmar estos datos de efectividad a más largo plazo y descartar posibles recidivas.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

937. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD RESPECTO A LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE A LA HEPATITIS C EN PACIENTES MONOINFECTADOS

AUTORES: BARRAJÓN PÉREZ L, LORENTE FERNÁNDEZ L, DEL POZO CARLAVILLA C, AGUILAR BENÍTEZ A, MENGUAL SENDRA A, SOLER COMPANY E.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. San Clemente nº 12. Valencia. España

OBJETIVOS: Describir y analizar la población de pacientes mono infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) tratados con antivirales de acción directa (AAD) y evaluar su efectividad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo; se incluyeron todos los pacientes infectados por VHC tratados con AAD: sofosbuvir(SFV), simeprevir(SMV), daclatasvir(DCV), ledipasvir(LDV), ombitasvir/paritepravir/ritonavir(OBV/PTV/rtv), dasabuvir(DSV); con/sin ribavirina(RBV) o peginterferón(pegINF), entre febrero 2015 y enero 2016(12 meses). Criterios de exclusión: trasplantados y coinfectados VIH. Variables recogidas: edad, sexo, genotipo viral, grado de fibrosis, estadio Child-Pugh, manifestaciones extrahepáticas, tipo de paciente(naive, recaedor, fracaso, suspensión, sin datos), tratamiento AAD y duración. La efectividad se evaluó mediante la respuesta viral sostenida (RVS), definida como la carga viral indetectable 12 semanas tras finalizar el tratamiento. La seguridad se midió por la aparición de reacciones adversas(RA) grado 3-4 durante el tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción/dispensación Abucasis® y de la historia clínica electrónica OrionClinic®. Las proporciones se compararon mediante prueba exacta de Fisher utilizando el programa SPSS®v21.

Resultados

Se incluyeron 259 pacientes, 151(58,3%) hombres, mediana de edad 59 años (36,2-81,4). Genotipo: 65(25%) G1a, 164(63,3%) G1b, 2(0,88%) G2, 18(7%) G3 y 10(3,9%) G4. Grado de fibrosis: 5(1,9%) F0, 6(2,3%) F1, 73(28,2%) F2, 45(17,4%) F3 y 130(50,2%) F4. Los pacientes cirróticos se clasificaron: cirrosis compensada sin hipertensión portal 83, compensada con hipertensión portal 46, cirrosis descompensada 1. Estadio Child-Pugh: A 248 pacientes y B 11. Presentaban manifestaciones extrahepáticas 35(13,5%) pacientes (20 varices esofágicas, 15 hipertensión portal, 4 ascitis, 4 gastropatía portal, 3 esplenomegalia, 1 porfiria cutánea tarda, 2 crioglobulinas positivas). Tipo de paciente: 101 naive, 82 fracasos a terapia previa, 28 recaedores, 19 suspendieron terapia previa por RA, 29 sin datos. Todos los pacientes llevaron combinaciones AAD aprobadas en guías clínicas según genotipo y fibrosis: 99 OBV/PTV/rtv+DSV 34 de ellos con RBV, 78 SFV/LDV(40 con RBV), 39 SFV+SMV(27 con RBV), 32 SFV+DCV(23 con RBV), 5 SMV+RBV+pegINF, 3 OBV/PTV/rtv+RBV, 2 SFV+RBV, 1 SFV+RBV+pegINF. Duración de tratamiento: 246(95%) pacientes 12 semanas, 13(5%) 24. De los 259 pacientes, 228 alcanzaron las 12 semanas post-tratamiento: 224(98,2%) con RVS(curación), 4(1,8%) fracasaron. Descripción de fracasos: 1 paciente fracasado a terapias previas con G1b, F2, tratado con OBV/PTV/rtv+DSV; 2 pacientes naives, G1b, F4, 1 de ellos tratado con SFV/LDV+RBV y el otro con SFV+SMV; 1 paciente naive, G3, F3, tratado con OBV/PTV/rtv+DSV. A pesar del elevado porcentaje de pacientes cirróticos, no se hallan diferencias estadísticamente significativas en relación a la obtención de RVS y presencia de cirrosis($p=0,627$). En cuanto a la seguridad, aparecieron 6(2,32%) RA grado 3-4: 1 dolor precordial(DCV), 1 astenia severa(OBV/PTV/rtv), 1 fallo hepático fulminante(SMV), 2 toxicodermias(SMV), 1 anemia(pegINF); las tres primeras condujeron a suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados de efectividad reflejan una alta tasa de curación (98,2%) en línea con los resultados obtenidos en los ensayos clínicos; si bien en algunos casos son superiores, habría que hacer un análisis detallado por esquema de tratamiento y características del paciente. La baja incidencia de RA graves y de suspensión de tratamiento demuestra la seguridad y buen perfil de tolerabilidad de los AAD.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1199. EVOLUCIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE HEPATITIS C

AUTORES: FERNÁNDEZ VICENTE M, FERNÁNDEZ PIÑEIRO N, CABIA FERNÁNDEZ L, BENITO IBAÑEZ V, IZQUIERDO ACOSTA L, BARBADILLO VILLANUEVA S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. Islas Baleares, 3. Burgos. España

OBJETIVOS: Valorar la evolución de la fibrosis hepática en pacientes con infección por el Virus de Hepatitis C (VHC) tratados con antivirales de acción directa (AADs), consiguiendo curación virológica (CV) (carga viral indetectable a las 12 semanas post-tratamiento).

Detectar posibles aspectos influyentes en los **RESULTADOS:** tratamientos previos, enfermedades asociadas y características de la infección por VHC.

METODOLOGÍA Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de los resultados de las Elastografías de Transición (ETs), técnica diagnóstica basada en la relación entre la rigidez del hígado y el grado de fibrosis hepática, de pacientes con infección por VHC previo tratamiento con AADs y a las 24 semanas post-tratamiento, tras demostrar CV.

Los resultados de las ETs, los datos descriptivos de la infección y de los pre-tratamientos recibidos, y las comorbilidades de los pacientes se obtuvieron de las historias clínicas informatizadas y del módulo de Dispensación a Pacientes Externos del programa Farmatools.

RESULTADOS: Los 84 pacientes analizados recibieron tratamiento con AADs entre octubre de 2014 y octubre de 2015. De ellos, 24 (28.6%) tenían genotipo 1A; 31 (36.9%) genotipo 1B; 3 (3.6%) genotipo 2; 17 (20.2%) genotipo 3 y 9 (10.7%) genotipo 4.

El 40.5% de los pacientes eran naïve, el 47.6% había sido tratado con pegIFN+Ribavirina y el 11.9% restante había recibido pegIFN+Ribavirina+Telaprevir.

Los resultados de la ET realizada pre-tratamiento fueron: 11.9% F0-1; 23.8% F2; 21.4% F3 y 42.9% F4.

La ET a las 24 semanas post-tratamiento mostró: 32.1% F0-1, 22.6% F2, 14.3% F3 y 31% F4.

En 68 pacientes (81%) los resultados de las ETs demostraron una reducción de los kPa. En 35 de ellos (41.7%) se tradujo en una disminución del grado de fibrosis. De los cuales, 21 redujeron un grado, 13 pacientes dos grados y 1 un paciente tres grados.

En los 16 pacientes restantes (19%) se objetivó un aumento de los kPa en las ET, lo que supuso un salto en un grado de fibrosis en 5 pacientes (25%), y sólo uno de ellos subió dos grados (de F2 a F4); este último paciente padece de enfermedad poliquística hepática asociada a poliquistosis renal. Por otro lado, destaca un aumento de 20,3kPa en otro paciente, que se mantuvo en F4; éste sufre esplenomegalia, colelitiasis y esteatosis hepática. La media del aumento de kPa de los 15 restantes fue: 2,82kPa.

CONCLUSIONES: Los genotipos y pre-tratamientos no influyeron en la evolución de la fibrosis.

Según diversos estudios, los resultados de la ET pueden alterarse con otras comorbilidades del paciente como: actividad inflamatoria, esteatosis hepática u obesidad, lo que encaja con el perfil del paciente que pasó de F2 a F4, y con el que se mantuvo en F4 con un aumento de 20,3kPa.

Es necesario conocer las limitaciones de la ET, así como valorar a los pacientes antes de realizarla, y repetirla con la frecuencia oportuna para conseguir valores objetivos de la evolución de la fibrosis.

La evolución en el grado de fibrosis objetivada en este estudio refleja la capacidad hepática de regeneración tras sólo 24 semanas del fin del tratamiento, y 12 semanas de la curación virológica.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1297. IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON HEPATITIS C

AUTORES: GRANJA BERNAL V, SÁNCHEZ GIL C, Collados Arroyo V.

HOSPITAL INFANTA ELENA. Avda. Reyes Católicos, 21. Madrid. España

OBJETIVOS: Cuantificar y clasificar los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) detectados y las intervenciones farmacéuticas realizadas en una consulta monográfica de Atención Farmacéutica (AF) a pacientes con tratamiento para la Hepatitis C Crónica con antivirales de acción directa (AADs).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo prospectivo de los PRMs detectados y las intervenciones farmacéuticas realizadas en una consulta de AF a los pacientes que inician tratamiento para la hepatitis C con AADs entre abril de 2015 y abril de 2016 en nuestro hospital.

En la consulta de AF se realiza una entrevista clínica al inicio del tratamiento y un posterior seguimiento farmacoterapéutico (SFT) del paciente, registrando en soporte electrónico los PRMs detectados y las intervenciones realizadas. Se cuantifican los PRMs detectados y se clasifican según el Tercer Consenso de Granada modificado. Se recogen 7 tipos de PRM: -PRM1-) Interacción detectada en la consulta AF y recomendación al especialista, -PRM2-) contraindicación entre el tratamiento habitual y AADs; -PRM3-) esquema erróneo según grado de fibrosis y genotipo; -PRM4-) duración no adecuada según grado de fibrosis y genotipo; -PRM5-) dosis no adecuada de RBV; -PRM6-) Dosis errónea de AADs; -PRM7-) Incumplimiento terapéutico.

RESULTADOS: Entre abril de 2015 y abril de 2016, 107 pacientes iniciaron tratamiento para la hepatitis C con AADs y con una mediana de 4 (rango: 0-21) medicamentos crónicos/paciente. 11 eran coinfectados VIH-VHC. 49 eran F4, 29 eran F3, 22 F2 y el resto F0-F1. Los genotipos predominantes fueron G1a (31,8 %) y G1b (51,4 %). El 68,2 % recibieron ombitasvir/paritaprevir/ritonavir +/- dasabuvir +/- ribavirina y el 26,2 % sofosbuvir/ledipasvir +/- ribavirina. El 5,6% de los pacientes recibieron otras combinaciones (Sofosbuvir + Ribavirina, Daclatasvir + Sofosbuvir y Daclatasvir + Sofosbuvir+Ribavirina). 25,2 % tuvieron un régimen con una duración de 24 semanas y 71 % tuvieron un

régimen de 12 semanas. Durante el SFT se realizaron 63 intervenciones, con una tasa de aceptación del 96,8 %. Se detectaron PRM en 38.3 % de los pacientes. Se registraron 1,5 PRM por paciente. De los PRMs detectados 27 fueron por interacciones que requirieron vigilancia estrecha o cambio de tratamiento y 2 por contraindicaciones con los AADs que supusieron un cambio de tratamiento. 20,63 % fueron por una dosis errónea de ribavirina y un 3,2 % por una dosis errónea de AADs, ambos en la prescripción. Un 4,8 % fueron por un esquema no adecuado de acuerdo con el genotipo del paciente y un 15,9% (10/63) por una duración inadecuada de tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de las Guías Clínicas Europea y Americana.

En 5 pacientes se detectó de manera temprana un mal cumplimiento terapéutico evitándose un posible fracaso terapéutico. En 9 casos los PRMs detectados alcanzaron al paciente, no suponiendo ningún daño para el mismo.

CONCLUSIONES: El SFT de los pacientes en tratamiento para la Hepatitis C, mediante una consulta monográfica de AF, es fundamental para la detección temprana de PRMs que podrían haber supuesto un fracaso terapéutico y un sobre coste para el Sistema Nacional de Salud.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1230. INFLUENCIA DE LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA GLOBAL EN LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES CO-INFECTADOS VIH/VHC EN TRATAMIENTO FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

AUTORES: ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, MANZANO GARCÍA M, GUZMAN RAMOS MI, BARREIRO FERNANDEZ EM, CUADRARO SORIA V, MORILLO VERDUGO R.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE VALME. Ctra. de Cádiz, km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar la relación existente entre el Índice de Complejidad Global y la respuesta viral sostenida a las 12 semanas (RVS12) de finalizar el tratamiento frente a la Hepatitis C.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el año 2015. Se incluyeron pacientes coinfectados VIH/VHC con TAR estable durante los seis meses previos al inicio del estudio y que hubieran comenzado el tratamiento frente al VHC con AAD en 2015. Se excluyeron pacientes en ensayos clínicos y pérdidas de seguimiento. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), variables analíticas como el recuento de CD4 (cél/uL) y la carga viral plasmática de VIH (copias/mL) y variables relacionadas con la hepatitis C como el genotipo viral y la presencia o no de cirrosis hepática. Se determinó el estatus previo al inicio del tratamiento clasificándose en naive, respondedor recidivante (RR) o no respondedor (NR) a los tratamientos previos. Se obtuvieron parámetros relacionados con la farmacoterapia como es el tratamiento frente al VHC seleccionado, la medicación concomitante (incluido el TAR), el índice de complejidad del tratamiento frente al virus de la Hepatitis y el global medido a través de la herramienta con la herramienta de la Universidad de Colorado. El índice de complejidad global se categorizó en alto con una puntuación >14 y bajo ≤ 14. Finalmente se obtuvo la RVS12.

Los datos se obtuvieron de la historia digital de los pacientes y del programa de dispensación de pacientes externos. Para investigar la asociación de complejidad alta/baja con RVS12 sí/no, se aplica la prueba chi-Cuadrado o los métodos no asintóticos de la prueba de Montecarlo y la prueba Exacta. El análisis estadístico se realizó con el programa ssps v20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 pacientes, el 84.9% hombres con una media de edad de 52.6± 5.1 años. El 98.0% de los pacientes presentaban Carga viral indetectable del VIH y el 76.9% cifras de CD4 superiores a 250 células/uL. El 49.9% de los pacientes portaban el genotipo 1 del virus VHC y el 80.8% tenían diagnóstico de cirrosis hepática. El 36.5% de los pacientes eran naive seguido del 28.8% NR a biterapia con peg-interferón y Ribavirina (PR) y un 13.5% NR a triple terapia con AAD de primera generación más PR. En cuanto al tratamiento antiviral frente al VHC seleccionado, más de la mitad de los pacientes (51.9%) iniciaron tratamiento con sofosbuvir/ledipasvir. El valor medio del índice de complejidad del tratamiento frente a la hepatitis C fue 5.1±2.3 y el de la mediación global 15.3±6.1. El 51.9% de los pacientes presentaban un índice de complejidad bajo y el 88.5% alcanzaron la RVS a las 12 semanas de finalizar el tratamiento. La asociación entre la RVS12 y una baja puntuación en el índice de complejidad global es estadísticamente significativa (p=0.024).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con una menor complejidad farmacoterapéutica alcanzan mayores niveles de respuesta viral sostenida con el tratamiento frente a la Hepatitis C. Por tanto este parámetro deberá ser valorado a la hora del inicio de un nuevo tratamiento.

1267. INFLUENCIA DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DIRECTO FRENTE A LA HEPATITIS C EN LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA.

AUTORES: ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, BORREGO IZQUIERDO Y, MANZANO GARCIA M, VILLARUBIA ROMÁN B, ALMEIDA GONZALEZ CV, MORILLO VERDUGO R.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE VALME. Ctra. de Cádiz, km. 548.9. Sevilla. España

OBJETIVOS: Establecer la relación de la satisfacción con el tratamiento antiviral directo frente a la Hepatitis C con la respuesta viral sostenida a las 12 semanas de finalizar el tratamiento frente a la Hepatitis C (RVS12).

Métodos: Estudio observacional descriptivo, unicéntrico realizado en el año 2015. Se incluyeron pacientes que hubieran completado al menos 4 semanas con el tratamiento frente al VHC con AAD en 2015. Se excluyeron pacientes en ensayos clínicos y pérdidas de seguimiento. La variable principal fue la valoración de la satisfacción con el tratamiento frente a la hepatitis C, medida a través del cuestionario ESTAR adaptado y validado para esta patologías. Además se recogieron variables demográficas (edad, sexo), variables relacionadas con la hepatitis C como el genotipo viral y la presencia o no de cirrosis hepática y el estatus previo al inicio del tratamiento clasificándose en naive, respondedor recidivante (RR) o no respondedor (NR) a los tratamientos previos. En relación con la farmacoterapia se recogió el tratamiento frente al VHC seleccionado, la medicación concomitante y la RVS12.

La satisfacción con el tratamiento frente a la Hepatitis se categorizó en alta con una puntuación ≥ 50 puntos o baja con < 50 puntos. Para investigar la asociación de la RVS12 con satisfacción sí/no, se aplicará la prueba chi-Cuadrado o los métodos no asintóticos de la prueba de Montecarlo y la prueba Exacta. El análisis de los datos se realiza con el programa estadístico IBM SPSS 23.0 para Windows.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 171 pacientes, el 83.0% hombres con una mediana de 52 años (48-57). El genotipo viral mayoritario fue el 1 con un 71.3%, seguido de un 15.2% con genotipo 4 y 12.3% genotipo 3. La presencia de cirrosis hepática se constató en el 59,6% de los pacientes. En relación al estatus previo, el 44.4% eran naive, seguido del 22.8% NR a terapia convencional con Peg-Interferon y Ribavirina y el de RR a este mismo esquema. El 82.5% de los pacientes fueron tratados con antivirales de acción directa de segunda generación, destacando el 33.9% de pacientes que iniciaron tratamiento con Sofosbuvir/Ledipasvir. El 92.5% de los pacientes alcanzaron la RVS12. En relación a la satisfacción con el tratamiento, la mediana fue 49 puntos (46-52) y el 58.5% presento una satisfacción baja. La asociación entre la RVS12 y la satisfacción es estadísticamente significativa ($p=0.029$) con un OR (IC95%):8.6 (1,08; 66,6). El amplio intervalo de confianza puede estar relacionado con el bajo número de pacientes que no alcanzaron la RVS12.

CONCLUSIÓN: La satisfacción con el tratamiento frente a la Hepatitis C está relacionada positivamente con la consecución de la RVS12. Será necesario un análisis con más pacientes para corroborar estos datos.

760. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO ASISTENCIAL: VALOR AÑADIDO EN LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL PARA LA HEPATITIS C

AUTORES: DEL OLMO REVUELTO MA, PRADA LOBATO J, RODRÍGUEZ BARBERO J, BLÁZQUEZ GALÁN A.

HOSPITAL RÍO HORTEGA. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Describir el valor que aporta la participación de un farmacéutico, dentro del equipo clínico-asistencial, en la selección del tratamiento antiviral en pacientes con infección crónica por el virus de la Hepatitis C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Observacional prospectivo descriptivo realizado entre el 16/10/2015 y el 16/03/2016. Se incluyen todos los pacientes VHC que iniciaron tratamiento con antivirales de acción directa en ese periodo.

Se define valor como cualquier aportación del farmacéutico, en términos de mejorar la efectividad, seguridad, comodidad o coste, que modifique la propuesta del médico indicada en el formulario de solicitud de tratamiento antiviral. El modelo de trabajo en el equipo asistencial de Hepatitis C es el siguiente: 1º. El médico envía al Servicio de Farmacia (SF) el formulario de solicitud de tratamiento. 2º. El farmacéutico evalúa y valora las opciones disponibles en base a las guías (EASL y AASLD/IDSA), informes de posicionamiento terapéutico, fichas técnicas y bases de datos de interacciones de la Universidad de Liverpool y Lexi-Interact®. 3º. En sesión clínica se consensua el tratamiento.

De la historia clínica y farmacoterapéutica y de los módulos de pacientes externos y gestión económica de Farmatools® se recoge la siguiente información: propuesta de tratamiento del médico, propuesta del SF (con el análisis de las diferentes opciones en términos de eficacia, seguridad, comodidad y coste), el tratamiento seleccionado y el criterio principal que ha determinado la selección.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento con antivirales de acción directa 88 pacientes VHC. Se aportó valor en 68/88.

En 41/88 la solicitud del médico se recibe sin propuesta de tratamiento y el esquema seleccionado es el propuesto por el SF. En 4/41 por mayor eficacia, en 4/41 para evitar efectos adversos (relacionados con Ribavirina), y en 33/41, ante similares datos de eficacia y seguridad de los diferentes esquemas, por coste en 23/33, para evitar interacciones con el tratamiento habitual en 7/33 y para mejorar comodidad en 3/33.

En 36/88 la solicitud del médico incluía un esquema de tratamiento. Se modificó la propuesta en 16/36. Se consideró que se mejoraría la eficacia en 9/16 (6/9 requerían asociar Ribavirina, 2/9 prolongar la duración a 24 semanas y 1/9 por existir evidencia de mayor eficacia con otro régimen). Se consideró que se mejoraría la eficiencia en 6/16, por tener el tratamiento solicitado un coste superior a otro sin presentar ventajas. Se consideró que se mejoraría la seguridad en 1/16 en el que se había propuesto un régimen con Ribavirina sin precisarla.

En 11/88 pacientes de genotipo 3 se inició tratamiento a propuesta del SF por presentar, en este período, su esquema de tratamiento condiciones económicas ventajosas. El SF, y el de microbiología realizaron la búsqueda activa de estos pacientes.

CONCLUSIONES: La participación de un farmacéutico en la selección del tratamiento dentro del equipo clínico-asistencial aporta valor en una proporción importante de pacientes. Lo que podría traducirse en implicaciones clínico-económicas relevantes.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

732. INTERACCIONES ENTRE PLANTAS MEDICINALES Y ALIMENTOS CON LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C: UN TEMA A TENER EN CUENTA.

AUTORES: COLLADO BORRELL R, GIMENEZ MANZORRO A, ESCUDERO VILAPLANA V, DE LORENZO PINTO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ Dr. ESQUERDO, 6. Madrid. España

OBJETIVO: La aparición de los nuevos antivirales para el tratamiento de la hepatitis-C (VHC) ha supuesto una revolución en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, a pesar las ventajas que pueden presentar, no están exentos de interacciones. En este sentido, las plantas medicinales (PM) pueden desarrollar interacciones con los nuevos antivirales 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 antivirales para el tratamiento del VHC, PM y alimentos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de las interacciones entre los antivirales para el VHC, PM y alimentos. Se analizaron los siguientes antivirales: ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+/-dasabuvir, sofosbuvir, sofosbuvir/ledipasvir, daclatasvir, simeprevir, y ribavirina.

En marzo de 2016, 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»[All Fields] AND «drug»[All Fields] AND «interactions»[All Fields]) OR «herb drug interactions»[All Fields] AND («hepatitis»[All Fields]). Adicionalmente, se analizó la información de cada antiviral en las fuentes Thompson Micromedex® y Lexi-comp®, y en sendas fichas técnicas.

Se consideraron 38 PM (acónito, ajo, alcachofa, amapola, astrágalo, cacao, cafeína, cardo mariano, cáscara sagrada, cimicifuga, cola de caballo, cranberry, cúrcuma, té verde, echinacea, eleuterococo, espino, eucalipto, frangula, ginkgo, ginseng, Hierba de San Juan (HSJ), jengibre, lino, lúpulo, manzanilla, marihuana, pasiflora, pimienta, regaliz, resveratrol, tabaco, trébol, sen, serenoa, soja, tila y valeriana) y 6 alimentos (pomelo, naranja, cola, vinagre, alcohol y lácteos).

Se definió interacción -importante- aquella que podría requerir intervención para minimizar efectos adversos graves; -moderada- que podría agravar la condición del paciente, y/o requerir una modificación de la terapia y -leve- que no requiere una modificación importante de la terapia.

RESULTADOS: Se encontraron interacciones en todos los antivirales. El número de interacciones descritas fueron: simeprevir (6), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+/-dasabuvir (5) y sofosbuvir/ledipasvir, sofosbuvir, daclatasvir y ribavirina (2). El sistema enzimático involucrado en la mayoría de interacciones fue el CYP3A4, seguido de la glicoproteína-P. Interacciones antivirales-PM: se encontraron 15 interacciones (60% importantes). La PM con más interacciones fue la HSJ (85.7% de interacciones), de las cuales el 100% estaban consideradas importantes. Del resto de interacciones, 3 estaban consideradas importantes (jengibre-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, cardo mariano-simeprevir, eleuterococo-simeprevir), 2 moderadas (ginkgo-simeprevir, marihuana-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+/-dasabuvir), 2 leves (cafeína-simeprevir, ajo-ombitasvir/paritaprevir/ritonavir) y 2 desconocidas (ribavirina-cardo marino y regaliz).

Interacción antivirales-alimento: Únicamente se encontró interacción con pomelo en todos los AAD excepto con ribavirina. El 80% estaban consideradas leves. La interacción con simeprevir estaba considerada como importante.

Del total de interacciones, en un 58.8% se recomendaba evitar la administración conjunta, de las cuales, el 50% se debieron a la HSJ.

CONCLUSIONES: La revisión de interacciones de las PM y alimentos con los antivirales para el tratamiento del VHC es un aspecto a tener en cuenta en el manejo de los pacientes. Sin embargo, aunque en todos los antivirales se encontraron interacciones, la mayoría se debieron a la HSJ y pomelo, recomendando evitar su administración conjunta. Aunque podría considerarse que interaccionan pocas PM, no podemos concluir que no existan interacciones debido a la poca bibliografía disponible.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

665. LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR FOR 8 WEEKS IN NON-CIRRHOTIC, MONOINFECTED AND CO-INFECTED HIV/HCV PATIENTS WITH GENOTYPE 1 HEPATITIS C INFECTION: REAL LIFE EXPERIENCE

AUTORES: CAÑAMARES ORBIS I, IZQUIERDO GARCIA E, ESTEBAN ALBA C, SAEZ DE LA FUENTE J, SUCH DIAZ A, BARRUECO FERNANDEZ N.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. Avda Gran Vía del Este, 80. Madrid. España

Background and objective: There is controversy reflected in different guidelines regarding treatment duration in non-cirrhotic patients with genotype 1 hepatitis C virus. The ION-3 trial has demonstrated that 8 weeks therapy, with ledipasvir/sofosbuvir (LDV/SOF) in non-cirrhotic, monoinfected and treatment naïve patients with genotype 1 infection, is non-inferior to 12 weeks therapy without significant change in sustained virologic response at week 12 (SVR12). The shorter duration of treatment can remarkably increase patient compliance and decrease the cost (conditioned by the financing procedure established in each country). However, this study did not include individuals with HIV/HCV.

We aim to evaluate the efficacy of 8 weeks LDV/SOF therapy among non-cirrhotic, mono and coinfecting patients HIV and HCV patients with genotype 1 infection.

Methods: Prospective review of 59 non-cirrhotic patients with genotype 1 infection who received LDV/SOF therapy for 8 weeks from April 2015 to April 2016. The primary end point was a sustained virologic response at 12 weeks after the end of therapy and safety evaluation by frequency and severity of adverse events (AEs). Patients' baseline clinical and demographic characteristics, SVR rates and AEs were collected regarding electronic patient data records. CD4 count and HIV-1 RNA levels were measured to detect HIV virologic rebound.

Results: Of 59 patients in this cohort, 52% were female and mean age was $55,4 \pm 14,2$ years. Genotype distribution: 1a- 35.5%, 1b- 64.4%. Metavir Score distribution patients were F0-1: 16,9%; F2: 57,6%; F3: 25,4%. Ribavirin (RBV) was added per physician discretion in 3.4% of the regimens. 8/59 were HIV-HCV coinfecting patients and one coinfecting HBV-HIV. While 98,3% patients had never received HCV treatment, 1 patient was treatment-experienced and had failed prior pegylated-interferon and RBV. All patients except one had HCV viral load $< 6.000.000$ UI/mL. Overall SVR12 was 97,5% (39/40 patients) and 80% (4/5 patients) in HIV/HCV patients. All patients had HIV viral load < 37 units/mL and there was no HIV virologic rebound during treatment. Median baseline CD4 count was 432 cells/uL (IQR= 254.5). No serious adverse events, liver decompensation or death were reported. AEs occurring in

Conclusions: This study demonstrates the high effectiveness and safety of the SOF/LDV regimen for HCV treatment in non-cirrhotic, monoinfected and treatment naïve patients with genotype 1 infection who were treated with LDV/SOF therapy for 8 weeks in real-life clinical practice. One HIV/HCV patient did not achieve RVS12. In accordance with American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) guidelines, more data are needed in 8 weeks therapy with LDV/SOF in HIV/HCV coinfecting patients before recommend 8 weeks treatment in HIV/HCV patients.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1019. NUEVAS TERAPIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C. ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO Y RESULTADOS EN SALUD

AUTORES: Selvi Sabater P, León Villar J, Gorostiza Frias I, Manresa Ramon N, Titos Arcos JC, de Bejar Riquelme N. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. Avd. Marques de los Velez, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización de las nuevas terapias para el tratamiento del VHC

Método

Estudio prospectivo que incluye todos los pacientes que iniciaron tratamiento para VHC durante 2015. La recogida de datos se realizó en Excel y consulta de los programas informáticos SAVAC® y SELENE®. Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, genotipo, grado de fibrosis, tratamiento, respuesta viral sostenida (RVS). Los costes se estiman en función del -coeficiente de coste- (CC) a partir del coste de una terapia estándar con Peg-Interferon y Ribavirina durante 72 semanas al que se le asignó el valor de 1.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 127 pacientes (74,8% varones) con una mediana de edad de 54 años. En cuanto a los genotipos el 79,5% eran genotipo 1, 14,2% genotipo 3, 5,5% genotipo 4. El 78,7% de los pacientes presentaba una grado de fibrosis 3-4 y el 48,8% eran pacientes pretratados.

El esquema mas utilizados fueron: Harvoni® 12 semanas (31,5% pacientes y CC de 92,8), Olysio®+Sovaldi® 12 semanas (19,7% pacientes y CC de 112,4), Viekirax®+Exviera® 12 semanas (11,8% pacientes y CC 34,3), Daklinza®+Sovaldi® 12 semanas (9,5% pacientes y CC 9,8), Daklinza®+Sovaldi® 24 semanas (9,5% pacientes y CC 61,7), Harvoni® 24 semanas (5,5% pacientes y CC 26,7)

En cuanto a los resultados en salud se pudieron evaluar a 67 pacientes, por hacer más de 12 semanas que finalizaron el tratamiento, de estos el 96% de los pacientes alcanzaron la RVS. Entre los 3 fracasos, dos no alcanzaron la RVS y el otro fue exitus durante el tratamiento.

CONCLUSIONES: El coeficiente total de todos los tratamiento es superior a 350 (CC medio por paciente 2,8). En comparación con un coeficiente de tratamiento con Peg-Interferón y Ribavirina, los nuevos tratamientos han resultado un gasto 2,8 veces superior, con una alta tasa de RVS que lo convierten en un tratamiento coste-efectivo.

El esquema mas utilizado fue Harvoni® 12 semanas, pero fue Olysio®+Sovaldi® el que presento un mayor gasto total. Por otra parte el que mayor gasto medio por paciente supuso fue el esquema Sovaldi®+Daklinza® durante 24 smenas, con un CC medio por paciente superior a 5.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1049. NUEVOS AGENTES ANTIVIRALES DIRECTOS EN HEPATITIS C: RESULTADOS PRELIMINARES EN VIDA REAL

AUTORES: MENDOZA AGUILERA M, FERRANDO PIQUERES R, ÁLVAREZ MARTÍN T, PASCUAL MARMANEU O, LIÑANA GRANELL C, MAIQUES LLACER FJ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AV. BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: Analizar la eficacia y la tolerabilidad en práctica clínica, de los agentes antivirales directos en pacientes con hepatitis dentro del entorno de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo realizado en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en el que se incluyeron todos los pacientes con hepatitis C que recibieron los nuevos tratamientos libres de interferón desde enero de 2015 a abril de 2016. Para cada paciente se recogieron datos analíticos y clínicos: tipo de paciente, grado de fibrosis, genotipo viral, fármaco/s empleado/s, reacciones adversas y carga viral (CV) al finalizar el tratamiento, y a las 24 semanas una vez finalizado. La información se obtuvo a través de la historia farmacoterapéutica, entrevista con el paciente en cada dispensación mensual y registro electrónico de laboratorio.

RESULTADOS: Se incluyeron 229 pacientes (72% hombres, 51% naïve, 22% coinfectados), de los cuales el 42.7% fueron tratados con ledipasvir/sofosbuvir, 27.3% con simeprevir/sofosbuvir, 19.4% con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± dasabuvir y el 10.6% con daclatasvir/sofosbuvir. En el 59.9% de los casos, estos tratamientos se combinaron con ribavirina. Según el grado de fibrosis el 0.9% fueron F0, 6.1% F1, 15.4% F2, 22.5% F3 y 55.1% F4. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en el 86,9% de los pacientes y 24 semanas para el resto. Al finalizar el tratamiento, el 89.7% presentaron CV indetectable, 0.4% detectable, 6.6% no se disponen datos analíticos y el 1.3% fallecieron antes de finalizar el tratamiento (dos pacientes por hepatocarcinoma y uno por neoplasia de colon). Se dispone de la CV a 24 semanas post-tratamiento de 143 pacientes, de los cuales el 95.8% presentaron respuesta viral sostenida (RVS): 100% en el grupo de daclatasvir/sofosbuvir, 91.4% en los pacientes de simeprevir/sofosbuvir, 98.1% en ledipasvir/sofosbuvir y 100% en ombitasvir/paritaprevir/ritonavir±dasabuvir. En cuanto a las reacciones adversas observadas un 23.4% presentaron astenia, un 17.5% reacciones dermatológicas, un 13.2% cefalea, un 12.9% gastrointestinales y un 22.6% otros efectos adversos. La mediana de reacciones adversas por paciente fue de 1 (0-7). La mayoría de efectos adversos fueron leves o moderados, solo teniendo que suspenderse el tratamiento en 2 casos (hiperbilirrubinemia con simeprevir/sofosbuvir y hemorragia digestiva con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir).

CONCLUSIONES: La eficacia y la seguridad de los nuevos antivirales de acción directa son similares a las obtenidas en los ensayos clínicos. La excelente tolerabilidad de estos fármacos, así como el seguimiento y la atención farmacéutica en estos pacientes ha contribuido a un mejor manejo de sus reacciones adversas que se traduce en una mejor adherencia y efectividad. La disponibilidad de datos en vida real corroborando estos resultados, pone de manifiesto la eficiencia del tratamiento de la hepatitis C en nuestro país.

727. PACIENTES CIRRÓTICOS CON VIRUS DE LA HEPATITIS C GENOTIPO 3: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: IZQUIERDO GARCÍA E, CAÑAMARES ORBIS I, ESTEBAN ALBA C, SUCH DÍAZ A, SÁEZ DE LA FUENTE J, BARRUECO FERNÁNDEZ N.

HOSPITAL INFANTA LEONOR. Av Gran Vía del Este, 80,. Madrid. España

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: Hasta la actualidad las pautas más eficaces para el tratamiento de pacientes genotipo 3 (G3) con cirrosis han sido tratamientos con peginterferón y ribavirina (PR), obteniéndose una respuesta viral sostenida a las 12 semanas de finalizar el tratamiento (RVS12) superior al 90%. Los ensayos clínicos pivotaes de los nuevos agentes antivirales directos (AAD) incluyen un número limitado de pacientes con VHC G3 con cirrosis, y en algunos casos no están estudiadas pautas de 24 semanas. El objetivo del trabajo es evaluar la efectividad y seguridad de los nuevos AAD para el tratamiento de pacientes con VHC G3 en pacientes con cirrosis en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de pacientes VHC G3 que iniciaron tratamiento con AAD entre enero de 2015 y Marzo de 2013. Se incluyeron en la cohorte los pacientes con cirrosis (Fibroscan>14 kpa). Se recogieron datos demográficos y clínicos (bilirrubina, albúmina, plaquetas, INR y transaminasas) al inicio del tratamiento, al finalizar y a las 12 semanas tras el fin del tratamiento. Se considera hiperbilirrubinemia a valores de bilirrubina superiores a 1,2 mg/dl. Se revisó la historia clínica electrónica para detectar problemas de seguridad. Se utilizó como variable de eficacia principal la RVS12.

RESULTADOS: De los 572 pacientes VHC tratados en el periodo, 69 fueron G3 (12%). La cohorte de pacientes cirróticos (Fibroscan>14 kpa) es un 43,5% (30/69): 26 hombres y 3 mujeres, edad media 54±6,3 años. 13,3% tenía la carga viral basal HCV RNA mayor de 6.000.000 IU/mL. Los tratamientos más prescritos en pacientes G3 cirróticos fueron LDV/SOF+RBV 24 semanas (60%), SOF+DCV+RBV (24 semanas 23,3% y 13,3% 12 semanas) y SOF+RBV 24 semanas (3,3%). El 33,3% (10/30) tuvo tratamiento previo con biterapia. El tratamiento mayoritario tanto en pacientes nuevos como pretratados fue LDV/SOF+RBV 24 semanas. 16,7% fueron coinfectados VIH-VHC (5/30) y 3,3% coinfectado con VHB (1/30). El 53,3% tuvo hiperbilirrubinemia al inicio (16/30), hubo mejoría en la bilirrubina en todos los casos menos en dos; un paciente con bilirrubina normal al inicio empeoró tras el tratamiento. La GPT inicial estaba alterada en 2 pacientes, volviendo a la normalidad tras el tratamiento. Una paciente lo suspendió por efecto adverso (mareos asociados a LDV/SOF) y se reinició con SOF/DCV/RBV, no hubo otros efectos adversos graves. Dos pacientes fallecieron por causas no relacionadas con el tratamiento ni por su hepatopatía de base. Dos pacientes abandonan el tratamiento antes de su finalización: a las 8 semanas (RVS12 indetectable) y a las 20 semanas (no analítica). El 100% de los pacientes con analítica a las 12 semanas de finalizar el tratamiento (16/30) tienen una RVS12 indetectable (81% LDV/SOF+RBV 24 semanas, 12,5% SOF+DCV+RBV 24 semanas y 6,25% 12 semanas).

CONCLUSIONES: Las pautas estudiadas tienen una alta efectividad en el tratamiento de los pacientes genotipo 3 con cirrosis. En general el régimen es seguro y bien tolerado. Se necesitan estudios controlados para determinar la eficacia de los tratamientos en esta subpoblación de pacientes.

163. REDUCCIÓN DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES TRATADOS CON RIBAVIRINA Y ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA LA HEPATITIS C.

AUTORES: DEL OLMO REVUELTO MA, BLÁZQUEZ GALÁN A, RODRÍGUEZ BARBERO J, PRADA LOBATO J, PÉREZ ROBRES Y, GALLARDO LAVADO MDM.

HOSPITAL RÍO HORTEGA. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: a. Describir la variación de la hemoglobina (Hb) en pacientes con hepatitis C, tratados con Ribavirina (RBV) asociada a antivirales de acción directa (AAD), sin interferón.

b. Calcular la proporción de pacientes con anemia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, de los tratamientos iniciados en 2015. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron los siguientes datos: sexo, fármacos prescritos para la Hepatitis C, posología, duración, modificaciones de tratamiento y los valores de Hb basal (Hb0), la mínima durante el tratamiento (Hbmín) y tras 12 semanas de finalizar el tratamiento (Hb12s). Se utilizó la clasificación de anemia de la OMS: En mujeres se considera anemia leve Hb de 11-11.9 g/dL, moderada 8-10.9 g/dL y grave Hb

RESULTADOS: Recibieron tratamiento con RBV asociada a AAD 103 pacientes. La duración prevista del tratamiento fue 12 semanas en 86/103 y 24 semanas en 17/103. En las mujeres (n=29) la Hb0 media fue 13.9 g/dL (DE=1.6), Hbmín media 12.2 g/dL (DE=1.9) y Hb12s media 13.7 g/dL (DE=1.8). En los hombres (n=74) la Hb0 media fue 15.0 g/dL (DE=1.7), Hbmín media 13.0 g/dL (DE=1.7) y Hb12s media 15.5 g/dL (DE=1.4).

Durante el tratamiento presentaron anemia 42/103, 14 mujeres (7 leve y 7 moderada) y 28 hombres (24 leve, 2 moderada y 2 grave). En los tratamientos de 12 semanas la incidencia de anemia fue de 30/86 (35%) y en los de 24 semanas de 12/17 (70%). Por causa de la anemia se redujo la dosis de RBV en seis casos (uno recibió además darbepoetina) y se suspendió en tres.

En dos pacientes se suspendió RBV por otro motivo (uno por diarrea y otro por molestias en las vías respiratorias altas), en dos se suspendió el tratamiento antiviral completo y un paciente falleció por otra causa.

Tras 12 semanas de finalizar el tratamiento, se habían recuperado 10 de las 14 mujeres que presentaron anemia, 2 continuaban con anemia (una leve y una moderada) y 2 no tienen datos de Hb12s; en los hombres se habían recuperado 18/28, 3 continuaban con anemia (dos leve y uno moderada) y 7 no tienen datos de Hb12s.

CONCLUSIONES: La reducción de hemoglobina, durante el tratamiento con RBV+AAD, es un efecto adverso muy frecuente, en nuestro estudio disminuye de media 2 g/dL en hombres y 1.7 g/dL en mujeres. Los valores de Hb tienden a recuperarse al finalizar el tratamiento, alcanzando Hb12s medios similares al valor inicial en mujeres y superándolo en los hombres.

La proporción de pacientes que presentan anemia durante el tratamiento varía entre el 35% y el 70% en función de la duración del tratamiento. La reducción de Hb no ha motivado modificación del tratamiento en la mayoría de los pacientes, sólo en 9 de los 42 pacientes que presentaron anemia, se ha tomado alguna medida para su manejo.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

1259. RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES INFECTADOS POR VIRUS DE HEPATITIS C GENOTIPO 3.

AUTORES: DE LA LLAMA CELIS N, NAVARRO AZNÁREZ H, COMET BERNAD M, GALINDO ALLUEVA M, REAL CAMPAÑA JM, ABAD SAZATORNIL MR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Pº Isabel la Católica, 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de sofosbuvir (SOF) más daclatasvir (DCV) ± ribavirina (RBV) y sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) más ribavirina en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C genotipo 3 con grado de fibrosis 3 y 4.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyen pacientes infectados con VHC genotipo 3 y con grado de fibrosis 3-4, que inician tratamiento con SOF+DCV±RBV o SOF/LDV entre el 01/12/2014 y el 30/09/2015. Se excluyen pacientes en los que la fecha prevista para la RVS es posterior a la fecha fin de seguimiento (21/04/2016). Variables demográficas: edad, sexo; clínicas: coinfección con VIH, grado de fibrosis, parámetros bioquímicos (AST, ALT, Albúmina, bilirrubina, colesterol total, creatinina), hematológicos (hemoglobina, plaquetas, neutrófilos) y microbiológicos (carga viral) en semanas 0, 4, 12 y 24. Eficacia del tratamiento medida con Respuesta Viral Sostenida (RVS). Fuente de datos: Historia clínica y ficha farmacoterapéutica del Servicio de Farmacia. Análisis estadístico: Spss versión 15

RESULTADOS: Se incluyen 28 pacientes, hombres 75%, edad media 48.6 años (IC95% 46.5-50.7), coinfectados por VIH 39.3%, grado de fibrosis, F4: 89.3%, F3: 10.7%, tratamiento: SOF+DCV+RBV: 64.3%, SOF+DCV: 14.3%, SOF/LDV+RBV: 21.4%. El 82.1% de los pacientes recibieron tratamiento durante 24 semanas. CV basal media VHC 2.243.912 vs 34 copias semana 4, $p < 0.001$, AST basal media () : 81.3 (± 50.6) versus 31.1 UI (± 10.4) en semana 4, $p < 0.0001$, ALT basal media () : 77 (± 58.1) versus 24.8 UI (± 12.4) en semana 4, $p < 0.001$, GGT basal media () : 102.8 (± 83) vs 59.8 UI (± 50.7) semana 4, $p = 0.002$, colesterol total basal media () 152.8 (± 41.1) vs 171.4 mg/dL (± 33.3) en semana 4, $p = 0.006$, hemoglobina basal media () 13.9 (± 1.8) vs 12.7 mg/dL (± 2) en semana 4, $p < 0.001$. Estas diferencias se mantienen al finalizar el tratamiento. RVS por ITT: 82.1%. Cuatro pacientes abandonaron tratamiento por decisión propia y uno de ellos presentó RVS tras 17 semanas de tratamiento con SOF+DCV+RBV. Las RVS por protocolo fue del 95.8%, produciéndose únicamente una recidiva tras la finalización de tratamiento. No se observaron diferencias en la RVS según sexo, grado de fibrosis, coinfección con VIH ni tratamiento de elección ($p > 0.05$). Seis de los 11 pacientes coinfectados por VIH tuvieron que modificar su TAR para adecuarlo al tratamiento de la hepatitis C. El 50% precisaron reducción de dosis de RBV por efectos adversos.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio se observa una alta tasa de RVS en los pacientes cirróticos genotipo 3, grupo a priori, más difícil de tratar. También se observa una mejoría importante de los parámetros bioquímicos tras únicamente 4 semanas de tratamiento, mejoría que se mantiene al finalizar el mismo. El seguimiento de estos pacientes durante todo el tratamiento es importante para evitar abandonos y optimizar los resultados farmacoterapéuticos.

14. RETRATAMIENTO EN PACIENTES CON FRACASO TERAPÉUTICO PREVIO A ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA HEPATITIS C: IDENTIFICACIÓN DE PAUTAS PREFERENTES

AUTORES: Villalobos Torres L, Asensi Díez R, Gutiérrez Lorenzo M, Muñoz Castillo I.

Hospital Regional Universitario de Málaga. Avda. Carlos Haya s/n. Málaga. España

OBJETIVO: Identificar las combinaciones de tratamiento con antivirales de acción directa (AADs) seleccionadas para tratar pacientes de hepatitis C que han recaído a un primer tratamiento con AADs.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes que no consiguieron alcanzar respuesta viral sostenida a semana 12 (RVS12) tras un primer tratamiento con AADs (recaedores). Periodo de seguimiento: Enero 2015-Abril 2016. Criterios de exclusión: Pacientes que no consiguieron RVS12 por incumplimiento terapéutico o retirada debida a toxicidad y pacientes que recayeron a terapias de AADs combinadas con interferón. Variables medidas: 1ª combinación de AADs (que fracasó), 2ª combinación de AADs, genotipo viral, trasplante hepático, grado de fibrosis (escala METAVIR) y carga viral basal (CVB). Los datos se extrajeron de las historias clínicas y del sistema de información de dispensación a pacientes externos de nuestro centro.

RESULTADOS: Se encontraron 17 pacientes recaedores. Todos los pacientes del estudio habían sido tratados con AADs a 12 semanas y se retrataron con AADs a 24 semanas. Los resultados estratificados según genotipos fueron los siguientes:

Genotipo 1 $\diamond$ 70,5%(12/17), 9 eran de genotipo 1b, 1 genotipo 1a, y 2 sin subtipar. Grado de fibrosis: 9 pacientes F4, 2 F3 y 1 paciente F0. Un 41,6%(5/12) pacientes habían tenido un trasplante hepático previo al tratamiento con AADs. Un 58,3%(7/12) tenían CV basales >800.000 UI/ml al iniciar el primer tratamiento. Según el tratamiento, un 50%(6/12), habían sido tratados con Sofosbuvir (SOF)+Simeprevir(SMV) y posteriormente fueron tratados con SOF+Ledipasvir(LED), tomando uno de ellos además ribavirina(RBV). Un 33%(4/12) se trató primero con Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir(3D), retratándose luego 3 de ellos con SOF+SMV y uno con SOF+LED. De los dos pacientes restantes (2/12), uno fue tratado con SOF+RBV en primer lugar y SOF+LED+RBV después, y el otro con SOF+LED y posteriormente con 3D. Genotipo 3 $\diamond$ 23,5%(4/17); por grado de fibrosis, todos eran F4, y un 75%(3/4) habían recibido un trasplante hepático previo al tratamiento con AADs. Un 50%(2/4) tenían CV basales >800.000 UI/ml, al inicio del primer tratamiento. Según el tratamiento, un 75%(3/4) comenzaron con SOF+LED, y se trataron posteriormente con SOF+Daclatasvir(DCV). El otro paciente (1/4) recibió primero tratamiento con SOF+DCV, y posteriormente SOF+LED. Genotipo 4 $\diamond$ 5,8%(1/17) Grado de fibrosis: F4 no trasplantado, con CV basal >800.000 UI/ml. Tras un fracaso a SOF+SMV a 12 semanas, reinicia tratamiento con SOF+LED 24 semanas. No se dispone aún de los resultados de RVS12/24 tras el segundo combo de AADs.

CONCLUSIONES: Los nuevos AADs suponen un gran avance en el tratamiento del VHC, con tasas superiores al 90% de RVS12/24. En las guías de práctica clínica nacionales e internacionales aún no está establecido el retratamiento de los pacientes que recaen a un primer tratamiento con los nuevos AADs, por lo que la selección del segundo régimen de AADs supone un reto en la actualidad. La combinación elegida preferentemente para retratar a nuestros pacientes fue SOF+LED con/sin RBV en un 58% de los casos. Habrá que esperar a los resultados de RVS 12/24 para comprobar si estos pacientes finalmente se han curado con el segundo combo de AADs.

730. SITUACIÓN CLÍNICA PREVIA AL INICIO DE TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC. ¿SE ADECUA EL PERFIL DE LOS PACIENTES VIH QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTI-VHC A LAS DIRECTRICES DEL PLAN NACIONAL?

Autores: Cuenca López F, Brieva Herrero T, Rivero Juárez A, López-Viñau López T.

Hospital Universitario Reina Sofía. Avenida Menéndez Pidal s/n CP 14004. Córdoba. España

OBJETIVOS: El Plan Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C, establece una serie de criterios para incorporar, de forma ordenada, el tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa (AAD) frente al VHC. Considera como prioritarios a los pacientes con fibrosis significativa (F2-F4), pacientes pre-tratados, pacientes trasplantados o en lista de trasplante y pacientes que presenten manifestaciones extrahepáticas. Los objetivos de este trabajo son: conocer la situación clínica de los pacientes VIH/VHC antes de iniciar tratamiento con los nuevos antivirales de acción directa (AAD), y evaluar el grado de cumplimiento de las directrices que establece el Plan Nacional para la priorización de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio longitudinal prospectivo, en el que se incluyeron pacientes VIH/VHC que iniciaron tratamiento con AAD frente al VHC desde el 1 de enero 2015 al 31 marzo de 2016. A partir de la revisión de las historias clínicas, se recogieron variables demográficas, clínicas y virológicas: edad, sexo, factor de riesgo de infección del VHC, utilización de tratamiento antirretroviral (TAR), recuento de CD4 basal, carga viral VIH, genotipo/subtipo del VHC, grado de fibrosis, Child-Pugh-Turcotte (Child-PT) score, tratamiento previo frente al VHC, trasplantados si/no y en lista de trasplante si/no. Se define VIH indetectable cuando el ARN VIH-1 < 50 copias/mL. El grado de fibrosis se determinó mediante Elastometría Hepática Transitoria (EHT) usando FibroScan® (Echosens, Paris, France). Los pacientes fueron clasificados en F0-F1, F2, F3 y F4 según la clasificación METAVIR. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: Durante el período de seguimiento han iniciado tratamiento frente al VHC con AAD 154 pacientes coinfectados de nuestro Hospital. La edad media de los pacientes es de 49 siendo el sexo masculino el mayoritario (87.7% vs 12.3%). El factor de riesgo de infección predominante es la utilización de drogas por vía parenteral (UDVP). El 100% de los pacientes estaba recibiendo TAR por lo que, los pacientes presentaban una situación virológica e inmunológica adecuada: el 82,5% de los pacientes tenían ARN-VIH200cp/ml (mediana de CD4+: 475cell/mL). Con respecto a la hepatitis C, el genotipo prevalente es el 1 (72.1%), siendo el subtipo 1a el mayoritario (74%). 136 pacientes (88.31%) presentaban un grado de fibrosis significativa (F2-F4), siendo el 56.6% cirróticos (Child-PT: A: 76.6%, B: 14.3% y C: 9.1%). El 59% de los pacientes eran pretratados (49.1% null-responder; 22,1% suspendió por efectos adversos la terapia previa); 4 pacientes eran trasplantados y ninguno estaba en lista de trasplante. Todos los pacientes cumplían alguno de los criterios para ser considerados como prioritarios por el Plan Nacional.

CONCLUSIONES: Los pacientes VIH/VHC que han iniciado tratamiento con los nuevos AAD presentan un buen control de la infección por el VIH, son coinfectados, en su mayoría, por VHC Genotipo 1a con un perfil desfavorable de respuesta al tratamiento (grado de fibrosis avanzada y/o habían fracasado a un tratamiento previo). Por lo tanto, el perfil de los pacientes VIH que han iniciado tratamiento anti-VHC se adecúa a las directrices del Plan Nacional.

CLASIFICACIÓN: HEPATOPATÍAS

166. TRATAMIENTO ANTIVIRAL PARA LA HEPATITIS C EN RECIDIVA POST-TRASPLANTE HEPÁTICO.

AUTORES: DEL OLMO REVUELTO MA, BLÁZQUEZ GALÁN A, RODRÍGUEZ BARBERO J, PRADA LOBATO J. HOSPITAL RÍO HORTEGA. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Describir la efectividad de los antivirales de acción directa en el tratamiento de la recidiva de la infección por el virus de la Hepatitis C (VHC), en pacientes trasplantados hepáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo. Se incluyen todos los pacientes que hayan sido tratados con antivirales de acción directa, sin interferón, para la recidiva de la infección VHC después del trasplante hepático, y que dispongan de determinación de PCR de VHC a las 12 semanas de finalizar el tratamiento.

Se utiliza la historia clínica electrónica y el formulario de solicitud de tratamiento al servicio de farmacia, para recoger los siguientes datos: genotipo del virus, fecha del trasplante hepático, tratamiento recibido, fechas de inicio y fin de tratamiento, y respuesta viral sostenida tras al menos 12 semanas de finalizar (RVS12).

RESULTADOS: El número de pacientes con determinación de PCR de VHC a las 12 semanas de finalizar el tratamiento es 37. Uno de los pacientes ha recibido 2 tratamientos, por no alcanzar RVS12 con el primero.

La mediana de meses que habían transcurrido desde el trasplante hasta que iniciaron el tratamiento es de 27 meses, con un rango entre 1 y 167 meses.

La distribución de esquemas de tratamiento, con los genotipos del VHC y la eficacia, es la siguiente:

- Sofosbuvir + Simeprevir 12 semanas 17 pacientes (10 GT1b, 4 GT1a, 2 GT4 y 1 GT1 sin diferenciar subtipo), RVS12 15/17. De los 2 que no alcanzaron RVS12, ambos con GT1a, uno se trató posteriormente y alcanzó RVS12 con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir + Dasabuvir + Ribavirina y el otro está siendo tratado actualmente con Sofosbuvir/Ledipasvir + Ribavirina.
- Sofosbuvir + Daclatasvir 12 semanas 2 pacientes y 24 semanas 13 pacientes (7 GT1b, 2 GT1a, 2 GT3 y 4 GT4), RVS12 15/15.
- Sofosbuvir + Daclatasvir + Ribavirina 12 semanas 1 paciente (GT3), RVS12 1/1.
- Sofosbuvir/Ledipasvir + Ribavirina 12 semanas 3 pacientes (1GT1b, 1 GT1a y 1 GT4), RVS12 3/3.
- Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir + Dasabuvir + Ribavirina 24 semanas 2 pacientes (1GT1b y 1 GT1a), RVS12 2/2.

CONCLUSIONES: El tratamiento con antivirales de acción directa para la Hepatitis C en pacientes que han recibido un trasplante hepático, tiene una efectividad muy alta. En nuestra muestra se ha alcanzado RVS12 con 36 de los 38 tratamientos empleados (94.7%).

323. CALIDAD DE LAS APLICACIONES DE HEPATITIS C PARA DISPOSITIVOS MÓVILES MEDIANTE EL CUESTIONARIO MARS

AUTORES: Cantudo Cuenca MR, Robustillo Cortés MDLA, Cantudo Cuenca MD, Cantillana Suárez M, Guzmán Ramos MI, Morillo Verdugo R.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Crta.Cádiz s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Analizar las aplicaciones para dispositivos móviles (apps) disponibles relacionadas con el virus de la hepatitis C (VHC), así como evaluar su calidad mediante el Mobile Application Rating Scale (MARS score).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo llevado a cabo en abril de 2016. Se realizó una búsqueda en las principales tiendas para smartphone, Google Play (Android) y App Store (iOS), de apps relacionadas con VHC, empleando los términos "Hepatitis C" y "VHC".

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: no estar relacionada con los objetivos del estudio; no gratuitas; idioma diferente a inglés o castellano.

Las variables recogidas fueron: plataforma (Android o iOS), categoría, idioma, última actualización, número de descargas (sólo para Android), valoración, número de valoraciones, y si tenían publicidad.

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 128 apps. Sólo 16 cumplían los criterios de inclusión, identificándose 11 apps para Android, tres para iOS y dos, tanto para ambas. El 75% de las apps pertenecían a la categoría "medicina". Sólo dos apps estaban disponibles en castellano. Diez de ellas se habían actualizado durante el año anterior al estudio. La mitad tenían más de 500-1000 descargas, siendo la más descargada "Liverpool HEPiChart". Sólo siete tuvieron una valoración por los usuarios mayor a 4 (sobre 5), siendo la media 4.2 ± 0.6 y la mediana del número de valoraciones, 7.5 (IQR: 6.3-12.3). La mejor valorada era "IAS-USA HCV Resources" (5). Cinco apps incorporaban publicidad.

En cuanto a la calidad de las apps, la puntuación media obtenida en el MARS score fue de 3.3 ± 1 ; siendo las apps con mayor puntuación "Liverpool HEPiChar" (4.8/5) y "HCV Treatment Path" (4.5/5), mientras que las de menos puntuación fueron "Hepatitis C Medication Guide" (1.3/5) y "Hepatitis C Info" (1.6/5). La puntuación media de las distintas secciones fue: compromiso (3.2 ± 1.1), funcionalidad (4.3 ± 1), estética (3.6 ± 1.2), información (3.3 ± 1.2), calidad subjetiva (2.2 ± 1.1).

CONCLUSIONES: Existe un bajo número de apps disponibles relacionadas con el VHC, teniendo éstas una calidad media.

613. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SOPORTE A LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS

AUTORES: USARRALDE PEREZ A, BARTOLOME GARCIA E, SANZ MARQUEZ S, PIZARRO JARAIZ MA, PEREZ ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. C/BUDAPEST, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Desarrollar una herramienta de soporte a la validación farmacéutica en pacientes ingresados y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas desde la implantación de dicha herramienta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró un herramienta de soporte a la validación (check-list) con los medicamentos considerados más relevantes (68 medicamentos) dentro de la práctica hospitalaria en base a: notas informativas emitidas por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) desde enero-2010 hasta agosto-2015 (13 medicamentos), criterios STOPP-START (Sociedad Española de Geriátrica, edición 2014) (29 medicamentos), relación de medicamentos de alto riesgo del ISMP (Institute for Safe Medication Practices) (14 medicamentos), así como otros medicamentos de uso restringido (12 medicamentos), principalmente antiinfecciosos. Se crearon, con la colaboración de Informática, dos listados en Selene® (historia clínica electrónica): 1) medicamentos prescritos por paciente: medicamento, paciente, edad, ubicación, dosis, frecuencia, fecha inicio tratamiento, 2) IF: paciente, fecha IF, IF. Los listados fueron obtenidos diariamente para validar los tratamientos y comprobar la aceptación de las IF.

Se ha realizado un estudio prospectivo de intervención entre septiembre-2015 y febrero-2016. Se validaron los tratamientos de los pacientes ingresados tanto por el modelo tradicional como con la herramienta de soporte y se

realizaron IF. Las variables recogidas fueron: fecha nacimiento, fecha IF, sexo, servicio prescriptor, IF y aceptación. Los tipos de IF se tipificaron en: dosis, frecuencia, duración, interacciones, duplicidades, ajuste insuficiencia renal, alteraciones electrolíticas, vía de administración y presentación farmacéutica. Además, se clasificaron según el código ATC (Anatómica, Terapéutica, Química) y en base a si eran notas informativas de la AEMPS, criterios STOPP-START o medicamentos de alto riesgo. Se registraron y analizaron los datos en Excel®. Para las variables cuantitativas se calculó media y desviación estándar; las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias relativas porcentuales.

RESULTADOS: Se realizaron 830 IF, siendo la edad media de los pacientes 74.4 años (SD=13.7), 52.9% varones. Los principales servicios en los que se realizaron las IF fueron: 25.9% Medicina Interna, 20.1% Urgencias, 14.1% Neumología y 6% Traumatología. Los tipos de intervención más relevantes fueron: 32.7% dosis, 17.1% duplicidades, 13.7% frecuencia, 13.7% ajuste insuficiencia renal, 6.4%-interacciones. Según la clasificación ATC, la mayoría de las IF se realizaron en fármacos pertenecientes a los grupos: 23.5% N (sistema nervioso), 19.5% B (sangre y órganos hematopoyéticos), 18.7% A (tracto alimentario y metabolismo), 12.8% C (sistema cardiovascular), 12.5% J (anti-infecciosos para uso sistémico). Un 15.3% de las IF estuvieron basadas en notas informativas de la AEMPS, siendo el principal medicamento intervenido zolpidem (48.8%); 12.9% en criterios STOPP-START, siendo los principales ácido acetilsalicílico (16.8%), hidroclorotiazida (16.8%); 12.9% por medicamentos de alto riesgo, siendo el principal enoxaparina (19.6%). La aceptación de la IF resultó del 56.7%, teniendo en cuenta que un 10.0% fueron no valorables por alta médica el mismo día de la IF.

CONCLUSIONES: El desarrollo de una herramienta de soporte a la validación permite sistematizar la identificación de medicamentos susceptibles de IF. El grado de aceptación de las IF realizadas fue aceptable, por lo que la figura del farmacéutico supone un valor añadido a la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

692. DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: MARCH FRONTERA C, CANO COLLADO V, CHOLVI LLOVELL M, OLIVER NOGUERA A, VILANOVA BOLTÓ M, GÓMEZ MINGOT J.

HOSPITAL SON LLÀTZER. Carretera de manacor km 4. Islas Baleares. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Coincidiendo con la entrada en vigor del Real Decreto 1015/2009, la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS) introduce la tramitación telemática de las solicitudes a través de la aplicación Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. Este hecho agilizó los trámites para la solicitud de estos medicamentos a la AEMPS. El Servicio de Farmacia(SF) es el encargado de tramitar las solicitudes y recepcionar y dispensar los medicamentos en situaciones especiales(MSE). En todo este proceso hay diferentes áreas implicadas, por lo que se consideró conveniente crear una aplicación informática para facilitar el procedimiento de trabajo, agilizar el proceso y poder garantizar unos adecuados procesos de dispensación y seguimiento del MSE, así como mejorar la atención a los pacientes que reciben estos medicamentos.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Para el desarrollo de la aplicación se realizaron las siguientes acciones:

- Elección de una plataforma de desarrollo de fácil manejo, intuitiva, adaptable y abierta a la posibilidad de utilización por farmacéuticos y personal administrativo.

- Definición de las funcionalidades de la aplicación informática: acceso multiusuario restringido y diferentes perfiles de utilización, trazabilidad, generación de mensajes de correo electrónico, posibilidad de adjuntar documentos y explotación de datos.

- Selección de los datos a procesar por la aplicación informática. Se definió la información mínima necesaria para la correcta gestión de las solicitudes de MSE: Paciente (conectado con la historia clínica electrónica para que los datos de los pacientes puedan ser captados desde admisión); Medicamento, principio activo, dosis, fecha de inicio del tratamiento; Servicio solicitante; Números de expediente asignados por la aplicación de la AEMPS; Código SAP; Cantidad a dispensar ; Fecha para la próxima cita de dispensación; Estado de la solicitud por parte de la AEMPS; Registro de las solicitudes de continuación de tratamiento.

EJECUCIÓN: Se diseñó una aplicación informática en formato web, a la cual se accede a través de la intranet del hospital. Posteriormente se inició el pilotaje de la aplicación en el SF y la realización de mejoras. Por último se realizó una sesión informativa donde se presentó la aplicación al resto de farmacéuticos y administrativos del SF y se definieron los nuevos circuitos de solicitud y dispensación de MSE.

EVOLUCIÓN: En el primer mes de utilización de la aplicación se han introducido 76 registros que corresponden a 37 medicamentos diferentes. Del total de registros un 71%(54) corresponden a medicamentos extranjeros (sin registro de comercialización en España), un 21%(16) a medicamentos en investigación y un 8%(6) a medicamentos registrados en España pero con problemas de desabastecimiento.

RESULTADOS Y EFECTOS: La aplicación constituye una herramienta ágil, sencilla, intuitiva y tiempo-eficiente en el trabajo del farmacéutico para la gestión de los MSE. Ha permitido coordinar la información referente a solicitudes y dispensaciones de medicación entre las áreas de Pacientes Externos y MSE, con la realización de peticiones desde ambas áreas del SF. El avance en las nuevas tecnologías constituye una herramienta de mejora del ejercicio profesional así como en la atención a los pacientes.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

532. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS CUENTAS DE TWITTER PERTENECIENTES A ORGANIZACIONES DEL ÁMBITO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: Juárez Giménez JC, Arévalo Bernabé Á, Puyal González C, García Girona J, Lalueza Broto P, Girona Brumos L.

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Paseo del Valle de Hebron 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: Twitter, gracias a su sencillez, inmediatez y amplificación de la información, es probablemente la red social que puede ofrecer un medio excelente para obtener e intercambiar información farmacoterapéutica y mantener conversaciones profesionales. Existe el riesgo de obtener ruido informacional por el elevado número de tuits; una buena selección de perfiles a seguir puede evitarlo. El objetivo del presente trabajo es realizar una evaluación de la calidad de las cuentas de twitter de organizaciones del ámbito de la farmacia hospitalaria para proponer criterios de calidad y seleccionar las más útiles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, prospectivo en el que se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por farmacéuticos de hospital y un documentalista. Las cuentas de Twitter se seleccionaron de un mapa 2.0 en el que las organizaciones se habían dado de alta voluntariamente antes de la realización del estudio. Se diseñó una lista guía (LG) de ítems para evaluar aspectos formales de las cuentas de twitter. Incluyó 15 cuestiones cuantitativas de calidad clasificadas en tres bloques: reconocimiento institucional y estructura del perfil (3), capacidad de generar información y opinión (6) y, finalmente, capacidad de difundir y generar impacto real de la cuenta (6). A cada ítem se le asignó una puntuación, pudiéndose obtener un máximo de 13 puntos. Mediante la LG se realizó un análisis de las cuentas y de los tuits enviados desde enero de 2015 hasta marzo de 2016. Se clasificaron en 3 categorías según su valor ponderado sobre 10 y recomendar su seguimiento: A (8-10] altamente recomendable, B (5-8] recomendable; C [0-5] poco recomendable. La evaluación se realizó mediante una revisión por pares y se analizó por el test de chi-cuadrado Mantel Haensze. El análisis estadístico se desarrolló mediante el software STATA v.13.

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio, se identificaron un total de 17 perfiles. De éstos 3 fueron descartados por inactividad. Finalmente se incluyeron 14. El valor medio de la puntuación global ponderada fue de 6,62/10 ($\pm 1,63$). De los tres bloques evaluados, el que obtuvo una mayor puntuación fue el de capacidad de la cuenta de generar información y opinión: 8,60/10 ($\pm 1,24$). El más bajo fue el de reconocimiento institucional y estructura del perfil: 4,67/10 ($\pm 3,03$). La distribución por categorías, fue la siguiente: 28,5% (4) A, 57,1% (8) B, 14,2% (2) C. Respecto a la puntuación global media por categorías la distribución fue de: 8,27 ($\pm 0,22$) para la categoría A, 6,58 ($\pm 0,85$) para la categoría B, 3,46 ($\pm 0,54$) para la categoría C. No hubieron diferencias estadísticamente significativas en la revisión realizada por pares ($\chi^2 > 0,05$).

CONCLUSIONES: Según los ítems evaluados, se observa que la mayoría de las cuentas se incluyen en las categorías A y B. Los resultados también muestran que la capacidad de generar información es alta, pero los ítems que evalúan el perfil e impacto real de la cuenta, ponen de manifiesto una necesidad de mejora.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

654. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.

AUTORES: ARNAIZ DIEZ S, MARTÍN RIZO L, DOBRITO PALLÉS A, RUBIO MERINO MI, RIVERO CAVA MS, FERNÁNDEZ LISÓN LC.

HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. Avda. Pablo Naranjo, s/n. Cáceres. España

OBJETIVO: Los sistemas automatizados de dispensación (SAD) son armarios controlados electrónicamente, que almacenan y dispensan medicación. En nuestro hospital contamos con tres SAD, dos de ellos implantados en 2011 en la Unidad de Cuidados Intensivos y en Urgencias, y otro en la Unidad de hospitalización de Traumatología en 2015. Cada armario cuenta con una media de 300 especialidades. El objetivo es conocer el grado de satisfacción del personal de enfermería con los SAD y evaluar si el funcionamiento de éstos es el esperado, para desarrollar medidas que aumenten su eficiencia y disminuyan errores de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describió una encuesta anónima en base al Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad de los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos elaborado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos en 2012. El formulario se compone de un apartado que recoge datos generales demográficos y 19 preguntas que se responden con sí o no. Se proporcionó la encuesta al personal de enfermería que utiliza los SAD. Al cabo de dos semanas se recogieron las encuestas para su posterior análisis.

RESULTADOS: La participación ha sido del 74%, siendo Urgencias el servicio más colaborador. El 76,5% opina que es fácil utilizar el SAD y el 53,1% piensa que le ayuda en su trabajo diario. El 62% señala que no ha recibido la formación adecuada. El 42% de los encuestados prefieren SAD frente al botiquín tradicional y el 36,4% lo recomendaría a otras unidades. El 62% cree que el SAD mejora la seguridad del paciente en cuanto al tratamiento pero el 45,1% responde que disminuye el tiempo de dedicación al mismo. Respecto a los medicamentos incluidos en los SAD, el 20% ha encontrado medicamentos caducados, el 74,5% encuentra medicamentos en ubicaciones incorrectas y el 82,4% descuadras de cantidad. Por otra parte, cerca del 76% cree que la frecuencia de reposición es insuficiente y que frecuentemente coincide con el horario de retirar medicación del SAD para su administración a los pacientes. El 66,7% piensa que se debería aumentar el stock de determinados medicamentos (estupefacientes, benzodiacepinas y relajantes musculares). En cuanto a la localización y limpieza del SAD, el 72% opina que alrededor del mismo no se dispone de espacio suficiente, pero aproximadamente el 80 % reconoce que tanto las superficies internas como las externas se mantienen limpias.

CONCLUSIONES: El grado de satisfacción no resulta optimista en general. Una de las medidas a tomar es proporcionar formación adecuada que ayude a aprovechar al máximo las cualidades de los SAD y subsanar sus puntos críticos, como son la reposición y el contenido de los mismos.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1244. HERRAMIENTA ELECTRONICA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA: VALORACION DE LOS MEDICOS

AUTORES: MARTÍNEZ GONZALVO G, ESQUER GONZALEZ L, VENTURA VILA M, SARLE RUBI J, GONZALEZ VALDIVIESO J, ROURE NUEZ C.

CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. Torrebonica, s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: Conocer la valoración y grado de satisfacción de los médicos que utilizan la herramienta electrónica de conciliación de la medicación al alta (eCM al alta) así como las incidencias con las que se encuentran en su uso habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elabora una encuesta donde se recogen los datos de edad, sexo y especialidad del médico encuestado. La encuesta consta de 16 preguntas, con 5 grados de respuesta y repartidas en 5 apartados: 1) Conocimiento sobre la herramienta 2) Valoración de su utilidad 3) Incidencias 4) Satisfacción con el soporte recibido 5) Valoración global de la herramienta. Se entrega a los médicos de los servicios que actualmente utilizan la herramienta (Geriatría, Medicina Interna, Cuidados Paliativos).

RESULTADOS: Contestan la encuesta 31 médicos (9 residentes, 8 geriatras, 13 internistas, 1 otras especialidades). El 68,9% son mujeres y la edad media de los encuestados es de 41,5 años. El 87,0% de los encuestados han recibido formación en el manejo de la herramienta y el 77,4% tienen experiencia suficiente con la herramienta (utilizada más de 5 veces). Estos médicos valoran la herramienta como fácilmente accesible (81,8%) y fácil de utilizar (76,2%). La mayoría está de acuerdo en que la herramienta facilita la continuidad asistencial mejorando la comunicación con la Atención Primaria (85,7%), les permite reducir los errores de medicación incrementando la seguridad del proceso (73,9%), hace el tratamiento al alta más comprensible para el profesional sanitario (68,2 %) y hace el proceso más ágil reduciendo el tiempo para preparar el alta (52,2%). El 47,6% considera que es útil para hacer el tratamiento más comprensible para el paciente. En el apartado de incidencias destacan las debidas al proceso de envío al Sistema Informático de Receta Electrónica (SIRE) por encima de las incidencias técnicas (fallo de tarjeta, teclado, PC...) y las debidas al propio proceso de conciliación. La valoración del soporte que reciben por parte de farmacia es muy positiva (el 100% de los que responden considera que tanto la accesibilidad, como la resolución de incidencias y el grado de implicación del farmacéutico es bastante o muy alta). En cuanto a la valoración global de la herramienta, es positiva (>5 puntos sobre 10) en el 90% de los encuestados, y un 55% le da una valoración global mayor o igual a 7 sobre 10 (mediana global = 7).

CONCLUSIONES: La herramienta de eCM al alta es valorada positivamente por el 90% de los médicos encuestados. La mayoría la considera una herramienta fácil de utilizar y accesible, que hace el proceso de alta más seguro al tiempo que permite mejorar la continuidad asistencial, la comunicación con Atención Primaria y la comprensión del tratamiento por el profesional sanitario. La encuesta nos proporciona además varias oportunidades para mejorar la herramienta y en consecuencia aumentar la satisfacción del médico: 1) reducir las incidencias reportadas para incrementar la agilidad del proceso y 2) trabajar en un informe destinado al paciente con un formato pensado para mejorar su comprensión del tratamiento.

953. IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

AUTORES: HERRANZ MUÑOZ C, BALDOMINOS UTRILLA G, ORTIZ CAMPOS M, BECEIRO MOSQUERA J, ORIA DE RUEDA SALGUERO O, LUQUE INFANTES R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ - MECO S/N. Madrid. España

Identificación y diagnóstico: El grupo de seguridad de Pediatría propone al Servicio de Farmacia la implantación de la Prescripción Electrónica Asistida (PEA) en Neonatos a causa de la notificación de algunos incidentes relacionados con la prescripción, para mejorar el proceso de utilización de medicamentos, aumentando la efectividad y la seguridad.

Formulación y diseño: Se creó un equipo multidisciplinar formado por un neonatólogo, un farmacéutico y una enfermera. La PEA incluye el perfil farmacoterapéutico, cuidados especiales y registro de alergias del paciente. Fases de la implantación (Mayo-2015): 1º Establecer el circuito de PEA, validación farmacéutica y administración de medicamentos. 2º Detectar la necesidad de crear protocolos terapéuticos. 3º Adaptar los equipos informáticos y asegurar su funcionamiento.

Ejecución: Se estandarizó la información de los protocolos en cuanto a medicación, cuidados y texto asociado de cada patología en Julio-2015. El farmacéutico estableció las normas para la integración de los protocolos en PEA: 1º Elaboración de los protocolos por parte del neonatólogo de las patologías más prevalentes: medicación (dosis definida/kg/toma y edad gestacional); cuidados específicos y texto asociado (opcional). 2º Validación farmacéutica de los protocolos. 3º Creación por el farmacéutico de los protocolos en la aplicación informática Farmatools-Unidosis: medicación (dosis/kg/toma y frecuencia de administración; en observación de enfermería se especifica la forma de administración (reconstitución (concentración=Xmg/ml), dilución, ritmo y algunas medidas específicas necesarias; en el campo de observación médica: dosis por kg/toma y la duración en caso que sea finita); cuidados y texto asociado. 4º Verificación del protocolo. Se proporcionó formación por parte del farmacéutico responsable del proyecto sobre el manejo del programa de PEA al médico y a enfermería para explicar el procedimiento de impresión del registro de administración.

Evolución: En Septiembre-2015 el grupo multidisciplinar chequea los protocolos para ver su adecuación a las necesidades de tratamiento, prescripción y registro de administración. Se resolvieron los problemas mediante contacto directo del farmacéutico con los prescriptores.

Resultados y efectos: La implantación se realizó el 29 de Septiembre-2015 de manera completa, en un total de 295 ingresos, correspondientes a 9 camas de puestos intermedios y 3 de UCI. Se elaboraron 36 protocolos con la siguiente descripción: convulsiones-neonatales, vitaminaD, cafeína-apneas, ductus-arterioso-persistente, ferrote-rapia, fluidoterapia intravenosa, meningitis, profilaxis transmisión vertical VHB, profilaxis VIH alto y bajo riesgo, RCP adrenalina, sepsis-catéter, sepsis precoz y tardía, soporte hemodinámico (adrenalina, dobutamina, dopamina) y prostaglandina-E1. Tras la implantación se han creado nuevos protocolos (n=5): gentamicina, paracetamol, pro-biótico, profilaxis ocular y antihemorrágica y sacarosa-analgésica. Se han identificado puntos débiles de la aplicación informática impidiendo la prescripción de un protocolo en el que no conste el peso. Otros aspectos pendientes de implantar son la integración de PEA con las bombas inteligentes de administración de fármacos. La implantación de la PEA en Neonatos ha facilitado la integración del farmacéutico en este servicio, ya que hasta entonces no se realizaba validación farmacéutica. La creación de protocolos integrados en el perfil farmacoterapéutico ha permitido la estandarización de la prescripción minimizando la variabilidad y los errores de medicación para asegurar el cuidado integral del paciente y su seguridad.

381. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO DE E-INTERCONSULTA ENTRE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL Y DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA SANITARIA.

AUTORES: GARCIA QUEIRUGA M, MARGUSINO FRAMIÑAN L, MARTÍN HERRANZ I, CAPITÁN GUARNIZO J, GUTIÉRREZ ESTOA M, GÜETO RIAL X.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS 54. A Coruña. España

OBJETIVO: Las transiciones del paciente entre niveles asistenciales constituyen un punto crítico y deben estar integrados para proporcionar atención farmacéutica (AF) segura y de calidad. Hasta ahora la comunicación entre farmacia de atención hospitalaria (AH) y atención primaria (AP) se realizaba por teléfono o correo electrónico y no quedaba registrada.

El plan 2020 de SEFH incluye incorporar nuevas tecnologías para mejorar la seguridad y calidad de la AF.

La plataforma electrónica de interconsulta(e-interconsulta) constituye un mecanismo de colaboración en la transición del paciente entre farmacia AP y AH, que permite normalizar y registrar consultas e intervenciones farmacéuticas interasistenciales.

OBJETIVO: describir la puesta en marcha de una plataforma bidireccional de e-interconsulta entre AH y AP, y resultados tras 9 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Creación grupo de trabajo multidisciplinar: 3 farmacéuticos AH, 1 farmacéutico AP, 1 profesional de dirección médica y 1 informático .

Se definió la estructura de la plataforma con herramienta informática Microsoft Sharepoint® y se elaboraron los formularios para solicitud de e-interconsulta en ambas direcciones.

Se estableció la canalización de las consultas hacia ambas partes de modo que en la atención hospitalaria, el farmacéutico responsable de cada área farmacoterapéutica es el encargado de gestionarla. Y en atención primaria, el farmacéutico del centro de salud del paciente es el encargado de gestionarla.

Se realizaron de pruebas y simulacros de e-interconsulta entre atención hospitalaria y atención primaria y se dotó de los permisos de acceso y participación correspondientes a los integrantes del grupo.

Se creó el sistema de alertas por correo electrónico y se realizaron sesiones formativas dirigidas a los participantes: 28 farmacéuticos AH y 12 farmacéuticos AP.

La e-interconsulta, se puso en marcha en Junio 2015 y el acceso se realiza desde el portal web colaborativo del Servicio de Farmacia. Periodo del estudio:Junio 2015-Feb 2016.

RESULTADOS: Nº e-interconsultas: 247(80 e-interconsultas AH-AP y 167 AP-AH). e-interconsultas AP-AH: 1.motivo: 42% homologación sanitaria de recetas(HR), 19% posología incorrecta(PI), 15% medicamento en situación fuera de ficha técnica(MSFFT), 4% conciliación, 3% medicamento contraindicado, 2% adherencia farmacoterapéutica(AF), 15% otros. 2.Área a la que fueron dirigidas: 20.3% cardiología y/o cirugía vascular, 13.7% neurología, 12.6% inmunosupresores y trasplantes, 10,8% onco-hematología, 6.6% medicina interna, 6.6% endocrino, 5.3% pediatría, 5.3% urología, 4.8% obstetricia y ginecología, 3% nefrología, 2.3% dermatología, 2.3% cuidados continuos y paliativos, 10.8% otros. 3.**RESULTADOS:** 26% aclaración de prescripción, 16.7% tramitación informe de homologación y/o recetas, 12.5% tramitación MSSFT, 11.4% cambio posología, 3% suspensión tratamiento, 1.2% añadir tratamiento, 1.2% conciliación, 0.6% cambio tratamiento, 27.4% otros.

E-interconsultas AH-AP: 1.Motivo:65% necesidad seguimiento AP, 10%PI, 10% AF, 5% desabastecimiento medicamento, 5% interacciones, 3%MSSFT, 2%HR. 2.**RESULTADOS:**60,2% seguimiento farmacoterapéutico en AP, 10% aclaración prescripción, 8,7% cambios posología, 7,5% suspender tratamiento, 13,6% otros.

CONCLUSIONES: La creación y puesta en marcha de esta plataforma de comunicación bidireccional entre AH y AP ha permitido resolver de forma ágil, problemas relacionados con la medicación, especialmente en lo que se refiere a HR, seguimiento farmacoterapéutico, MSFFT y aclaración de prescripciones y posologías.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

269. INFORMATIZACIÓN DE LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y FUERA DE GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: PIÑERO GONZÁLEZ MM, PEREZ LEON M, MORALES LEON MV, HERRERA ORTEGA G, LUBILLO MARTELL M, SOSA SUAREZ F.

COMPLEJO HOSPITALARIO DOCTOR NEGRÍN. Barranco de la Ballena, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Diseñar y describir un sistema informatizado para la solicitud, evaluación, autorización y seguimiento de las solicitudes de medicamentos con condiciones especiales de dispensación: medicamentos en situaciones especiales, con petición individualizada, extranjeros o no incluidos en guía farmacoterapéutica.

Integrar el sistema en la Historia Clínica (HC) informatizada del Hospital y evaluar el uso de dicha aplicación tras su puesta en marcha.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ante la complejidad y poca celeridad de los trámites de solicitud de medicamentos bajo condiciones especiales, así como el elevado número de peticiones y de médicos solicitantes, se acordó con la Dirección Médica (DM) y con el Servicio de Informática (SI) la creación de una herramienta específica de solicitud.

La herramienta debía desarrollarse como parte de la HC del paciente. Se establecieron como datos mínimos para cada petición: datos del paciente, indicación, medicamento, datos económicos y valoración por farmacia. Además, debía permitir adjuntar documentos pdf, como informes clínicos, indispensables para algunas solicitudes.

El circuito se diseñó para que cada petición pasara por 4 fases: creación de la solicitud (máximo de dos medicamentos) por el médico, validación del Jefe del Servicio Médico, evaluación por Farmacia y autorización por DM. Se organizó la aplicación en una serie de buzones/estados para cada actor implicado en el proceso: creadas por el médico, pendientes de autorización por el Jefe de Servicio, enviadas a Farmacia, pendientes de DM y, una vez autorizadas o

denegadas, estado finalizado. Se añadió en cada estado la posibilidad de devolver la solicitud en caso de no estar correctamente cumplimentada. Para asegurar la trazabilidad del proceso, se añadió un visor de acciones realizadas por cada integrante del circuito y su identificación.

Por último, se incluyó en el diseño un sistema de búsqueda por historia clínica, médico solicitante, servicio solicitante, medicamento e indicación solicitada, así como un filtro por fechas de solicitud y/o autorización.

RESULTADOS: Tras la programación por el SI según los requerimientos acordados y la validación por Farmacia, se pone en marcha como una aplicación integrada dentro de la HC digital del Hospital.

En los primeros 13 meses de su implantación, se registraron 1576 solicitudes por parte de 33 servicios médicos diferentes, resultando una media de 6 solicitudes al día. Un total de 57 fueron denegadas y 1559 autorizadas.

Para cada solicitud creada, el tiempo medio de respuesta final por DM fue de 7 días (mediana de 3 días). Una vez validadas por el Jefe de Servicio y en el buzón de farmacia, el tiempo medio de trámite entre valoración y autorización/denegación de DM, fue de 17 horas (0,71 días).

CONCLUSIONES: La herramienta diseñada agiliza el circuito de solicitud de tratamientos con condiciones especiales, facilitando el trámite y eliminando las comunicaciones telefónicas y/o escritas entre los Servicios implicados.

Su integración en la HC digital del Hospital permite dejar registro de todas las solicitudes, condiciones de autorización y/o denegación en un fichero centralizado de fácil consulta.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1034. INFORME ELECTRÓNICO DE MEDICACIÓN AL ALTA MEDIANTE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES: PILOTAJE DE LA INTEGRACIÓN APD ATHOS-PRISMA® Y RECUERDAMED®

AUTORES: DOMINGUEZ CANTERO M, SALGUERO OLID A, DOMINGUEZ LOPEZ M, BLANCO SÁNCHEZ G, VICTORIA MANZANO M, SANTANA LOPEZ V.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. ANA DE VIYA 21. Cádiz. España

OBJETIVO: Describir el nivel de automatización del proceso de integración de datos entre la orden médica electrónica (OME) y la aplicación para dispositivos móviles RecuerdaMed®.

MATERIAL Y MÉTODO: Desarrollamos el proceso de integración entre la aplicación para dispositivos móviles (APP) RecuerdaMed® v.3.0.1 y el programa de prescripción electrónica corporativo APD ATHOS-Prisma® v.14.302.02g, mediante la colaboración entre Observatorio Para la Seguridad del Paciente (OPSP) perteneciente a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y la unidad de farmacia hospitalaria. Dicha integración permite la movilidad de la prescripción electrónica hospitalaria en un dispositivo móvil al alta hospitalaria.

La información contenida en la OME se almacena en una página web creada por OPSP, en la que se genera un código Quick Response (QR) por paciente. La prescripción se integra en la aplicación RecuerdaMed® realizando la lectura de dicho código con un dispositivo móvil.

Diseñamos un estudio descriptivo transversal, seleccionando pacientes con prescripción electrónica validada por la unidad de farmacia. El grado de automatización se obtuvo mediante la comparación entre los datos contenidos en líneas de prescripción electrónica (descripción del medicamento, dosis, vía de administración, pauta) y la información recogida en RecuerdaMed® tras el proceso de integración. La integración no incluyó fluidoterapia, mezclas intravenosas, ni medicación no incluida en la guía farmacoterapéutica del hospital.

Variables del estudio:

-Automatización: líneas de OME integradas en la aplicación. Evaluada como porcentaje automatización en la integración (líneas integradas/total líneas OME)x100.

-Necesidad de modificación manual de las líneas integradas: líneas integradas en la aplicación que requieren modificación manual debidas a errores, información inadecuada, omisión de pautas. Medido como porcentaje de modificación manual (líneas que necesitan modificación/líneas integradas)x100.

Otras variables: unidad de hospitalización, errores de lectura del código QR, errores de líneas integradas (vía de administración, unidades, frecuencia, dosis, omisión prescripción).

RESULTADOS: 498 líneas de prescripción de la OME, correspondientes a 50 pacientes ingresados. Media 9,9 líneas de prescripción por paciente.

En ningún caso hubo errores de lectura con el código QR.

Nivel de automatización del proceso del 96,8%. Causas: frecuencia prescrita ☐ pauta libre ☐ (86,8%) y el resto, códigos nacionales ficticios, no fueron reconocidos por la aplicación.

En 185 líneas integradas (37,4%), fue necesaria la modificación manual. 113 (61,1%) por errores en las unidades de dosificación, 42 (22,7%) pautas incorrectas, 46 (24,9%) errores detectados en vías de administración, pudiendo existir varias causas de error en la misma línea. Dentro de cada categoría, el motivo de error era constante.

CONCLUSIONES: La integración del programa de prescripción con la aplicación RecuerdaMed®, ambos corporativos, presenta un elevado grado de automatización. Se trata de la primera experiencia relacionada con tecnología en movilidad de la historia farmacoterapéutica hospitalaria en el sistema sanitario público andaluz.

La corrección de los errores sistemáticos detectados en líneas de prescripción incorporadas reduciría el porcentaje de modificaciones manuales, agilizando el proceso de integración y permitiendo disponer a nuestros pacientes de un informe electrónico en el smartphone al alta hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

753. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

AUTORES: MARTÍNEZ DE LA PLATA JE, Acosta Robles PJ, Morales Molina JA, Martos Rosa A, Urda Romacho J, González Vaquero D.

Agencia Sanitaria Hospital de Poniente. Ctra. Almerimar S/N CP:04700. Almería. España

Identificación y diagnóstico

El área de influencia de nuestro Servicio de Farmacia, comprende dos provincias, cuatro centros hospitalarios, y desde hace un año, somos unidad de gestión clínica interniveles con el área de Atención Primaria. Es por ello que observamos un aumento de demanda de información del medicamento, pero nuestros recursos físicos, no nos permitían tener capacidad física para afrontar la información y formación directa en el Uso Adecuado del Medicamento. Formulación y diseño

En reunión para afrontar la problemática, se planteó, usar nuevas tecnologías como herramientas rápidas, directas y eficientes para suplir carencias, ya que todo el mundo tenía un ordenador y/o Smartphone a mano donde recibir información. Se designó un farmacéutico para hacer una búsqueda y selección de herramientas, puesta en común, criterios a seguir, metodología de trabajo y presentación. Se determinó los temas principales, siendo la seguridad del medicamento, las interacciones y nuevos fármacos, los seleccionados preferentes. Establecimiento del modus operandi, concretándose que todos los días del año, se subiría al menos, un artículo referente al medicamento en Twitter®, y una presentación semanal, sin contar periodos vacacionales, en slideshare®, sólo permitiendo visualizarla.

Ejecución

Se puso en conocimiento de Dirección Gerencia y Médica la actividad a realizar, siendo muy bien aceptada e incentivada. Se determinó que Twitter® y Slideshare®, eran aplicaciones con potencial necesario para cumplir los objetivos planteados, tanto por rapidez, Twitter®, como por compartimento estanco donde consultar las presentaciones volcadas, Slideshare®. Posteriormente se inició la formación en utilización de Twitter®, Slideshare® y normas de estilo de un community manager en el área de la salud. Por último se inició la puesta de largo de Twitter® en primera instancia y Slideshare® posteriormente, siguiendo a día de hoy, en continua ejecución.

Evolución

En período beta, todos los días se revisaba bibliografía, seleccionaba lo más interesante de los temas prioritarios y colgaba en la red. Se determinó que se invertía demasiado tiempo, no siendo tan eficientes y prácticas como se esperaba, por lo que se hizo una nueva búsqueda de soluciones, determinando que la herramienta necesaria para el web master/community manager era un gestor de contenidos, seleccionando Feedly®, donde se eligen las fuentes bibliográficas y temas, actualizando diariamente los posibles contenidos a trabajar. Solucionado éste problema, la información del medicamento fluye por los canales comentados diariamente y semanalmente desde aquel día hasta hoy sin otros problemas aparentes. Así mismo, se está en continua búsqueda para hallar y usar nuevas aplicaciones o canales que nos ayuden/complementen en la información del medicamento a través del mundo virtual.

Resultados y efectos

En 2015, hemos colgado 2687 tweets, tenemos 747 seguidores en Twitter®, nuestra hora de más impacto en nuestros usuarios son las 11:00am. Nuestros seguidores viven en España(81%), Estados Unidos(5%), Argentina(3%), otros(11%). Tenemos 322,7 Impresiones/día(dispositivos en los que se ha visto nuestra acción), 3,16% tasa de interacción media/tweet, 2,6 Clicks promedio/tweet, 2 Retweets promedio/tweet, 1 Me gusta promedio/Tweet. Con respecto a Slideshare®, hemos subido 26 presentaciones, con 20410 visualizaciones totales, repitiéndose el patrón geográfico de Twitter, y con 61 acciones(me gusta) en total. Aún siendo bien aceptados, necesitamos tener mayor impacto en los profesionales de nuestra área. Las nuevas tecnologías nos brindan nuevas formas de realizar Farmacia Clínica desde un ámbito directo cómodo y eficiente.

864. NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN

AUTORES: IBAÑEZ GARCIA S, MARTIN BARBERO ML, RODRIGUEZ GONZALEZ CG, LALLANA SAINZ E, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. Calle Doctor Esquerdo 46. Madrid. España

OBJETIVOS: Numerosas publicaciones sobre seguridad del paciente y calidad en la asistencia sanitaria han destacado la importancia de la prevención de los errores de medicación (EM), que suponen una amenaza para la seguridad del paciente y un gran impacto en el gasto sanitario. La fase de prescripción es la que se producen con mayor frecuencia estos errores.

La implantación de nuevas tecnologías ha demostrado ser una estrategia eficaz en la prevención de estos errores. Los sistemas de soporte a la toma de decisiones clínicas avanzados (SSDCa) incorporan las características clínicas de los pacientes al proceso de la validación para generar recomendaciones individualizadas que ayuden a los clínicos a tomar las decisiones más adecuadas.

El objetivo de nuestro estudio es desarrollar, implantar y evaluar un SSDCa dirigido a aumentar la seguridad y eficiencia de la farmacoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ámbito: El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel universitario. El centro dispone de un programa de prescripción electrónica asistida, a través del cual los farmacéuticos validan los tratamientos de los pacientes. Esta validación tradicional permite la detección de una media de 80 errores de prescripción (EP)/mes. A) Desarrollo de un SSDCa: Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por: tres farmacéuticos, dos especialistas en sistemas de la información, tres médicos y el referente en seguridad del hospital; que definieron y desarrollaron las funcionalidades del sistema.

B) Implantación del SSDCa: Se impartió formación a los farmacéuticos para garantizar la correcta usabilidad del sistema.

C) Evaluación del SSDCa: Estudio observacional retrospectivo de tres meses de duración. Se analizó: número de errores detectados, fármacos implicados, tipos de errores detectados y gravedad potencial de los mismos.

RESULTADOS: Desarrollo del SSDCa: El sistema integra a tiempo real los resultados de las analíticas on-line de bioquímica, hematología, inmunología, farmacogenética y el tratamiento farmacológico activo. Presenta estas funcionalidades:

-Generación de alertas en base a un conjunto de reglas clínicas definidas en cuatro programas de intervención:

1. Ajuste posológico según función renal: 115 reglas

2. Detección de toxicidades bioquímicas/hematológicas producidas por fármacos: 72 reglas

3. Ajuste de la terapia antiagregante/anticoagulante: 20 reglas

4. Individualización de la terapia según características farmacogenéticas/farmacocinéticas del paciente: 12 reglas

-Generación de recomendaciones individualizadas para contactar con el médico prescriptor.

-Registro automático de las intervenciones realizadas.

Evaluación de SSDCa: Durante el periodo de estudio, los farmacéuticos llevaron a cabo la validación combinando el método tradicional y el SSDCa desarrollado. Detectaron una media de 230 errores/mes, lo que supone un incremento del 187,5% con respecto al método tradicional.

El SSDCa nos permitió la detección de 166 EP. Los grupos farmacológicos implicados mayoritariamente fueron: anti-infecciosos (77,46%) y las heparinas de bajo peso molecular (36,22%). Los tipos de errores detectados fueron errores de dosis en un 84% (139) y monitorizaciones insuficientes del tratamiento en un 10% (15). Los errores presentaban principalmente una gravedad potencial moderada (84, 51%) o seria (13, 8%).

CONCLUSION: El desarrollo de una tecnología que incorpora características clínicas de los pacientes al proceso de la validación, se presenta como una estrategia efectiva para el asesoramiento automatizado de la farmacoterapia, que reducirá la incidencia de EP y su coste asociado.

492. PREVENCIÓN DE LA HIPONATREMIA INDUCIDA POR FÁRMACOS CON AYUDA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

AUTORES: PIÑERO GONZÁLEZ MM, IBAÑEZ GARCIA S, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M, TOVAR POZO M. COMPLEJO HOSPITALARIO DOCTOR NEGRÍN. Barranco de la Ballena, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVO: La hiponatremia inducida por fármacos es una alteración hidroelectrolítica que se produce con una elevada frecuencia en la práctica clínica y se asocia a un aumento en la mortalidad, morbilidad y duración de la estancia hospitalaria.

Los sistemas de soporte a la toma de decisiones clínicas (SSDC) han demostrado ser una de las estrategias más eficaces para la detección de reacciones adversas a medicamentos (RAM), ya que incorporan las características analíticas de los pacientes al proceso de la validación farmacéutica.

Nuestro objetivo es evaluar el impacto en la práctica clínica real del uso de un SSDC en la prevención de hiponatremias inducidas por fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre □ fármaco & hiponatremia □.

Se introdujeron en nuestro SSDC en forma de reglas clínicas definidas por principio activo y niveles de Na

Se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional de 4 semanas de duración. Se revisaron diariamente las alertas generadas por el sistema y, en caso necesario, se contactó con el médico prescriptor para recomendarle la sustitución del fármaco por otra alternativa terapéutica, evitando así una posible RAM.

Se analizaron: número total de pacientes con alerta, principios activos implicados, número de cambios de tratamiento y resultados generados en los pacientes.

RESULTADOS: Se seleccionaron un total de 44 principios activos que presentaban mayor evidencia de inducir o agravar la hiponatremia.

Durante el período de estudio se detectaron 50 pacientes con Na

Tras la suspensión de estos fármacos, se observó la recuperación de los niveles de sodio en el 81% de los pacientes, y como consecuencia, ninguno de ellos presentó síntomas gastrointestinales ni neurológicos por los que tuviesen que prolongar la estancia hospitalaria.

Las 21 RAM detectadas fueron notificadas al Centro Nacional de Farmacovigilancia como tarjetas amarillas.

CONCLUSIONES: El número de cambios de tratamiento generados, si bien no es cuantitativamente significativo, dada la gravedad de la entidad clínica adquiere un valor relevante. De los 44 principios activos descritos como inductores o agravantes de hiponatremia, sólo 7 presentan la incidencia necesaria para incluirlos en un programa de vigilancia de hiponatremia inducida por fármacos.

Los SSDC han demostrado ser una estrategia eficaz para la prevención de hiponatremia inducida por fármacos, evitando así que este tipo de RAM genere consecuencias negativas en los pacientes.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1312. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS: VALIDACIÓN ELECTRÓNICA SEMIAUTOMATIZADA.

AUTORES: DIAZ NAVARRO J, FENIX CABALLERO S, GIL SIERRA MD, PALOMO PALOMO C, GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, CAMEAN CASTILLO M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. Carretera N-IV, Km.665. Cádiz. España

OBJETIVO: Desarrollar una herramienta informática para la validación farmacéutica asistida, en tiempo real, de la antibioterapia prescrita según antibiograma. Descripción de los resultados obtenidos tras la implantación en el hospital.

METODO

Desde el Servicio de Farmacia, se desarrolló una herramienta semi-automática para el análisis y validación de los tratamientos antibióticos prescritos en el hospital.

Los datos de pacientes y tratamientos antibióticos se obtuvieron de la aplicación Farmatools® de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) y la sensibilidad de cada microorganismo aislado durante el ingreso, de la aplicación Omnium® del Servicio de Microbiología. Ambas bases de datos fueron integradas con Access® usando ODBC y funcionan en tiempo real con cada cambio de tratamiento o nuevo antibiograma.

Diariamente, la aplicación analiza de forma automática, aquellos pacientes hospitalizados con antibióticos pautados y con al menos un antibiograma en los últimos 15 días, y determina si la prescripción médica es apropiada, mediante unos códigos de color para el antibiótico pautado: verde para las prescripciones apropiadas, naranja para antibióticos con sensibilidad intermedia en el antibiograma y rojo si el microorganismo es resistente al antimicrobiano.

El farmacéutico valida cada día el informe generado automáticamente, y comunica a los clínicos, a través de la PEA, las discrepancias encontradas entre las prescripciones de antibióticos y el antibiograma.

Para analizar los resultados obtenidos, se registraron, desde el 01/10/2015 al 31/03/2016, el tiempo dedicado por el farmacéutico en validar las prescripciones antibióticas, las intervenciones farmacéuticas realizadas, servicios médicos y los antibióticos involucrados. Las intervenciones fueron clasificadas como suspensión de tratamiento, cambio de tratamiento antibiótico, cambio de dosis o de frecuencia del antibiótico.

RESULTADOS: La aplicación permitió al farmacéutico revisar diariamente todos los pacientes con tratamiento antimicrobiano y antibiograma, dedicando menos de una hora cada día.

Las intervenciones farmacéuticas fueron 450. Se realizaron 350 (77,7%) propuestas de retirada de antibióticos, de las cuales 324 fueron por tratamientos de más de 10 días de duración, 21 según antibiograma, 4 por solapamiento

del espectro antimicrobiano y una por alergia. Hubo 83 (18,4%) propuestas de cambio de antibiótico según antibiograma, 13 (2,8%) ajustes posológicos por dosificación excesiva, insuficiencia renal o dosis insuficiente, y dos casos de frecuencia de administración excesiva.

La mayor parte de las intervenciones se realizaron sobre piperacilina-tazobactam (N=132; 29,3%), cefalosporinas de tercera generación (N=87; 19,3%), quinolonas (N=86; 19,1%) y carbapenemes (N=35; 7,77%).

La distribución de las intervenciones por Servicios fue la siguiente: Medicina Interna (N=187; 41,5%), Neumología (N=61; 13,5%) y Unidad de enfermedades infecciosas (N=45; 10%).

El 41,1% (N=185) de las intervenciones realizadas fueron aceptadas por los clínicos.

CONCLUSIONES: La herramienta semiautomática de validación permitió optimizar tiempo, pues se revisaron las prescripciones antibióticas de todos los pacientes hospitalizados cada día, a tiempo parcial.

La mayor parte de las intervenciones realizadas fueron suspensiones de tratamientos antibióticos, seguida de propuestas de cambios según antibiograma, en los Servicios de Medicina Interna, Neumología y Unidad de Enfermedades infecciosas, principalmente.

Los antibióticos más frecuentemente implicados fueron de amplio espectro: piperacilina-tazobactam, cefalosporinas de tercera generación, quinolonas y carbapenemes.

Los facultativos aceptaron casi la mitad de las propuestas realizadas por el farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1097. PROYECTO BISAFE: DESARROLLO DE UN BUNDLE INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS MEDIANTE E-ESTÁNDARES

AUTORES: TOVAR POZO M, IBAÑEZ GARCIA S, MARTIN BARBERO ML, IGLESIAS PEINADO I, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

OBJETIVO: Desarrollar un paquete (□bundle□) de medidas integradas en las distintas fases del proceso de administración de medicamentos con el fin de mejorar el modelo actual, asegurando la consecución de los □five rights□ en la administración (paciente, medicamento, dosis, vía y hora correcta).

MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Constitución de un equipo multidisciplinar integrado por tres farmacéuticos clínicos, dos enfermeras y un especialista en sistemas de la información.

2. Análisis del Modelo actual de administración de fármacos: análisis DAFO y AMFE

3. Diseño del nuevo Modelo: identificación de acciones de mejora. Se definieron un conjunto de medidas que garantizaran la calidad y seguridad en el modelo de administración de medicamentos, exportables a otras instituciones.

RESULTADOS: En el análisis DAFO del actual modelo de administración se encontraron las siguientes debilidades: alta carga asistencial de enfermería, alta rotación de enfermería, falta de comunicación médico/farmacéutico/enfermera, falta de participación del paciente como miembro activo en el uso seguro del medicamento, falta de accesibilidad en la información sobre los medicamentos y falta de equipamiento electrónico

Durante el análisis de los modos de fallo (AMFE) se identificaron 9 subprocesos y 41 modos de fallo en la administración de medicamentos. Los subprocesos con mayor NPR fueron la administración del medicamento al paciente (NPR=1686), la revisión del registro de administración (NPR=728) y la previa recepción de la orden médica e impresión del registro de administración (NPR=650). Los modos de fallo con mayor riesgo fueron: administración de una mezcla intravenosa elaborada de forma errónea (NPR=300), paciente (288), vía (270) y velocidad (252) erróneos y la administración de un tratamiento erróneo por falta de actualización del registro de administración (245).

Tras este análisis el equipo consideró indispensable diseñar un nuevo modelo de administración de fármacos mediante la implantación de un □bundle□ de medidas y tecnologías sanitarias:

a) Herramienta integrada con la PEA capaz de identificar PACIENTE CORRECTO (pulsera con código de barras asociada al número de historia clínica), MEDICAMENTO CORRECTO (código de barras identificativo del medicamento) y VÍA CORRECTA (código de barras incluido en la etiqueta de identificación de vías), donde se registrará la administración del fármaco con la última prescripción activa del paciente, a la HORA CORRECTA.

b) Bombas de infusión inteligentes para la administración de fármacos intravenosos a la DOSIS CORRECTA. El software de su biblioteca estará integrado con la PEA, de manera que la programación de la infusión se realice automáticamente.

c) Software de soporte a la administración capaz de integrar la información de distintos sistemas de información del hospital y generar alertas en función de un conjunto de reglas clínicas definidas.

El software generará recomendaciones de administración de fármacos de alto riesgo para el manipulador (según guía NIOSH 2016), manejo de catéteres, compatibilidades de infusiones en Y de medicamentos y actuación en caso de extravasación durante infusiones de fármacos.

CONCLUSIONES: La implantación de un bundle de medidas mediante tecnologías sanitarias permitirá superar los modos de fallo encontrados en el modelo actual de administración de fármacos en el ámbito hospitalario, garantizando así la calidad y seguridad de esta fase del proceso de utilización del medicamento.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1047. USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LOS CENTROS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EUROPA

AUTORES: TROJAN --- M, VETTER-KERKHOFF -- C, GUTIERREZ PEREZ I, GONZALEZ CARBALLO A.

Klinikum rechts der Isar der TU München. Ismaninger Str. 22. Internacional.

OBJETIVO: Difundir la utilidad y el avance que supone una Base de Datos (BD) de los Centros de Información de Medicamentos (CIM) compartida, implementada en otros países de la Unión Europea (Alemania, Austria y Suiza).

MATERIAL Y MÉTODOS: La BD de los Centros de Información de Medicamentos está disponible a todos los usuarios autorizados a través de una página web.

El registro de una nueva consulta al CIM se realiza mediante el uso de plantillas, módulos de texto, fuentes bibliográficas habituales, configuración de la farmacia, servicios y plantas de hospitalización, así como de los datos de la persona que realiza la consulta.

Presenta la posibilidad de poder acceder a las consultas ya contestadas por otros farmacéuticos del mismo hospital o por otros usuarios de la BD al ser añadidas al enlace ☐ Compartir ☐.

Se pueden codificar las consultas como ☐ Consultas frecuentes locales ☐ para una farmacia, permitiendo el acceso rápido de todos los farmacéuticos del hospital a las respuestas elaboradas por sus compañeros.

Las consultas pueden indexarse por la clasificación ATC y MeSH modificado en base a las prioridades farmacéuticas. Las respuestas tanto en formato PDF y HTML para impresión, así como el envío directo por correo electrónico al consultante es otro de los atributos de la BD.

Esta BD forma parte de la base de datos europea ☐ European Union para la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados médicos ☐.

RESULTADOS: Esta BD de información de medicamentos posibilita compartir los conocimientos científicos aportados por farmacéuticos de diversos hospitales al poder acceder a los resultados de las búsquedas ya realizadas.

Actualmente está disponible en 120 farmacias de hospital de Alemania, Austria y Suiza.

Permite crear un proceso totalmente documentado con procedimientos estandarizados de trabajo.

El disponer de módulos y plantillas preestablecidas facilita seguir unas líneas homogéneas en las contestaciones y agiliza el proceso de información.

Las respuestas en formato PDF y HTML proporciona una salida rápida de impresión de la documentación elaborada. Del análisis estadístico de la Base de datos se pueden obtener importantes indicadores, lo cual está favorecido al poder indexarse las consultas de forma correcta.

Contribuye a los programas de seguridad del paciente al formar parte de otras bases de datos europeas.

CONCLUSIONES: La Base de Datos de los Centros de Información de Medicamentos compartida es una herramienta que permite trabajar de forma más eficiente y colaborativa entre los distintos Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Del seguimiento estadístico de las consultas realizadas y de su evaluación pueden establecerse líneas de trabajo de los CIM orientadas tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes.

A su vez da soporte todo ello a un sistema de Gestión de calidad, formando parte de las estrategias para el aumento de seguridad de los pacientes durante su estancia en el hospital.

CLASIFICACIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS

1189. UTILIZACIÓN DE INTERNET Y ACCESIBILIDAD A DISPOSITIVOS MÓVILES EN USUARIOS DE UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES: DOMINGUEZ CANTERO M, HUERTAS FERNÁNDEZ MJ, RUIZ GARCIA SD, BLANCO SÁNCHEZ G, SUÁREZ CARRASCOSA FJ, MANZANO MARTIN MV.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. ANA DE VIYA 21. Cádiz. España

OBJETIVO: Describir la utilización y posibilidades de acceso a las nuevas tecnologías. Conocer la predisposición al uso de aplicaciones móviles para mejorar la adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal durante tres semanas de abril 2016. Se incluyeron pacientes, familiares o cuidadores que acudieron a la unidad de atención de pacientes externos. Mediante encuestas anónimas, sin datos sobre su patología o tipo de tratamiento, se solicitó información sobre:

-Variables sociodemográficas: edad, sexo, situación laboral.

-Adherencia. Analizada mediante encuesta SMAQ.

-Complejidad del tratamiento. Vía de administración, comprimidos al día, número de tomas a la semana.

-Acceso a internet y nuevas tecnologías.

Se empleó SPSS® para estudiar la relación entre nivel de adherencia; estudios universitarios-no universitarios; menores y mayores de 50 años, con la predisposición al uso de una aplicación móvil para recordar las tomas. Se determinó mediante tablas de contingencia y aplicación de ji al cuadrado.

RESULTADOS: Se recogieron 53 encuestas. 56,6% mujeres, 43,4% con un rango de edad entre 50-59 años. 77,4% pacientes, el resto familiares. Nivel de estudios: 32,1% estudios primarios, 18,9% universitarios, 16,9% secundarios obligatorios, 5,7% secundarios postobligatorios, 3,8% sin estudios. Situación laboral: 30,2% jubilados, 20,7% trabajadores cuenta propia, 15,1% desempleo, 11,3% trabajador cuenta ajena.

Un 33,4% presentó baja adherencia. Número de comprimidos al día: 22,6% más de 5 comprimidos, 20,7% más de 10 comprimidos. Frecuencia: 43,4 tres veces al día, 33,9% una vez al día, 18,9% dos veces al día, 3,8 una vez a la semana. Vía de administración: 66% vía oral, 24,5% combinación de varias vías, 9,4% subcutáneo.

Respecto el acceso a internet y tecnología: 81,1% tiene acceso a internet, 74,4% lo hace desde casa, 30,23% sólo en el trabajo, 18,6% en ambos lugares. Medio que utiliza para acceder a internet: 32,5% mediante smartphone, 18,6% por ordenador, 37,2% ambos.

El perfil del subgrupo de pacientes sin acceso a internet contaba estudios primarios, salvo uno sin estudios, 80% mayores de 50 años. 4 pacientes (40%) con mala adherencia y el 40% consideraría útil el uso de aplicaciones móviles. La fuente de información sobre su medicación son profesionales sanitarios (58,5%), consulta el prospecto (18,9%), consulta amigos/familiar (5,1%) o utilizaba internet (6,9%).

37,3% usaba un sistema para recordar la medicación, dos usuarios en el subgrupo sin acceso a internet. El 20% usaba una aplicación para móviles, 60% anota tomas en el calendario y el 20% posee un pastillero semanal.

El 71,7% de los usuarios encuestados consideraría útil disponer de una aplicación con avisos o alarmas en su dispositivo móvil para recordar la toma de medicación. Se determinó que no existían diferencias entre los grupos en si usarían o no una app ($p=0,442$ buenos-malos adherentes; $p=0,659$ para estudios universitarios-no universitarios; $p=0,692$ mayores o menores de 50 años)

CONCLUSIONES: Entre nuestros usuarios, la mayoría cuenta con la tecnología y acceso internet. Un elevado número estaría dispuesto a utilizar recordatorios de su medicación en el Smartphone. En aquellos que no cuentan con estos medios debemos mejorar y fomentar los sistemas tradicionales para reforzar su adherencia.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1196. ALIMENTACIÓN TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADO TRAS LA DONACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LECHE MATERNA HUMANA

AUTORES: Ruiz Morcillo C, Sanchez Caracuel C, Ferrit Martin M, Garcia Dominguez S, Peña Caballero M, Guijarro Herrera S.

Complejo hospitalario Universitario de Granada Virgen de las nieves. Avenida Fuerzas Armadas 2. Granada. España

OBJETIVO: Analizar los problemas de la alimentación de los recién nacidos hospitalizados y resolver de manera transitoria los problemas de la alimentación tras el procesamiento y análisis de leche de madres donadoras.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 12 meses de duración (Enero 2015-Diciembre 2015). El estudio fue realizado en colaboración con el banco de leche y servicio de farmacia de un hospital. Se procesaron, analizaron y dispensaron lotes de leche materna donada de voluntaria de madres en periodo de lactancia. El procesamiento de la leche consistió en la pasteurización, análisis sensorial, microbiológico y nutricional. Se incluyeron pacientes recién nacidos hospitalizados con problemas de la alimentación y con dificultad de alimentación mediante lactancia materna. Las variables fueron recogidas de los registros electrónicos. Las variables del estudio fueron: número de madres donadoras, número de donaciones, volumen de leche donada, tipo de leche donada, volumen leche donada, causas de rechazo antes y después del procedimiento, volumen leche aceptada, composición nutricional de la leche, volumen de leche procesada dispensada, número de dispensaciones de leche procesada, número de recién nacidos, problema de alimentación, número de dispensaciones realizadas. Las variables fueron recogidas de los registros electrónicos del banco de leche y la composición nutricional se realizó antes del proceso de pasteurización a partir de 5 ml de muestra en un analizador Miris.

RESULTADOS: Se analizaron 437 lotes de de leche materna donada correspondiendo a 75 madres donadoras. Los porcentajes de leche donada fueron: 88.38% leche prematura, 7.89% leche intermedia, 2.32% leche prematura calostro, 1.39% calostro). El volumen total de leche donada fue 475.028 ml. Se rechazaron 30.352 ml antes del procesamiento por las siguientes causas: 50.00% por acidez alta (mayor 10 ° Dornic), 34.88% por rotura de envase y 15.11% por caducidad. Se pasteurizaron un total de 444.676 ml. Tras el proceso de pasteurización se

rechazaron 8.689 ml debido a cultivo microbiológico positivo (73.38% spp Bacillus, 13.66% spp Staphylococcus, 7.19% spp inespecíficas, 2.15% spp Streptococcus). La composición nutricional de la leche final resultante fue de: ácidos grasos (0.6-8.3 g/100 ml), proteínas (0.2-6.8 g/100ml), lactosa (2.5-11.4 g/100 ml), sólidos totales/residuo seco (9.1-16.9 g/100ml) y energía (40-109 kcal/100ml). El volumen total de leche procesada y aceptada para dispensar a recién nacidos ingresados es de 435.987 ml. Se dispensaron 361.485 ml de leche procesada correspondientes a 1484 dispensaciones para cubrir las necesidades alimenticias de 144 recién nacidos con problemas de la alimentación. Los problemas de la alimentación fueron: 57.0% prematuridad, 14.89% cirugía, 10.8% algún problema de problema salud, 9.0% bajo peso, 6.4% mala tolerancia, 1.9% síndrome intestino corto.

CONCLUSIONES: Tras el procesamiento de leche de madres donadoras en periodo de lactancia se obtiene leche procesada de calidad y elevado valor biológico para cubrir la alimentación de forma transitoria del recién nacido con problemas de la alimentación.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

107. AMPLIANDO HORIZONTES. EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PEDIÁTRICAS

AUTORES: ROMERO FUENTES C, BARRERA ZAMORA MA, LOPEZ-VIÑAU LOPEZ T.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. MENENDEZ PIDAL S/N. Córdoba. España

OBJETIVOS: → Mantener y restablecer un adecuado estado nutricional.

→ Proporcionar los nutrientes necesarios, glucosa, lípidos, aminoácidos, vitaminas, oligoelementos y minerales, que cada paciente necesita.

→ Evitar la deficiencia en ácidos grasos esenciales.

→ Mantener con todo ello un balance positivo de fluidos y electrolitos.

→ Disminuir las complicaciones quirúrgicas, las infecciones nosocomiales.

La meta actual para la nutrición post-natal del prematuro es duplicar la tasa de crecimiento intrauterino normal.

Ampliando horizontes, una de las metas de este hospital es la elaboración de nutriciones pediátricas por el Técnico en Farmacia, meta conseguida desde 2010/2011.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como fuente de datos hemos utilizado los informes anuales de los años 2013/2014 del Hospital donde trabajamos, así como poner en práctica la experiencia acumulada al efectuar o desempeñar tales trabajos.

Preparación de nutriciones

Es responsabilidad de la Farmacia Hospitalaria con la supervisión directa de Farmacéuticos, la realiza el enfermero o el Técnico en Farmacia.

Las cabinas de flujo laminar proporcionan una seguridad de asepsia elevada. Todos los procedimientos involucrados en la preparación de medicamentos estériles deben llevarse a cabo en una cabina de flujo laminar, esta descarga el aire previamente filtrado por un filtro HEPA en dirección paralela a la superficie de trabajo y hacia el operador, este filtro es retenedor de bacterias, retiene un 99,9% por lo que podemos decir que trabajamos en un ambiente estéril.

Componentes de las NPT

Dependerán de la edad, peso y evaluación bioquímica.

AMINOÁCIDOS

LÍPIDOS

GLUCOSA

ELECTROLITOS:

☐ Sodio

☐ Potasio

☐ Magnesio.

☐ Calcio

☐ Fósforo

VITAMINAS

OLIGOELEMENTO

HIERRO

COBRE

YODO.

MANGANESO

SELENIO

ZINC

FLÚOR

RESULTADOS: Datos obtenidos pertenecientes del Hospital donde realizamos nuestros trabajos de los años 2013/2014, en los cuales se han realizado 2.333 y 2173 NPT de pediatría respectivamente. Observamos un decremento en el 2014 ya que también ha descendido el número de nacimientos, en la última década han venido al mundo mil niños menos en la provincia, un 12,3% de bajada.

Todas las operaciones realizadas a diario, deben quedar perfectamente registradas, se archivarán por un período de dos años.

CONCLUSIÓN

La NPT es el soporte nutricional especializado en la administración de nutrientes parenteral con fines terapéuticos, es la técnica que permite administrar macro y micronutrientes por vía intravenosa, es una forma de nutrición artificial eficaz que se indica cuando no es posible o resulta insuficiente la nutrición enteral.

Aunque el niño/a presente buen estado de nutrición hay que plantearla si el proceso que padece conlleva alto riesgo de desnutrición.

Una nutrición bien calculada y equilibrada en Kcal proteicas/Kcal no proteicas es fundamental para reducir el riesgo de complicaciones. Igualmente, se debe de suspender la nutrición parenteral en cuanto lo permita el paciente para reducir las complicaciones hepáticas.

Alimentarse y crecer es una de las tareas más importantes de estos pequeños, es importante que los bebés prematuros reciban la nutrición adecuada, de manera que alcancen un peso similar al que habrían logrado si estuvieran aún dentro del útero.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

904. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL A LAS RECOMENDACIONES EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: LABRADOR ANDÚJAR N, FERNÁNDEZ ARÉVALO M, VELASCO RAMOS A, GARCÍA SACRISTÁN AA, QUIRÓS AMBEL H, MOYA GÓMEZ P.

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. Avd. de Barber, 40. Toledo. España

OBJETIVO: Analizar el soporte nutricional (SN) administrado a los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante su primera semana de ingreso comprobando su adecuación a las recomendaciones del consenso SEMICYUC-SENPE 2011 y ASPEN 2016 en cuanto a aporte precoz (primeras 24-48 horas) y alcance de los requerimientos calóricos estimados (RCE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y observacional realizado en una UCI médico-quirúrgica de 26 camas de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes ingresados durante el mes de marzo de 2016 registrando edad, sexo, peso y diagnóstico. De acuerdo con las recomendaciones se calcularon los RCE en 25 Kcal/kg/día para todos los pacientes incrementando a 30 Kcal/Kg/día en pacientes con técnica continua de reemplazo renal (TCRR). Se llevo a cabo un seguimiento durante 7 días recogiendo las siguientes variables: uso de TCRR, administración de dieta oral (DO), calorías prescritas y administradas en nutrición enteral (NE) y parenteral (NP) y los motivos de intolerancia o contraindicación de NE. Para la valoración del objetivo del estudio, se calculó el porcentaje de pacientes que iniciaba el SN (DO o NE) a las 24-48 horas del ingreso en UCI, el porcentaje de pacientes que recibían al menos el 60% de los RCE el 4º y 7º día y se evaluó el motivo para no conseguirlos.

RESULTADOS: Se recogieron 75 pacientes, 42 (56%) hombres y con una media de edad de $61,68 \pm 14,74$ años. 3 pacientes necesitaron TCRR. El 91,04% de pacientes inició SN a las 24-48 horas del ingreso (44,26% DO y 55,74% NE). El 72 % de los 50 pacientes que permanecían ingresados al 4º día, requerían soporte nutricional especializado (SNE). El resto de pacientes recibían DO. De los pacientes con SNE, el 72,2% conseguían cubrir al menos el 60% de los RCE empleando exclusivamente la NE, el 5,5% los alcanzaron con NP y el 2,7% con DO más NE. De los 7 (19,4%) pacientes que no consiguen los RCE con SNE, se registraron problemas de tolerancia (vómitos, diarrea o volumen de residuo gástrico elevado) en el 57,14%.

En el 7º día, el 88,89% de los 33 pacientes que permanecían ingresados, recibían SNE y el resto DO. De los pacientes con SNE, el 79,31% conseguían al menos el 60% de los RCE sólo con NE. El 17,2% necesitó NP complementaria para alcanzar los RCE y sólo 1 paciente (3,4%) no consiguió los RCE por intolerancia a NE.

CONCLUSIONES: Más del 90 % de los pacientes de UCI inicia DO o NE en las primeras 24-48 horas del ingreso cumpliendo las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales de aporte precoz de SN.

La NE es el SNE de elección en paciente crítico permitiendo alcanzar $\geq 60\%$ de los RCE en el 70% de los pacientes entre el 4º día y el 7º día de ingreso.

La estimación de las necesidades calóricas del paciente y el seguimiento diario de los aportes administrados permite identificar los casos donde el SN no sea el adecuado y prevenirlo mediante la administración de NP complementaria.

227. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: SANGRADOR PELLUZ C, GALLARDO BORGE S, PARDO PASTOR J, ARCENILLAS QUEVEDO P, GARRIGA BIOSCA R, NICOLÁS PICÓ J.

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA. PL DOCTOR ROBERT, 5. Barcelona. España

OBJETIVO: Analizar el cumplimiento de los indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) para nutrición parenteral total (NPT) en la unidad de nutrición clínica.

Establecer medidas de mejora en los indicadores que no cumplan los estándares propuestos por la SENPE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal (Diciembre 2015-Marzo 2016) realizado en un hospital de 450 camas. Se incluyeron todos los pacientes adultos que recibieron NPT durante el periodo de estudio. Los indicadores de calidad empleados fueron los publicados por la SENPE en su documento ☐ Indicadores de calidad para las unidades de nutrición clínica ☐ , y se organizaron en 3 apartados que hacían referencia a la estructura de la unidad, los procesos que tienen lugar en la misma y a los resultados obtenidos. Tras la revisión de las historias clínicas y las historias de seguimiento nutricional del Servicio de Farmacia (SF), se elaboró una base de datos tipo excel para la recogida de los indicadores. El grado de cumplimiento de los indicadores se calculó comparando los resultados obtenidos con los estándares propuestos por la SENPE para cada indicador.

RESULTADOS: Se incluyeron 94 pacientes.

Respecto al cumplimiento de los indicadores de estructura: 100% recursos de información en formato electrónico, 100% formación continuada, 100% identificación del paciente en las bolsas de NPT, 100% empleo de bolsas foto-protectoras para NPT, 100% empleo de bombas de infusión para NPT.

En cuanto al cumplimiento de los indicadores de procesos: Sí a la existencia de protocolos clínicos básicos, ninguna identificación de pacientes en riesgo de desnutrición de forma protocolizada, 100% de supervisión de procedimientos relacionados con la NPT por personal experto, 100% valoración del estado nutricional (sólo en pacientes con NPT), 100% cálculo de requerimientos energéticos, 100% preparación de NPT en ambiente estéril, 1,5% complicaciones de catéter, 100% monitorización de pacientes con NPT, 68% mantenimiento de glucemias apropiadas, 9,6% monitorización de las hipertrigliceridemias, 49% control periódico de la función hepática, 50% suspensión de NPT de forma protocolizada, 100% registro de efectos adversos por NPT.

Respecto a los indicadores de **RESULTADOS:** 13,8% prescripción de NPT con duración

De forma global la unidad cumple el 77,3% de los indicadores, siendo el 100% en el caso de los indicadores de estructura, 64,2% de los de procesos y 75% de los de resultados.

Los indicadores en los que no se cumplían los estándares de SENPE fueron: monitorización correcta de glucemias, triglicéridos y función hepática, prescripciones de NPT

CONCLUSIONES: El análisis de la calidad nos ha permitido establecer una serie de medidas de mejora como son la solicitud de analíticas a los pacientes por parte del SF para garantizar un correcto seguimiento de glucemias, triglicéridos y función hepática, protocolizar la utilización de NP periférica para evitar la utilización de NPT en duraciones cortas y la implantación de un programa de cribado nutricional con el objetivo de identificar a pacientes en riesgo de desnutrición.

232. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOS: IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES: SANGRADOR PELLUZ C, PARDO PASTOR J, GALLARDO BORGE S, MARCH LÓPEZ P, GARRIGA BIOSCA R, NICOLÁS PICÓ J.

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA. PL DOCTOR ROBERT, 5. Barcelona. España

OBJETIVO: - Describir el perfil de prescripción de la nutrición parenteral total (NPT) en recién nacidos.

- Evaluar el grado de adecuación de la prescripción a las recomendaciones del Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) sobre NPT pediátrica mediante la utilización de un check-list para la validación farmacéutica.

- Analizar las causas de las desviaciones al consenso así como los errores en las prescripciones de NPT mediante el empleo del check-list y de un cuestionario adicional de recogida de errores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo (Enero-Marzo 2016) realizado en un hospital de 450 camas. Se incluyeron todos los neonatos que recibieron NPT durante dicho periodo. Se diseñó un check-list para la validación farmacéutica que contenía los datos generales del paciente y los intervalos de dosis diaria recomendados

(IR) por el Consenso SENPE de aminoácidos, glucosa, lípidos y electrolitos (sodio, potasio, calcio, fósforo y magnesio). De esta forma para cada NPT prescrita el farmacéutico cumplimentaba dicho check-list validando que los datos del paciente fueran correctos y que las dosis prescritas al paciente se encontraban dentro de los IR.

La adecuación de la prescripción de NPT al consenso se valoró analizando para cada componente el aporte por kg/día y se comparó con los IR del consenso.

Además constaba de un cuestionario adicional donde se registraban los errores detectados durante el proceso.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes con un total de 57 NPT preparadas. Los aportes medios de macronutrientes fueron: $3,12 \pm 0,44$ g/kg/día para las proteínas (IR 1,5-4g/kg/día), $10,02 \pm 2,93$ g/kg/día para los hidratos de carbono (IR 4-19g/kg/día) y $2,75 \pm 1,28$ g/kg/día para los lípidos (IR 0-4g/kg/día). El grado de adecuación de los macronutrientes a las recomendaciones del consenso fue del 100%. Los aportes medios de micronutrientes fueron: $2,54 \pm 1,51$ meq/kg/día de sodio (IR 2-4 meq/kg/día), $1,16 \pm 0,30$ meq/kg/día de potasio (1-3 meq/kg/día), $1,57 \pm 0,38$ meq/kg/día de calcio (IR 1,5-3 meq/kg/día), $0,40 \pm 0,13$ meq/kg/día de magnesio (IR 0,25-0,5 meq/kg/día) y $0,79 \pm 0,21$ mmol/kg/día de fósforo (IR 0,5-1,4 mmol/kg/día). El grado de adecuación a las recomendaciones fue del 70,2% (40/57) para el sodio, 82,5% (47/57) para el calcio, 96,4% (55/57) para el potasio, y del 100% para el resto de los micronutrientes. Las desviaciones se encontraban por debajo del límite inferior recomendado y estaban justificadas a nivel analítico. No se observó ninguna desviación por encima del límite máximo recomendado.

Respecto a los errores de prescripción en el 1,8% (1/57) se detectó que faltaba el peso del neonato y en el 3,5% (2/57) faltaba la prescripción de los lípidos. Las incidencias fueron notificadas por el Servicio de Farmacia al médico responsable, aceptándose la intervención en todos los casos.

CONCLUSIONES: Se observa un elevado grado de cumplimiento de las recomendaciones del consenso, no observándose desviaciones del mismo sin una justificación clínica y analítica.

La implantación de un check-list para la validación de las nos ha permitido garantizar una prescripción de calidad asegurando el empleo de dosis recomendadas y evitando así posibles errores.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1046. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: MATEOS EGIDO E, MEJÍAS CORBACHO AM, NUCETE GALLEG0 B, LOMBARDERO PIN M, OTERO VILLALUSTRE C, DIEZ DEL PINO A.

ICOMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERO NO INFANTIL. Avda. Marítima Sur, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVO: Descripción y análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por el Servicio de Farmacia en pacientes con nutrición parenteral (NP) y su grado de aceptación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 6 meses de duración (octubre 2015-marzo 2016). Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron soporte nutricional parenteral (SNP) durante este periodo. Se consideró IF toda aquella recomendación realizada por el farmacéutico al médico prescriptor, relacionada con el SNP. Las intervenciones se realizaron tras la revisión diaria de la analítica, la historia clínica y el perfil farmacoterapéutico del paciente; se comunicaron al médico vía telefónica. Las órdenes médicas (OM) son electrónicas en todos los servicios excepto en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (OM preimpresas). Se recogieron y clasificaron todas las IF según el tipo de recomendación: I) Modificación del aporte de electrolitos. II) Modificación de la composición o volumen de la NP: proteínas (suspensión del aporte de glutamina por superar el número de días máximo de tratamiento o por contraindicación según función renal), lípidos (reducción o suspensión por riesgo de hipertrigliceridemia), glucosa (reducción por superar la velocidad de metabolización de la misma). III) Adaptación de la NP a vía venosa periférica (VVP). IV) Adecuación de la sueroterapia (SRT). V) Problemas relacionados con la medicación concomitante: propofol (reducción del aporte de lípidos), insulina, tiamina (suspensión por exceso de días de tratamiento) o cualquier otra incidencia relacionada con la farmacoterapia. VI) Evitar la precipitación de fosfato cálcico. VII) Adaptación a una NP comercial. VIII) Error de identificación. IX) Otras intervenciones.

RESULTADOS: Durante este periodo se trataron con NP 202 pacientes (70 mujeres y 132 hombres), con una edad media de 63 años (rango 25-92), elaborándose un total de 2195 nutriciones. Se realizaron 140 IF, lo que supuso 0,69 intervenciones por paciente y 1,08 intervenciones por día. De todas las IF, 31 (22,14%) estaban relacionadas con la medicación, siendo 26 por la administración concomitante de propofol; 29 (20,71%) con el aporte electrolítico, siendo en 12 el potasio el electrolito implicado; en 20 ocasiones (14,28%) se recomendó modificar la composición de la NP, de todas ellas, en 14 por un aporte no indicado de glutamina; en otras 20 (14,28%) se propuso modificar o suspender la SRT y en 13 (9,29%) se valoró la modificación de la NP para su adaptación a VVP. Además, se intervino

en 11 (7,86%) casos por fallo en la identificación de la OM; en 8 (5,71%) se propuso ajuste a una NP comercial y en 3 (2,1%) se comunicó la posible precipitación de fosfato cálcico. El 94,28% de las IF realizadas fueron aceptadas. **CONCLUSIONES:** El área de NP ofrece la oportunidad al farmacéutico de participar activamente en el seguimiento de los pacientes con SNP, garantizando una mayor seguridad. A pesar del alto grado de aceptación (comunicación vía telefónica), el número y la calidad de las IF se verían aumentadas con la integración del farmacéutico en el equipo asistencial. Destacar que las IF por fallo en la identificación, desaparecerían tras la implantación de OM electrónica en la UCI.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1012. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES DOMICILIARIOS CON NUTRICIÓN ARTIFICIAL POR Sonda.

AUTORES: PEREZ RODRIGUEZ L, SILVA LOPEZ A, VAZQUEZ LOPEZ C, FEIJOO MELENDEZ D, PIÑEIRO CORRALES G. AREA DE XESTION INTEGRADA DE VIGO. CLARA CAMPOAMOR, 341, 36312. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones llevadas a cabo durante un año por el farmacéutico adscrito a la unidad de nutrición clínica (UNC), con el fin de detectar y prevenir las posibles interacciones entre la nutrición enteral y los medicamentos, en pacientes portadores de sonda enteral, así como de los medicamentos con la sonda.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo entre enero y diciembre de 2015 en pacientes adultos, con nutrición enteral domiciliaria.

Los datos fueron recogidos a partir de una base de datos elaborada por el farmacéutico adscrito a la UNC. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico principal, número y descripción de intervenciones hechas por el farmacéutico y relacionadas con la interacción de medicamentos y la nutrición enteral (NE), y grado de aceptación de dichas intervenciones.

RESULTADOS: Durante el año 2015 el número de pacientes domiciliarios portadores de sonda enteral atendidos en el Servicio de Farmacia por la Unidad de Nutrición fue de 310, con una edad media de $77,3 \pm 14,7$, siendo el 60% mujeres. Los diagnósticos principales fueron: deterioro cognitivo 35,8%, accidente cerebrovascular (ACV) 27%, neoplasia 12,5%, malnutrición 5,2% y otras causas 18,7%: Parkinson, epilepsia, parálisis cerebral, lesiones medulares y traumatismos craneo-encefálicos.

Se realizaron 56 intervenciones relacionadas con la administración del tratamiento farmacológico y la NE (0,2 intervenciones/paciente) y se aceptaron en el 97% de los casos.

Las características galénicas de los medicamentos prescritos han sido responsables en un 96% de las interacciones con la NE. Siendo el 4% restante interacciones debidas a la prescripción de formas farmacéuticas sólidas para las cuales existen formulaciones líquidas. Dentro de las características galénicas la incompatibilidad física fue responsable del 20,8% de los casos de interacciones. Dentro de este grupo el Omeprazol es causante del 93% de los casos. La incompatibilidad farmacocinética causó el 44% de las interacciones, así la interacción de la tiroxina con las dietas enriquecidas en fibra supone un 63% de los casos.

La prescripción de formas farmacéuticas con cubierta entérica fue responsable del 22% de los casos de incompatibilidad, y dentro de este grupo el pantoprazol está implicado en un 88%.

CONCLUSIONES: La administración de medicamentos por sonda enteral puede originar alteraciones en el efecto terapéutico de los fármacos. Para prevenir estos problemas, el farmacéutico adscrito a la UNC debe garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1175. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y NUTRICIONAL EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA DIFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: BRAVO JOSE P, SÁEZ LLEÓ C.

RESIDENCIA DE LA 3ª EDAD. Albert Einstein, 1. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: Valorar la atención farmacéutica y nutricional realizada por el farmacéutico en el área del diagnóstico, intervención y seguimiento de la disfagia en pacientes institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo desde abril de 2015 a marzo de 2016 en pacientes institucionalizados en tres centros (414 residentes). Dentro del equipo multidisciplinar de los centros, el farmacéutico participa en la realización del test diagnóstico mediante el método volumen-viscosidad (MECV-V), aconseja tanto la modificación de texturas de líquidos y dietas como la selección del soporte nutricional más adecuado y realiza la revisión farmacológica de los tratamientos para adaptarlos a los problemas de deglución detectados. Para valorar la labor realizada se diseñó una hoja en la que se recogieron los principales datos clínicos, demográficos, antropométricos, la realización

de la prueba diagnóstica, la presencia o no de disfagia y las recomendaciones realizadas tanto a nivel nutricional como farmacológico en función del grado y tipo de disfagia. Además se hizo una revisión del tratamiento farmacológico con el fin de detectar posibles fármacos asociados a la aparición de disfagia. También se incluyó en la valoración el grado de aceptación, por parte del médico prescriptor, de los cambios propuestos.

RESULTADOS: Se realizaron 49 pruebas de disfagia en los pacientes institucionalizados siendo 31 (63,3%) mujeres y con una media de edad de $85,49 \pm 6,50$ años (64-96 años). A 5 pacientes no se les pudo finalizar la prueba debido a: negativa realización prueba completa, deterioro cognitivo severo. Se diagnosticó disfagia en 31 pacientes (63,3%), 25 de ellos (80,7%) se diagnosticaron como disfagia a líquidos, 4 (12,9%) como disfagia mixta y 2 (6,5%) de disfagia a sólidos. La mayoría sufría una disfagia en grado leve (54,8%) y se consideró severa en 3 (9,7%). La principal textura recomendada para espesar los líquidos fue la textura néctar (17 pacientes; 54,8%), siendo el volumen de administración más adecuado el de 15 ml (16 pacientes; 51,6%). Las adaptaciones dietéticas fueron: dieta fácil deglución en 16 pacientes (45,2%) y dieta triturada adaptada a disfagia en 15 (54,8%). Se detectó riesgo de desnutrición o malnutrición en 9 pacientes que precisaron soporte nutricional por vía oral: 1 paciente recibió suplementación adaptada textura miel y el resto adaptada a textura crema. La revisión del tratamiento farmacológico indicó que 26 pacientes (83,9%) necesitaban adaptación de formas farmacéuticas. Las principales recomendaciones fueron: cambio de forma farmacéutica (61,1%) y cambio de principio activo (22,2%). Los médicos prescriptores aceptaron todos los cambios propuestos. Un total de 13 pacientes (41,9%) tomaban algún fármaco que podía provocar disfagia. Los principales fármacos implicados fueron: neurolépticos (76%), digoxina (6,5%) y mianserina (3,2%). En 5 pacientes fue posible reducir y/o retirar dicho tratamiento.

CONCLUSIONES: La integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar mejora la detección y seguimiento de los pacientes con disfagia. También mejora la eficacia, la seguridad y adherencia a los tratamientos farmacológicos ya que permite la adaptación de los mismos a las posibilidades deglutorias de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

489. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA

AUTORES: GUIADO GIL AB, HERRERA HIDALGO L, PEREZ BLANCO JL, PIÑA MENDEZ G, MARTINEZ TURRION J, GARCIA-AVELLO FERNANDEZ-CUETO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. Avenida Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de complicaciones asociadas a la administración de nutrición enteral (NE) a través de sonda nasogástrica (SNG) en pacientes adultos hospitalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a todos pacientes hospitalizados mayores de 18 años que recibieron NE a través de SNG durante febrero de 2016, excepto a los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Mediante la revisión de la historia se obtuvieron datos demográficos y clínicos. La información relativa a la NE se obtuvo mediante el programa informático Nutrisoft®. Se registraron variables demográficas, indicación, método de administración, duración y complicaciones asociadas. Los resultados fueron expresados como la media $\pm$ desviación estándar (DE).

RESULTADOS: se incluyeron inicialmente 73 pacientes, aunque no se obtuvieron datos sobre 7 de ellos. De los 66 pacientes estudiados, el 56,06% fueron hombres y la edad media fue de 62,24 (DE: 15,44) años.

Las unidades clínicas de ingreso fueron: Unidades Quirúrgicas (31,82%), Medicina Interna (18,18%), Neurología (12,12%), Otorrinolaringología (7,58%), Enfermedades Infecciosas (6,06%), Unidad de Quemados (4,55%), Digestivo (4,55%), Oncología (3,03%), Urología (1,52%), Respiratorio (1,52%) y Psiquiatría (1,52%).

Las indicaciones de NE fueron: 46,97% trastorno neuromotor que impedía la deglución/tránsito (41,94% por secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas y 32,26% por alteraciones del nivel de conciencia), 36,36% alteración mecánica de la deglución/tránsito con afagia/disfagia severa (50% tumores digestivos), 7,58% pacientes con requerimientos especiales de energía y/o nutrientes (60% pacientes postquirúrgicos), 6,06% situaciones clínicas que cursaban con desnutrición severa y 3,03% negación de alimentos.

La duración media de la NE fue de 8,81 días, con un rango entre 1 y 68 días.

En el 25,76% de los casos el método de administración fue goteo gravitatorio y en el 45,45% la administración tuvo lugar mediante bomba de infusión. Un 28,79% de pacientes requirieron el cambio de método de administración durante el ingreso.

El 54,55% de los pacientes (36 pacientes) presentaron alguna complicación asociada a la NE. Además, en 8 de estos 36 pacientes (22,22%) se constató la aparición de más de una complicación. La distribución de las complicaciones fue:

-Complicaciones gastrointestinales (57,78%):

- Diarreas:20% (9 pacientes)
- Náuseas o vómitos:15,56% (7 pacientes)
- Distensión abdominal:8,89% (4 pacientes)
- Estreñimiento:8,89% (4 pacientes)
- Lesiones digestivas:4,44% (2 pacientes)
- Complicaciones mecánicas (31,11%):
- Extracción accidental de la SNG:24,44% (11 pacientes)
- Obstrucción accidental de la SNG:6,67% (3 pacientes)
- Otras:
- Mala tolerancia a NE:8,89% (4 pacientes)
- Deshidratación:2,22% (1 paciente)

CONCLUSIONES: Las complicaciones asociadas a la administración de NE por SNG en pacientes adultos fueron frecuentes, y entre ellas, las molestias gastrointestinales fueron las más prevalentes. La diarrea fue la principal complicación gastrointestinal.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

476. CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE PORTADOR DE Sonda DE ALIMENTACIÓN: UN NUEVO RETO

AUTORES: MORENO SANTAMARIA M, ALVARO SANZ E, ARENAS VILLAFRANCA JJ, MUÑOZ GÓMEZ-MILLAN I, ABILÉS OSINAGA J, TORTAJADA GOITIA B.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. Autovía A-7 km 187. Málaga. España

OBJETIVO: describir la población de pacientes con sonda de alimentación que se han incluido en un programa de revisión de la medicación, conciliación de la misma a la nueva vía de administración y educación de los pacientes en el manejo de la medicación. De manera secundaria, analizar si las recomendaciones son aceptadas por el médico y la medicación es modificada según nuestra indicación.

MATERIAL Y MÉTODO: El protocolo de adecuación de la medicación al paciente con sonda nasogástrica, establecido por el Área de Farmacia y Nutrición, contempla la revisión de la medicación domiciliaria en todos los pacientes dados de alta del hospital con sonda de alimentación, ya sea de forma temporal o permanente. Se realiza la conciliación de la medicación y se elabora un -Informe de Conciliación- en historia clínica electrónica que refleja: motivo y fecha de colocación de la sonda, recomendaciones para el uso correcto de cada fármaco por sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (PEG), interacciones nutrición enteral-fármacos, y recomendaciones sobre alternativas terapéuticas de fármacos que no se puedan administrar por SNG o PEG. El informe se realiza previo al alta para que médico responsable realice las modificaciones correspondientes. Posteriormente se deriva al paciente a la consulta de farmacia donde se explican todas las recomendaciones. En caso de que el médico de especializada no realice las modificaciones indicadas, se planteará al paciente, durante la consulta, la posibilidad de que entregue el informe al médico de Atención Primaria. En cada recambio de sonda, se revisa la medicación mediante otra consulta. En los pacientes con colocación de sonda previa al inicio del protocolo, se realiza la conciliación y adaptación de la medicación en la visita de recambio. Se analizaron los datos correspondientes a un trimestre de trabajo tras la implantación del protocolo. Se comprobó la realización de los cambios recomendados en historia clínica de primaria, considerando que la recomendación ha sido aceptada si se han llevado a cabo todos los cambios propuestos. Se analizaron estadísticos descriptivos, variables cuantitativas como media y desviación estándar y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje.

RESULTADOS: Se incluyeron 55 pacientes, 61.8% mujeres, edad media 76 ± 18 años. Respecto al tipo de sonda: 70.9%PEG, 27.3%SNG, 1.8% sonda nasoyeyunal. El 47.3% se realizó en el momento de colocación del dispositivo, y el 52.7% se incorporaron en el momento del recambio de sonda. Las causas que suscitaron colocación de sonda fueron: Demencia 32.7%; Ictus 23.6%; Neoplasias de cabeza-cuello, Alzheimer 14.5%; Parkinson 3.6%; Otros 10.9%. Tras la revisión de la medicación requerían modificaciones el 70.9%, siendo el 38.5% aceptadas y el 61.5% no aceptadas. El 30.0% de las recomendaciones no aceptadas correspondían a pacientes cuya colocación de sonda se realizó en el último mes y no se ha trasladado el cambio a la prescripción de primaria.

CONCLUSIONES: Más de dos tercios de los pacientes precisan modificaciones de la medicación para la adecuación de la administración por sonda. La puesta en marcha del protocolo permite una adaptación precoz de la medicación y un seguimiento periódico del uso de la misma.

793. ESTUDIO DEL USO DE SUPLEMENTACIÓN ORAL EN NIÑOS CON RETRASO PONDEROESTATURAL CON UNA FÓRMULA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN POLVO Y DE SABOR NEUTRO.

AUTORES: Salazar Laya B, Piñeiro Filgueira B, Taboada López RJ, Rodríguez Penín I, López Sandomingo L, Albiñana Pérez S.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida de la Residencia s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Evaluar las condiciones de uso, eficacia, adherencia y tolerancia de la suplementación oral con una dieta completa, hipercalórica, con fibra, en polvo y de sabor neutro (DCHFN) en niños con diagnóstico de retraso ponderal y/o estatural (RPE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes a los que se inició la dispensación ambulatoria de nutrición enteral con una DCHFN como suplementación a la dieta, en niños con RPE. Este tipo de dieta, con una presentación en polvo y no saborizada, puede añadirse a la comida y repartirse a lo largo del día, lo que podría evitar saciedad precoz y disminución de la ingesta. Periodo de inclusión: diciembre de 2012 a diciembre de 2015. Mediante la historia clínica electrónica (lanus®) y el programa de dispensación a pacientes externos Sili-con®, se obtuvieron datos demográficos, patologías, percentiles de peso y talla al inicio y al final del tratamiento, adherencia y tolerancia.

RESULTADOS: Cuarenta y seis niños con diagnóstico de RPE y estudio digestivo basal normal (no malabsorción ni metabolopatías) iniciaron suplementación con DCHFN. Edad media al inicio: 6,9 años (11 meses-15 años), 30 varones (65,2%). Dieciocho niños (39,13%) tenían, además, al menos una patología: 5 patologías congénitas, 3 trastorno de la conducta alimentaria, 3 intolerancias alimentarias, 3 déficit de α 1-antitripsina, 2 trastorno del déficit de atención e hiperactividad, 2 hipercolesterolemia familiar, 2 prematuros y 1 retraso del desarrollo y crecimiento. Veintiún niños (45,65%) presentaban malos hábitos alimenticios y 14 habían recibido previamente algún otro suplemento oral/dieta enteral en los que el cambio se debió: 6 mala tolerancia (disminución de la ingesta o intolerancia a dietas saborizadas), 6 progresión de la dieta ajustada a la edad, 1 aporte calórico insuficiente y 1 por tratarse de un suplemento no financiado. Duración media de la suplementación con la DCHFN: 6,6 meses (21 días-3 años). La adherencia no fue buena en 24 niños (52,2%) y 7 reportaron mala tolerancia: 4 disminución del apetito, 2 rechazo del suplemento y 1 administración incorrecta. Percentil de peso al inicio (n=46): 11 niños inferior a 3, 34 percentil 3 y 1 entre 3 y 15. Percentil de talla (n=46): 41 niños percentil 3, 3 entre 3 y 15, 1 en 15 y 1 en 75. Al finalizar el tratamiento, no se dispone de datos de peso y talla en 20 niños. Percentiles finales de peso: 6 niños, inferior a 3, 19 percentil 3 y 1 entre 3 y 15. Percentiles finales de talla: 18 igual a 3, 7 entre 3 y 15 y 1 entre 15 y 50.

CONCLUSIONES: -En nuestra población, la DCHFN ha sido utilizada mayoritariamente en niños con RPE, estudio digestivo basal normal y percentil de peso y talla al inicio de 3.

-A pesar de que a priori, la dieta presenta ventajas para su administración, más de la mitad de los niños no tuvieron una correcta adherencia y 7 reportaron mala tolerancia.

-En nuestra muestra y con los datos disponibles, no se ha demostrado un aumento de peso y talla.

630. EVALUACION DE LA INDICACION Y SEGURIDAD DE LA NUTRICION PARENTERAL EN UN HOSPITAL GENERAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: RUIZ JIMÉNEZ MDM, Pellicer Franco C, González Lozano E, Valderrey Pulido M, Tomás Luiz A, De la Rubia Nieto MA.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. Madrid-Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVO: La eficacia de la nutrición parenteral (NP) viene condicionada por su adecuada indicación y duración, lo cual es importante para no aumentar la morbi-mortalidad del paciente. Nuestro objetivo fue evaluar la indicación de la NP en su adecuación a las guías y en su duración, así como evaluar su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo de dos meses de duración (01.02.16 al 30.03.16) en pacientes adultos ingresados con NP. Se excluyeron los pacientes críticos. Los datos fueron recogidos de: historia clínica electrónica (Selene®) y el pase de visita con la unidad de nutrición. Se informatizaron mediante tabla Excel®. Se obtuvieron como datos poblacionales: NHC, nombre y apellidos, sexo, edad, servicio clínico, diagnóstico principal e indicación de la NP.

Como parámetros de calidad de prescripción se obtuvieron:

- Prescripción inadecuada de NP según adecuación a las guías clínicas de soporte nutricional.
- Servicios clínicos a los que pertenecen los pacientes con NP no justificada e indicaciones alegadas para su uso.

- Indicador □prescripción de NP de corta duración (

Se recogieron como parámetros de seguridad:

- Número de pacientes con reacciones adversas (RA) debidas a la NP y tipo de RA

- Motivo de suspensión.

RESULTADOS: Se evaluó el tratamiento nutricional de 61 pacientes, con media de edad de 63.5 años (20-89), de los cuales 37 (60 %) eran hombres. Los servicios prescriptores fueron: cirugía gástrica y digestivo (36%), onco-hematología (22.9%), digestivo (18%), cirugía general (9.8%), ginecología, medicina interna y neurocirugía (3.2% cada uno), urología y neumología (1.6% cada uno).

En 14 pacientes (23%) la prescripción de NP no estaba justificada, estando a cargo de los servicios de onco-hematología (6.5%), digestivo (4.9%), cirugía gástrica y digestiva, cirugía general y ginecología (3.3% en cada uno) y neumología (1.6%).

Los motivos de indicación de NP no justificada fueron: intolerancia oral (8.2%), vómitos (4.9%), intervención quirúrgica, pancreatitis aguda y diverticulitis (3.3% cada uno).

Del total de pacientes, 24 (39.3%) tuvieron prescripción de NP de corta duración.

En 23 pacientes (37.7%) se observaron RA: hiperglucemia (36%), flebitis (18%), infección del catéter (6.5%), hipoglucemias y extravasación (3.2% cada uno)

Los principales motivos de suspensión fueron: tolerancia oral (73.7%), actitud paliativa y éxitus (9.8%), traslado a UCI u otro centro (4.9%), flebitis e infección de catéter (1.6% cada uno).

CONCLUSIONES: 1- El 23% de las NP prescritas no estaban justificadas, quedando además el indicador de NP de corta duración (39.3%) lejos del estándar del 5%.

2- Sería necesario protocolizar la prescripción de NP en aquellos servicios con un mayor porcentaje de prescripciones no indicadas y en las patologías que las generan.

3- El elevado porcentaje de RA pone de manifiesto que la NP aumenta la morbi-mortalidad y costes sanitarios.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

71. EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MULTIINGRESO EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: Manresa Ramón N, Nájera Perez MD, Sanchez Martinez I, Pascual Barriga M, Nicolas Martinez JJ, De Gorostiza Frias I.

Hospital Universitario Morales Meseguer. AVDA MARQUÉS DE LOS VELEZ. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar el estado nutricional y la recomendación dietética en pacientes con patologías crónicas multiingresado en los que se debe priorizar la implantación de prácticas de prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de pacientes crónicos complejos multiingreso (PCCM) durante tres meses (Noviembre-Enero 2016) en un hospital de 412 camas.

Las variables estudiadas: demográficas (sexo, edad), analítica a su llegada a urgencias (albúmina, colesterol, linfocitos, glucemia, creatinina, sodio, potasio, plaquetas), tratamiento crónico y prescripción médica al alta (recomendación dietética).

Las fuentes de datos: programa de historia clínica (SELENE®), entrevista con el paciente y analítica.

RESULTADOS: Se incluyeron a 50 de PCCM, de los cuales el 56% eran mujeres, con una edad media fue 80 años (100-62 años). El 90% de PCCM eran hipertensos, el 76% diabéticos, el 48% presentaba una dislipemia, el 36% insuficiencia renal y el 8% insuficiencia hepática.

En la monitorización del ingreso en urgencias, observamos que el 82% de los PCCM presentaba hiperglucemias, el 56% insuficiencia renal, el 26% trombocitopenia, el 18% hiponatremia, el 6% hipernatremia, el 20% hiperpotasemia y el 4% hipopotasemia. Destacar que solamente el 10.5% de los diabéticos tenían un nivel de glucosa óptimo (inferior a 110 mg/dl), a pesar que el 60.52% de los diabéticos tomaban antidiabéticos orales (ADOs), el 18.42% tomaban dos ADOs y el 8% solamente insulina. Además, el 46.42% de los pacientes con insuficiencia renal tomaban de forma crónica anticoagulantes orales y el 14.28% digoxina favoreciendo el riesgo a hemorragias e intoxicaciones con digoxina.

Los valores medios de albúmina, colesterol y linfocitos fueron: 3.4 g/dl, 144 mg/dL y $1278 \times 10^3/\mu\text{L}$. Mediante el índice de CONUT evaluamos el grado de desnutrición obteniéndose que el 52% de los PCCM presentaban bajo riesgo de desnutrición, el 36% moderado y el 12% alto. El 54% de los PCCM presentaban hipoalbuminemia (valores de albúmina inferior a 3.5 g/dl).

En cuanto al informe de alta, solamente un 26.9% de PCCM con CONUT bajo, un 33% con CONUT moderado y un 33% con CONUT bajo presentaron recomendación dietética.

CONCLUSIONES: -Destacamos el elevado porcentaje de desnutrición (48%) y de hipoalbuminemia (54%). Hay que intensificar el diagnóstico nutricional en PCCM para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.
-Mal control de la hiperglucemias a pesar del tratamiento farmacológico con ADOs e insulina. Además, solamente el 50% de los pacientes con insuficiencia renal tratados con digoxina de forma crónica se monitorizó los niveles de digoxinemia.
-Observamos que en los informes de alta hay poca importancia respecto a la recomendación dietética (solamente el 30% de los PCCM presentaba recomendación dietética).

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

308. EVOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

AUTORES: MADRID GONZALEZ M, GARCIA RODICIO S, MORENO GARCIA M, GALLARDO LAVADO MM, VICENTE CARDOSO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. Valladolid. España

OBJETIVO: 1/Analizar las alteraciones metabólicas detectadas en pacientes con nutrición parenteral total (NPT) durante 4 meses. 2/Comparar estos datos con los estándares de calidad establecidos en el hospital, y con los datos de dos series anteriores. 3/ Analizar las desviaciones observadas y proponer las medidas correctoras oportunas.

METODO: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que recibieron NPT durante más de 7 días en el periodo de diciembre 2015 a marzo 2016 (4 meses).

Registro de: Datos demográficos (edad, sexo, servicio), indicación y duración de la NPT y datos bioquímicos: glucosa, triglicéridos (TG), GGT, GPT, GOT, fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina total (BT) y fósforo.

Se definieron las siguientes alteraciones metabólicas para su análisis: 1/hiperglucemia (glucemia >160 mg/dL tras 24 horas de insulino terapia), 2/alteraciones hepáticas (si tras diez días de NPT presenta al menos dos de los siguientes valores, normales al inicio del soporte nutricional: GOT>60 U/L, GPT>60 U/L, fosfatasa alcalina>220 U/L, GGT>80 U/L y bilirrubina>2 mg/dL) y 3/Otras: hipertrigliceridemia (si TG> 400 mg/mL), hiperfosfatemia (fósforo> 5 mg/dL) o hipofosfatemia (fósforo< 1,5 mg/dL).

Análisis de los datos obtenidos y comparación con los estándares y las series previas (años 2005 y 2008).

RESULTADOS: Recibieron NPT 69 pacientes (30 mujeres), con una edad mediana [rango] de 66 [37-91] años y duración mediana de la NPT de 15 [7-79] días.

Presentaron alguna complicación metabólica 42/69 pacientes (61%; IC95%:49-71): 1/ Hiperglucemia 27/69 (39%; IC95%:28-51), 2/ alteraciones hepáticas 15/69 (22%; IC95%: 13,5-33); y 3/otras: 18/69 (26%; IC95%17-37).

Los estándares establecidos en el Programa de Control de Calidad desarrollado por el Servicio de Farmacia (SF) respecto a dichas complicaciones son: ≤10%, ≤5%, ≤5%.

Los datos obtenidos en las series realizadas en 2005 (6 meses, n=78, seguimiento por SF) y 2008 (6 meses, n=65, seguimiento por Endocrinología), respectivamente, fueron: 2005: 35%, 7,5%, 0% y 2008: 38%, 32% y 6%.

Con respecto a la serie anterior se observó una disminución en las alteraciones hepáticas (22% vs 32%), aún por encima de la serie de 2005 (7,5%) y un gran aumento en □ otras alteraciones metabólicas □ (hipertrigliceridemia, hiperfosfatemia o hipofosfatemia). Analizando estas tres alteraciones, hipertrigliceridemia 6/69 (9%; IC95%:4-18), hiperfosfatemia 15/69 (22%; IC95%:13,5-33) e hipofosfatemia 0/69, se vió que la diferencia se debía a los casos de hiperfosfatemia.

El aporte de fósforo fue similar a otras series, por lo que se analizó en los 15 pacientes otras posibles causas de hiperfosfatemia: 6/15 cursaron con fallo renal, 1/15 presentaba síndrome de lisis tumoral, 7/15 tenían posible hemólisis (hiperpotasemia) y 4/15 posible pseudohiperfosfatemia (hiperbilirrubinemia)

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los pacientes con NPT sufre alguna complicación metabólica. Ninguno de los parámetros analizados alcanza los estándares de calidad establecidos. Destaca, respecto a la serie anterior, la disminución de las alteraciones hepáticas y un aumento significativo de los casos de hiperfosfatemia. Se decide analizar individual y prospectivamente los casos de hiperfosfatemia durante otros 4 meses, para su análisis causal detallado y la propuesta de las mejoras oportunas.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

438. HIPOFOSFATEMIA EN PACIENTE CRÍTICO CON NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: Vallez Valero L, Martinez Castro B, Servia Goixart L, Gilabert Sotoca M, Parada Saavedra FJ, Schoenenberger Arnaiz JA.

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. Avda. Alcalde Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia de hipofosfatemia (fosfato

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de seis meses de duración, en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes que iniciaron NP, durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, con una determinación plasmática de fosfato previa y posterior al inicio de la NP. Los datos se registraron en el programa informático Nutridata® y se completaron con la historia clínica informatizada.

Las variables a estudio fueron: edad, sexo, peso, talla, IMC, requerimientos calóricos, fosfato plasmático, albúmina plasmática, aporte calórico con la NP, aporte fosfato con la NP, aporte fosfato externo.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante test chi cuadrado.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron 46 pacientes con una media de edad de 60 ± 15 años siendo el 69,5% hombres. El peso medio fue $82,64 \pm 20,4$ Kg y el IMC $29,62 \pm 6,3$ Kg/m². Los requerimientos calóricos diarios fueron 1855 ± 331 Kcal y la duración de la NP fue 15 ± 13 días.

La incidencia de hipofosfatemia previa al inicio de NP fue 21,74%. Tras el inicio de la NP esta incidencia subió a 41,30% ($p < 0,01$). En el control posterior se recuperaron la mayoría de los pacientes, siendo la incidencia de hipofosfatemia del 18,42% ($p < 0,05$). No se encontró ningún factor relacionado con los aportes o la situación clínica del paciente que influyera en estos cambios excepto la situación de hemofiltración donde se observó mayor incidencia de hipofosfatemia (42,3% frente a 25%, NS).

CONCLUSIONES: En el paciente crítico se observa una incidencia alta de hipofosfatemia que aumenta tras el inicio de nutrición parenteral.

Deben monitorizarse los niveles de fosfato antes y durante la administración de la NP y especialmente, en los pacientes de riesgo, en los cuales se debe valorar la necesidad de aumentar el aporte de fosfato, aspecto que debería ser objeto de estudios posteriores.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

68. INFLUENCIA DEL USO HEPARINA EN LA ESTABILIDAD DE NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS

AUTORES: GUERRERO BAUTISTA R, CHICA MARCHAL AM, GÓMEZ MURCIA V, VÁZQUEZ ALONSO MG, VIQUEIRA GONZÁLEZ M, FERRIS VILLANUEVA E.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. C/mezquita s/n paraje los arcos. Murcia. España

OBJETIVO: Estudiar la influencia de la heparina en la desestabilización de las nutriciones parenterales elaboradas para los neonatos de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo la evaluación de la estabilidad fisicoquímica de un total de 10 nutriciones (N) pautadas por los facultativos prescriptores. Cada N prescrita fue elaborada por triplicado con heparina a distintas concentraciones: A) 0,5UI/mL, B) 1UI/mL, C) sin heparina. Las N fueron elaboradas en bolsas multicapa y almacenadas en nevera a una temperatura entre 2-8 °C. A cada una de las N se les realizó controles los días 1, 3 y 7 sucesivos a su elaboración. El motivo por el cual no ampliamos más días para su control es porque la administración de las N es como mucho de 4 días.

Los distintos controles realizados fueron: 1) Microbiológico: se evaluó mediante viales de medio de cultivo líquido enriquecido Bastec plus® para aerobios/anaerobios que posteriormente fueron introducidos en el incubador automático BD Bastec FX® durante 7 días; 2) Físicos: 2.1 se midieron cambios en las propiedades organolépticas (olor, color); 2.2. Presencia de partículas visibles: para lo cual cada bolsa de N se invirtió 5 veces para probar redispersibilidad de floculación y sedimentación, posteriormente una alícuota de la emulsión se observó bajo luz normal; 2.3. Tamaño de partículas sub-visibles: para lo cual 2 mL de muestras fueron medidas en el aparato Malver autosizer® 4800(DL-S); 2.4. Determinación del signo de la emulsión mediante el procedimiento descrito por el Formulario Nacional PN/L/CP/002/00, que usa como colorante hidrosoluble azul de metileno, para comprobar que las emulsiones se mantuvieran con signo O/A; 3) Químico: medida de pH mediante dispositivo Mettler Toledo Suiza®. El análisis se realizó mediante el programa estadístico Graphpad Prism®.

RESULTADOS: Fueron elaboradas 30 N (A,B,C) en Cabina de Flujo Laminar Horizontal. Se realizaron 90 determinaciones (días 1,3 y 7) en cada uno de los controles excepto para la medida del tamaño de partícula sub-visibles que fueron 45 debido al elevado coste. En todas las muestras los cultivos fueron negativos tras 7 días de incubación. No hubo alteración en el olor y color excepto en 1 N donde apareció una coloración ligeramente más amarillenta en los días 3 y 7 respecto al 1. Todas las muestras se mantuvieron uniformes con ausencia de partículas visibles sin signos de floculación y/o coalescencia. La medida del tamaño de partícula sub-visibles en todas las muestras oscilaron entre 0,2-0,3 µm observándose que el tamaño de partícula fue mayor en las N elaboradas con heparina respecto a las elaboradas sin heparina y en los días 7 respecto al 1. Todas las N mantuvieron el signo de la emulsión O/A. Los valores de pH obtenidos oscilaron en torno 5,5.

CONCLUSIONES: Las mezclas elaboradas fueron muy estables incluso después del séptimo día.

El tamaño de partícula alcanzado el día 7 fue superior respecto del día 1.

La heparina es un factor desestabilizante que favorece la agregación de las gotas de lípidos lo cual se traduce en un aumento del tamaño de partícula aunque no superior a 5 µm.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

907. MEJORANDO LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN POR Sonda EN INTENSIVOS: APORTACIÓN DEL FARMACÉUTICO

AUTORES: FRANCO SERENO MT, PEREZ SERRANO R, ORTIZ DIAZ-MIGUEL R, ESPINOSA GONZALEZ MC, POLANCO RAYO MJ, RODRIGUEZ MARTINEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/ Obispo Rafael Torija, s/n. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Detectar las posibles complicaciones e incompatibilidades al administrar fármacos por sonda nasogástrica (SNG) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y describir las intervenciones farmacéuticas (IFs) realizadas, proponiendo estrategias de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de dos meses de duración (Febrero-Marzo 2016) en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en UCI con SNG para administración de fármacos y/o nutrición enteral (NE).

El farmacéutico residente de cuarto año (FIR-IV), integrado en la UCI, revisaba diariamente el tratamiento de todos los pacientes ingresados; en los pacientes con SNG, revisaba la compatibilidad de administración de fármacos por SNG mediante dos fuentes bibliográficas principales y dos fuentes alternativas en caso de discrepancia. La administración de fármacos por SNG, se clasificó como: compatible, incompatibilidad por forma farmacéutica (IFF) o incompatibilidad con nutrición enteral (INE), diferenciando esta última en dos tipos: posible obstrucción de la sonda (INE-OBS) o disminución en la biodisponibilidad del fármaco (INE-DBD). Para la IFF se proponía una alternativa farmacoterapéutica y para la INE detener la NE continua 30 minutos antes y después de la administración del fármaco. Variables analizadas: demográficas (edad y sexo), SNG (SI/NO), número y tipo de fármaco prescrito por SNG, complicaciones por obstrucción de la SNG (SI/NO), IFs realizadas (IFF/INE), vía de realización de las IFs (verbal/escrita), aceptación de las IFs (SI/NO).

RESULTADOS: Se revisó el tratamiento de 96 pacientes ($64 \pm 13,8$ años, 71,8% hombres), de los cuales el 30% tenían SNG. Se revisó la compatibilidad de administración por SNG de un total de 120 fármacos prescritos (43 diferentes), 4,13 fármacos/paciente. Durante el periodo de estudio se registró una única obstrucción de SNG.

El 65,5% de los pacientes que tenían SNG requirieron IFs; se realizaron 36 IFs de 13 fármacos diferentes. El 8,3% fueron IFF y 91,7% INE. Dentro de las INE, el 61% INE-OBS y el 39% INE-DBD. El 50% de las IFs se realizaron de forma verbal. El 58,3% de las IFs fueron aceptadas (el 61,3% realizadas de forma escrita): 100% IFF y 54,5% INE. Dentro de las INE, las INE-DBD, fueron aceptadas en un 77% y las INE-OBS en un 40%. Los fármacos que agruparon más IFs fueron parafina y captopril ambos por INE.

Como acciones de mejora se impartió una sesión clínica en la UCI por parte del FIR-IV, mostrando los resultados del estudio, elaborando un listado de fármacos con instrucciones de administración por SNG y proponiendo la elaboración multidisciplinar (médicos, enfermeros y farmacéuticos) de una guía de administración por SNG.

CONCLUSIONES: La revisión exhaustiva de los tratamientos pautados por SNG junto a la integración del farmacéutico en el equipo asistencial ha permitido detectar y resolver complicaciones e incompatibilidades derivadas de la administración por SNG. Las IFs realizadas mayoritariamente estaban relacionadas con INE, dentro de estas, las de mayor aceptación fueron las relacionadas con INE-DBD. La incidencia de obstrucción por SNG en la unidad fue muy baja, lo que justificaría la menor aceptación de las INE-OBS.

Será necesaria una evaluación posterior para verificar el impacto de las acciones de mejora.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1021. SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: ÁLVAREZ MARTÍN T, MONTAÑES PAULS B, MENDOZA AGUILERA M, RAGA JIMÉNEZ C, PASCUAL MAR-MANEU O, MAIQUES LLACER J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AV/ BENICASSIM S/N. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: evaluar la utilización de la nutrición parenteral periférica (NPP) así como el grado de aceptación de las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en el que se realizó evaluación nutricional, recomendación y seguimiento a todos los pacientes con nutrición parenteral periférica desde el 1 de enero de 2016 hasta el 15

abril de 2016. Se recogieron datos demográficos y analíticos del paciente y datos relacionados con la NPP. Se registró el tipo de recomendación realizada por el farmacéutico de la unidad de nutrición parenteral y el grado de aceptación por parte del facultativo prescriptor. Por último, se registró si el paciente presentó flebitis durante la administración de la NPP.

RESULTADOS: Un total de 62 pacientes llevaron NPP (56,5% varones) durante el periodo de estudio. La edad fue de $65,6 \pm 17,9$ años, el peso de $69,2 \pm 13,7$ Kg, la talla de 165 ± 10 cm y el IMC de $25,3 \pm 4,6$ kg/m². Los niveles de albúmina al inicio de la NPP fueron de $2,80 \pm 0,58$ mg/dL y tras la retirada de $2,88 \pm 0,57$ mg/dL, no observándose diferencias significativas ($p=0,28$). Los valores de proteínas totales al inicio de la NPP fueron de $5,88 \pm 0,86$ mg/dL y al finalizar la NPP fueron de $6,14 \pm 0,77$ mg/dL, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,036$). Los principales servicios prescriptores fueron: cirugía (40,3%) y medicina digestiva (27,4%). El 100% de las prescripciones de la NPP se consideraron correctamente indicadas según las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición enteral y parenteral (SENPE). Los motivos de inicio de la NPP más frecuentes fueron postoperatorio de cirugía abdominal (30,6%), intolerancia digestiva (30,6%) y reposo intestinal (11,3%). El 87% de los pacientes que comenzaron la NPP estaban en dieta absoluta y la duración media fue de $6,5 \pm 5$ días. Los principales motivos de la retirada fueron inicio de tolerancia oral (54,8%) y el cambio a NP vía central (21%). La composición de las NPP utilizadas fue: 4,7 g nitrógeno (N), 327 Kcal totales y 1 L (32,3%), 6 g N, 1050 Kcal totales y 1,5 L (30,6%) y 8 g N, 8 Kcal totales y 2 L (37,1%). Las recomendaciones realizadas por el servicio de farmacia fueron: mantener la misma NPP (53,2%), aumentar requerimientos (25,8%) y cambiar a nutrición parenteral total (NPT) por vía central (21,0%). El 79%, de las intervenciones realizadas fueron aceptadas. El motivo de no aceptación fue por intento repetido de tolerancia oral (46,3%), suspensión de la NPP (23,1%), cuidados paliativos (15,3%) y exitus (15,3%). Un 22,6% presentaron flebitis con la NPP a pesar de tener una osmolaridad

CONCLUSIONES: el seguimiento de la nutrición parenteral por parte del farmacéutico es clave para el ajuste de requerimientos nutricionales, así como para la correcta administración y duración de la nutrición parenteral periférica. Las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia son ampliamente aceptadas por el equipo médico del hospital.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1165. SUPLEMENTACIÓN CON ZINC Y VARIACIÓN DE ZINC PLASMÁTICO EN PACIENTES CON HIPOZINQUEMIA EN NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: GARCÍA PARICIO R, MONGE ESCARTÍN I, MARTÍNEZ CASANOVA J, MATEU DE ANTONIO J. HOSPITAL DEL MAR (CONSORCI PARC DE SALUT MAR). Passeig Marítim 25-29. Barcelona. España

OBJETIVOS: Los objetivos de este estudio realizado en pacientes con nutrición parenteral (NP) que presentaron hipozinquemia fueron:

- Cuantificar el incremento de zinquemia obtenido mediante suplementación con Zn.
- Asimismo se evaluaron que factores influyen en este incremento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en hospital universitario de 400 camas.

-Criterios de inclusión: pacientes con NP en que se dispusiera de 2 zinquemias durante NP. La primera debía ser

-Criterios de exclusión: pacientes con filtración glomerular

-Variables generales: demográficas; índice de masa corporal (IMC); servicio médico/quirúrgico; crítico/no crítico; diabetes; enolismo activo; enfermedades que causen déficits Zn (enfermedad celíaca, síndrome intestino irritable, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, diarrea crónica, malabsorción o malnutrición); días NP; estancia y mortalidad.

-Parámetros relacionados con Zn:

Valores de zinquemia durante NP, días entre Zn1 y Zn2, dosis de Zn e incremento de zinquemia entre Zn1 y Zn2.

-Parámetros nutricionales:

En el periodo Zn1-Zn2: Aportes de proteína, kcal totales, incrementos de albúmina, prealbúmina, colesterol, linfocitos y PCR.

-Fármacos:

Se registraron tratamientos de ≥ 3 días con diuréticos e insulinas con contenido en Zn (glargina, aspártica o NPH).

-Pruebas estadísticas:

Los datos se presentaron como mediana (Q1-Q3) o porcentaje según la variable. Test de correlación Rho de Spearman y análisis de regresión lineal.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes: hombres 18(72%); edad $71,0(63,0-82,0)$ años; IMC $28,3(23,1-32,5)$ kg/m²; quirúrgicos 16(64%); críticos 16(64%); diabéticos 7(28%); enolismo activo 1(4%); presencia de enfermedades que causen déficits de zinc 2(8%); días NP $15,0(8,0-21,0)$ días; estancia $40,0(24,0-57,0)$ días. Mortalidad 5(25%).

- Parámetros relacionados con Zn:

Zn1: 47,0(35,0-55,5) mcg/dl y Zn2: 73,4(55,0-79,0) mcg/dL; días entre Zn1 y Zn2: 7,0(6,0-10,0). Dosis de Zn: 7,7(6,0-9,5) mg/día ó 0,101(0,077-0,167) mg/kg/día. Incremento de zinquemia: 23,0(15,0-38,0) mcg/dL ó 2,5(1,6-6,5) mcg/dL/día.

-Parámetros nutricionales:

Aportes de proteína 1,3(1,2-1,4) g/kg/día, Kcal totales 1588(1450-1739) Kcal/día. Incrementos de albúmina 0,2(0,0-0,4) g/dL, de prealbúmina 1,8(-2,0-6,8) mg/dL, de colesterol 3,5(-8,3-17,0) mg/dL, linfocitos 0,3(-0,2-0,6) x10³cel/μl, de PCR -8,30(-13,30-0,04) mg/dL.

-Fármacos:

Con diuréticos 13 (52%), con insulinas 3 (12%).

La zinquemia inicial menor se correlacionó con un mayor incremento de zinquemia ($p < 0,010$). Hubo una tendencia a la correlación entre una mayor dosis diaria de Zn con un mayor incremento de zinquemia ($p < 0,081$). La zinquemia inicial mayor se correlacionó con un mayor incremento de albúmina al suplementar con Zn ($p < 0,032$).

-Análisis de regresión lineal.

La magnitud del incremento de zinquemia sólo vino determinado por el valor de zinquemia inicial. A valores más elevados de zinquemia inicial, menor es el incremento de zinc observado tras la suplementación (beta: -0.603, R² ajustado: 0.368; $p < 0,002$).

CONCLUSIONES: La magnitud del incremento de Zinc tras su suplementación en pacientes con hipozinquemia sólo se pudo relacionar inversamente con el valor de zinquemia inicial. No se pudo establecer que influencia tenía la dosis de Zn sobre el incremento de la zinquemia.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

656. TASA DE UTILIZACIÓN Y VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA NUTRICIÓN ESTÁNDAR DE INICIO EN PREMATURO DE BAJO PESO PREPARADA POR STOCK

AUTORES: NEVOT BLANC M, SANMARTIN SUÑER M, VENTURA GENESCA M, MARCOS PASCUA P, PONS LLOBET N, ALTIMIRAS RUIZ J.

HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. CALLE PEDRO I PONS, N°1. Barcelona. España

OBJETIVOS: En niños prematuros de menos de 32 semanas y/o menos de 1.5kg (VLBW) está indicado el inicio de nutrición parenteral (NP) de forma precoz, procurando alcanzar lo antes posible los nutrientes estimados intraútero. En nuestro hospital se considera aceptable el inicio de la NP lo antes posible nunca superando las 12h tras el nacimiento. Para poder dar respuesta a esta necesidad el Servicio de Farmacia decidió elaborar por stock 2 NP de inicio (calcio, glucosa, aminoácidos, carnitina, lípidos en Y) cada semana, ajustadas para un peso máximo de 1.5kg.

La implantación de este protocolo, en un hospital con unas cifras de nacimiento de aproximadamente 25 VLBW/año, supone la pérdida por caducidad de gran parte de las NP preparadas por stock, con el consiguiente impacto económico.

1. Analizar la tasa de uso de las NP de stock preparadas con respecto al número de VLBW.

2. Calcular el impacto económico de este protocolo en los últimos tres años.

3. Valorar posibles alternativas.

MATERIAL Y METODOS:

-Revisión de todos los neonatos que llevaron NP durante el periodo 2013-2015, seleccionando los VLBW que recibieron la NP de inicio preparada por stock respecto al total de VLBW nacidos. Cálculo de la media de NP de stock utilizadas por cada VLBW que recibió NP.

-Revisión del total de NP de stock preparadas en este periodo. Coste de la preparación de la NP teniendo en cuenta únicamente la materia prima y material fungible.

-Como alternativas se consideraron: preparación de la NP en el Servicio de Neonatología y disponibilidad de personal cualificado para cubrir los requerimientos del protocolo.

RESULTADOS: 1. Durante el periodo de estudio, nacieron 97 prematuros, de los cuales 74 fueron VLBW. De éstos, el 73% (n=54) iniciaron NP preparada de stock, con una media de 1,3 bolsas por niño.

2. Se prepararon 357 nutriciones, de las cuales se usaron el 22,12% (n=73), 3 en no VLBW. El coste total de cada nutrición es de 7,20€/bolsa (14,40€/semana). Esto supone una pérdida de 667€ anuales (13€/semana).

3. Respecto a las alternativas al protocolo:

-La preparación de la NP en Neonatología se descartó por no cumplir la guía de buenas prácticas de elaboración de preparados estériles (matriz riesgo: riesgo medio).

-Para cubrir los requerimientos del protocolo se deberían cubrir con personal cualificado los sábados y festivos de todo el año durante mínimo 12h, lo que supone un incremento mayor del coste por recursos humanos (coste empresa guardia técnico=18€/h).

CONCLUSIÓN:

El número de VLBW que se benefician de la NP preparada por stock es elevado, 3 de cada 4, lo que justifica la preparación de éstas a pesar de su baja tasa de utilización (1 de cada 5 bolsas preparadas), explicada por el reducido número de VLBW nacidos en nuestro hospital.

El gasto en recursos humanos que supondría la única alternativa posible al protocolo actual conllevaría un mayor gasto que las pérdidas derivadas de la no utilización de las NP preparadas por stock.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

97. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN EL SUR DE ESPAÑA

AUTORES: VELASCO COSTA J, TOMAS LUIZ A, OLMOS JIMENEZ R, RAMIREZ ROIG C, VICENTE SANCHEZ S. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: 1. Objetivo principal: caracterizar hábitos nutricionales y calidad de la dieta.

2. Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia de consumo de alimentos habitual.
2. Analizar características de la dieta y hábitos.
3. Informar de riesgos de ingesta excesiva/insuficiente.
4. Evaluar la adhesión a la dieta mediterránea a través del índice KIDMED.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo en 209 adultos murcianos mayores de edad.

Se realizó una entrevista personal con datos personales, hábitos de vida y frecuencia de consumo de alimentos. Así como una valoración antropométrica y adherencia a la dieta mediterránea (índice KIDMED). Finalmente se aplicaron tests paramétricos y no paramétricos, tests de comparación de medias (test t y ANOVA), tablas de contingencia y correlaciones (chi2) con el programa SPSS. El grado de significación $p \leq 0,05$.

RESULTADOS: Edad media 46.1 años, rango de edad 18-87 años. El IMC medio fue de 26.5 (DE 3.5) para hombres y 24.4 (DE 4.8) para las mujeres. Se obtuvo un aumento significativo del IMC con la edad. Existe una elevada/fuerte correlación directa entre las variables perímetro de cintura (PC) e IMC.

El valor medio del KIDMED es de 6.8 puntos, lo que indica un nivel intermedio de adherencia a la dieta mediterránea y que necesita mejorar. No se encontraron diferencias significativas en la puntuación media de este índice por IMC, y tampoco por sexo ni en el global de individuos encuestados ni dentro de cada grupo de edad; pero sí por edad, mejorando la calidad de la dieta con ésta.

Entre las posibles correlaciones entre calidad de la dieta (puntuación KIDMED) con IMC, PC, edad y actividad física, se encontró la asociación lineal: $KIDMED = 5.148 + 0.037 * Edad$ ($F=17,9$; $p=0.001$), la cual indica que la puntuación KIDMED aumenta 0.037 puntos por cada año de edad.

CONCLUSIONES: 1. Existe marcado consumo de alimentos proteicos, lácteos y bollería en detrimento de cereales, legumbres, frutos secos, frutas y verduras, lo que supone mayor ingesta energética, principalmente a partir de grasas saturadas de origen animal, en detrimento de hidratos de carbono complejos y fibra.

2. No existe correlación entre calidad de la dieta con IMC o PC, esto hace pensar que otros factores como el genético pueden estar involucrados.

3. En general, una mayor edad y mayor ejercicio físico habitual parecen ser los factores determinantes de un mayor valor medio del índice KIDMED de calidad de la dieta y, por tanto, de una mayor adherencia al patrón de dieta mediterránea. Que el grupo de individuos de mayor edad (>60 años) presente significativamente el mejor patrón dietético parece reflejar la pérdida en las nuevas generaciones de españoles del legado cultural que representa la dieta mediterránea.

4. El examen pormenorizado del incremento de peso, PC y número de medicamentos con la edad, unido a una disminución en la actividad física, parece indicar que la obesidad junto con el sedentarismo van a ser dos de los principales factores de riesgo identificados como claves en la aparición de enfermedades crónicas, siendo estadísticamente mayores en hombres que en mujeres.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

113. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS MEDIANTE EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT Y EL MÉTODO DE CHANG

AUTORES: Martín Clavo S, Bonilla Galán C, Briegas Morera D, Meneses Mangas C, García Lobato E, Rangel Mayoral JF.

Hospital Infanta Cristina. Avenida de Elvas s/n 06010. Badajoz. España

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de desnutrición en una muestra de ancianos institucionalizados mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el método de Chang y evaluar los tipos y grados de desnutrición más prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo, sobre una población geriátrica institucionalizada. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo), antropométricas (peso, talla, pliegues y perímetros cutáneos), analíticas (albúmina y linfocitos) y grado de dependencia. A cada uno de los participantes se le realizó el MNA, registrando la puntuación obtenida. La escala fue utilizada como variable cuantitativa, clasificando a los pacientes en: Estado Nutricional Normal (24-30 puntos), Riesgo de desnutrición (17-23,5 puntos) y Malnutrición (< 17 puntos). Para la evaluación nutricional según el método de Chang, se obtuvo una puntuación a partir del Porcentaje de Peso Ideal (PPI), Pliegue Cutáneo Tricipital (PCT), Circunferencia Muscular del Brazo (CMB)), Albúmina y Linfocitos. A cada uno de estas variables le asignó un valor de 1 a 4, según el grado de afectación (1 = No afectación, 2 = Leve, 3 = moderada, 4 = grave); se sumaron las puntuaciones obtenidas en cada tipo de variable, y se englobaron los parámetros en dos grupos: índice antropométrico (X), que se calculó teniendo en cuenta la suma de PPI, la CMB y el PT y el índice bioquímico e inmunológico (Y) que se calculó sumando la albúmina y linfocitos. En base a la suma de la puntuación de cada uno de los grupos se obtuvo la puntuación nutricional que permitió determinar el tipo de desnutrición (marasmo, Kwashiorkor, mixta) y el grado de la misma (leve, moderada o grave). Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS® 22.0.

RESULTADOS: Se estudiaron 115 pacientes, 69 (60%) mujeres y 46 (40%) hombres, con una edad media de 82,11 $\pm$ 7,63 años. El test MNA identificó 10 residentes malnutridos (8,7%), 40 en riesgo de malnutrición (34,8%) y 65 (56,5%) con un estado nutricional satisfactorio. Las mujeres presentaron mayor desnutrición y riesgo de desnutrición que los hombres ($p=0,015$). De los que presentaban malnutrición el 50% tenían más de 85 años y el 40% entre 75-84 años. Del total de pacientes que presentaron malnutrición el 60% eran dependientes y de los del grupo de riesgo el 35%, siendo las diferencias del test global, estadísticamente significativas ($p=0,002$). Con el método propuesto por Chang, la proporción de desnutrición fue de 12 pacientes (10,4%), destacando que el tipo y grado predominante fue la malnutrición calórica leve (4,34%), seguida de la malnutrición proteica moderada (2,6%), con mayor proporción de mujeres afectadas y mayor número de casos a medida que se avanzaba en edad.

CONCLUSIONES: La utilización de cuestionarios estructurados ayuda a realizar una valoración nutricional rápida y sencilla. En este trabajo, si comparamos los datos de prevalencia de desnutrición a través del MNA y la clasificación de Chang, se obtuvieron datos muy próximos (8,7% versus 10,4%), lo que permite asegurar que el MNA funciona como un instrumento que permite identificar desnutrición con un alto grado de sensibilidad y especificidad.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1208. VARIABILIDAD EN EL CONTROL GRAVIMÉTRICO DE NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS

AUTORES: BONETE SÁNCHEZ M, PONS MARTINEZ L, HERRAIZ ROBLES P, RIBES BORJA M, CAMACHO ROMERA MD, AZNAR SALIENTE T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN D'ALACANT. Ctra. Alicante- Valencia, s/n. Alicante. España

OBJETIVOS: Evaluar la variabilidad en el peso de las nutriciones parenterales pediátricas, relacionada con errores de preparación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron todas las mezclas estériles de nutrición parenteral pediátrica (NPP), elaboradas en el área de mezclas del servicio de Farmacia a lo largo de 5 años (del 01/12/2009 al 30/11/14). Para ello, se revisaron e incluyeron todos los registros de control gravimétrico.

La variable principal del estudio fue el porcentaje de inadecuación gravimétrica, considerando mezcla adecuada aquella que se encuentra dentro de un margen de $\pm 5\%$ respecto al peso teórico (según lo establecido por la EMEA y la USP). El peso teórico se calculó, previamente a la preparación, a partir de los volúmenes añadidos y las densidades de las presentaciones comerciales empleadas, y los pesos de la bolsa empleada para la NPP, de la bolsa fotoprotectora y de la etiqueta identificativa.

Se evaluó, además, el porcentaje medio de variabilidad gravimétrica, el promedio de NPP administradas por paciente y el peso teórico medio.

RESULTADOS: Un total de 2.355 nutriciones parenterales pediátricas fueron incluidas en el estudio. Sólo 16 de estas mezclas fueron inadecuadas: un 0,68% (IC95%, 0,35 a 1,01), lo que obligó a elaborarlas de nuevo.

El porcentaje de variabilidad media en la preparación de NPP en nuestro centro fue del 0,44% (IC95%, 0,41 a 0,46) para las mezclas aceptadas, y de -0,09% (IC95%, -14,13 a 1,95) para las rechazadas.

Del total de NPP, el peso teórico medio fue de 242,46 gramos (IC95%, 239,55 a 245,36), 212 fueron nutriciones parenterales estándar, y el total de pacientes en tratamiento fue de 226. Así, el promedio fue de 9,4 NPP administradas/paciente durante toda su estancia hospitalaria (IC95%, 8,6 a 10,3).

CONCLUSIONES: A pesar de que el porcentaje de error es pequeño, 16 nutriciones tuvieron que ser reelaboradas, evitando que 16 errores llegasen a los pacientes.

El método gravimétrico permite detectar errores en la adición de volúmenes de macronutrientes (evitando errores potencialmente graves), aunque el margen de tolerancia admitido ($\pm 5\%$, lo que supone 12g respecto del peso teórico medio) no permite detectar errores en micronutrientes por los pequeños volúmenes a adicionar.

La pequeña variabilidad encontrada en las preparaciones aceptadas (del orden de + 1g), permite intuir una nula significación clínica debida a la misma.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

1290. VOLUMEN DE FLUIDOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: PÉREZ MORALES A, PEÑA PEDROSA JA, TALLÓN MARTÍNEZ JC, LARROSA ESPEJO I, BILBAO GÓMEZ-MARTINO C, BORREGO HERNANDO MI.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. PROFESOR MARTÍN LAGOS S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: 1-Determinar el volumen de fluidos administrados por vía parenteral en pacientes con insuficiencia cardíaca en tratamiento con nutrición parenteral, incluyendo el volumen propio de la nutrición así como el volumen de medicación intravenosa.

2-Establecer grupos de pacientes con mayor sensibilidad a la administración de altos volúmenes parenterales según su medicación concomitante.

MATERIAL Y MÉTODOS: -Se seleccionaron los pacientes tratados con nutrición parenteral protocolizada durante el año 2015 en un hospital de tercer nivel y que presentaban tratamientos concomitantes para la insuficiencia cardíaca, concretamente agentes beta-bloqueantes cardiosselectivos, glucósidos digitálicos y otros fármacos para la insuficiencia cardíaca. Para cada paciente se determinó la nutrición parenteral prescrita, volumen de la nutrición, volumen de medicación intravenosa concomitante y presencia o ausencia de tratamiento diurético, antihipertensivo y con albúmina concomitante.

RESULTADOS: -En el año 2015 se prescribieron nutriciones parenterales protocolizadas para 965 pacientes. De todos ellos, 56 pacientes (5,8%) se encontraban en tratamiento concomitante para la insuficiencia cardíaca: 38 (67,9%) de ellos con beta-bloqueantes cardiosselectivos, 11 (19,6%) de ellos con digoxina y 7 (12,5%) con ambos tratamientos. En cuanto a sus nutriciones parenterales, 5 de ellos (8,93%) se encontraban con nutrición de 8 g de nitrógeno (1000 mL), 8 (14,29%) con restricción hidrosalina (1100 mL), 9 (16,07%) con 12 g de nitrógeno (1490 mL), 29 (51,79%) con nutriciones de 2110 mL (7 de 9g, 9 de 14g, 8 de 16g, 3 de 18g, 1 de 20g y 1 de hepatopatía) y 5 (8,93%) con 9g de administración periférica (2500 mL). En cuanto al volumen de medicación intravenosa estimado, 14 pacientes (25%) recibían aporte

CONCLUSIONES: -El número de pacientes con nutrición parenteral y tratamiento concomitante para la insuficiencia cardíaca no es excesivamente elevado, no obstante es importante considerar los requerimientos especiales en cuanto a volúmenes de administración parenteral en este tipo de pacientes.

-Hay que destacar el alto porcentaje de pacientes que reciben nutriciones con alto volumen, a lo que hay que sumar los altos volúmenes de medicación parenteral concomitante. La suma de ambos deriva en una proporción de pacientes nada despreciable con volúmenes de administración elevados. Para este grupo de pacientes es preciso llevar a cabo una evaluación completa junto a los médicos responsables a fin de contemplar fórmulas más concentradas que permitan el cumplimiento de los requerimientos nutricionales del paciente con menores aportes de volumen.

-Finalmente, no debe pasar desapercibido el alto porcentaje de pacientes en tratamiento concomitante con albúmina, cuya administración podría movilizar volúmenes del tercer espacio y, sumados al volumen aportado externamente, sobrecargar el sistema cardiovascular en este grupo de pacientes con dicha funcionalidad comprometida.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

797. ¿SE REALIZA UN ADECUADO SEGUIMIENTO DURANTE LA TERAPIA CON NUTRICIÓN PARENTERAL?

AUTORES: Gonzalez-Anleo López C, Gonzalez Barcia M, Bandin Vilar EJ, Blanco Dorado S, García López A, Lamas Díaz MJ.

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Travesía da Choupana sn. A Coruña. España

OBJETIVOS: Conocer el grado de seguimiento clínico y analítico de los pacientes con Nutrición Parenteral (NP).

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional prospectivo, de un mes de duración. Son incluidos en el estudio todos los pacientes adultos ingresados en un hospital terciario de 1347 camas, que inician NP durante el mes de octubre de 2015. Una vez recepcionada la solicitud de NP, se realiza la recogida de datos: los demográficos, antropométricos, clínicos y analíticos son obtenidos de la historia clínica electrónica (IANUS), mientras que los datos nutricionales son extraídos del programa informático HOSPIWIN.

RESULTADOS: Se evalúa a un total de 50 pacientes. La media de edad es de $64,88 \pm 17,8$ años, de los que el 44% son varones.

La duración media del tratamiento con NP fue de $7,9 \pm 5,9$ días (1-27). El aporte calórico medio fue de 1493 ± 358 kcal/día. El 78% (39/50) recibió en algún momento NP por vía central.

La indicación de NP fue correcta en el 86% de los casos, según el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el Documento 2-C-EP-1998, emitido por la SENPE. Sin embargo, sólo el 12% (6/50) presentan una valoración previa de su estado nutricional, el 30% no están pesados ni tallados y sólo el 50% (25/50) disponen de una analítica de sangre completa previa en donde se recojan datos de fosfatemia y magnesemia. No se ha realizado ningún control analítico durante la terapia con NP en el 10% de los pacientes (5/50).

En los pacientes evaluables, las complicaciones más frecuentes han sido las electrolíticas, con desarrollo de hipernatremia (2/47), hiponatremia (2/47), hipopotasemia (18/47), hiperfosfatemia (2/25), hipofosfatemia (11/25), hiper magnesemia (6/25), hipomagnesemia (3/25) e hipercalcemia (4/38) (Se descartan las alteraciones preexistentes al inicio de la NP). En el 80% de los casos sí se evidencia un intento en corregir la alteración (34/43), que se logra en el 70% de las ocasiones.

Entre las complicaciones no electrolíticas, un 15% desarrolla alteraciones glucémicas graves (>250 g/dL) y un 10% (2/20) hipertrigliceridemia. Se registra sospecha de infección por catéter en el 30% de los pacientes (15/50), solicitándose estudio microbiológico (tras cultivo de punta de catéter) en el 20% (10/50).

CONCLUSIONES: Nuestros datos evidencian una elevada incidencia de infección por catéter, así como una escasa evaluación analítica y nutricional previa al inicio de la NP. Hasta en un 10% de los pacientes no se realiza ningún seguimiento, lo que puede incidir negativamente en la evolución. Consideramos necesaria, por tanto, la revisión del protocolo de Nutrición parenteral a la vista de los resultados.

CLASIFICACIÓN: NUTRICIÓN

17. ¿UTILIZAMOS BIEN LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO?

AUTORES: TABERNER BONASTRE P, PÉREZ PONS JC, MONTERO HERNANDEZ M, BELLVER ALBERTOS M, MEDINA GUERRERO Á, SOLER COMPANY E.

ARNAU DE VILANOVA. SAN CLEMENTE 12. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar el uso de suplementos nutricionales orales (SNO) y su implicación en el aporte calórico-proteico ingerido en el paciente hospitalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal observacional retrospectivo de una semana de seguimiento (5-11 octubre 2015). Se incluyeron todos los pacientes que recibieron SNO en el periodo estudiado. Se registraron variables demográficas, indicación de los SNO y complicaciones derivadas de desnutrición (edemas, infecciones y úlceras por presión (UPP)) durante el ingreso mediante OrionClinic®; tipo de SNO y servicio clínico mediante Farmasyst®. Se recogió la dieta con registro dietético y se calculó el porcentaje del aporte diario como SNO. Se confirmó mediante la prescripción electrónica de primaria, Abucasis®, si el paciente llevaba pautado SNO antes y/o después del ingreso. Se evaluó la eficacia de los SNO con parámetros bioquímicos y epidemiológicos (reingresos hospitalarios en los siguientes 90 días).

RESULTADOS: Se incluyeron 33 pacientes, 70,6% varones y mediana de edad 64,5 años (rango 37-94 años). Las indicaciones fueron 27,3% caquexia, 15,3% infección, 9,1% intervención quirúrgica, 6,1% enfermedad inflamatoria intestinal y 6,1% suboclusión intestinal. Un 33,3% de los pacientes pertenecían a medicina interna, oncología 18,2%, digestivo 12,1%, cirugía 9,1% y neumología 9,1%.

Los pacientes presentaron complicaciones derivadas de la desnutrición: 36,4% infecciones, 12,1% edemas y 9,1% UPP.

Se registró la dieta oral para 28/33 pacientes. Los SNO supusieron en relación con las kilocalorias prescritas 60% en 2 pacientes. En relación con las proteínas aportaron 60% en 3 pacientes. El 78,8% fueron hiperproteico-hipercalóricos y el 21,2% formulas específicas (diabéticas, inmunonutrición y oligoméricas). A 6/33 se les prescribieron previo al ingreso y a 5/33 al alta. Del resto, 13 recibieron SNO

El 69,7% disponían de un valor de albúmina previo al inicio con SNO y 42,4% contaban con un control posterior. Al alta hospitalaria sólo 2 pacientes alcanzaron valores de albúmina >3,5 mg/dL. Se registró el peso en 21,1% de los pacientes previo a la prescripción de SNO pero no se hizo seguimiento a ninguno.

El 33,3% de los pacientes reingresó en los siguientes 90 días del alta hospitalaria y el 15,2% lo hizo en dos ocasiones durante ese periodo.

CONCLUSIONES: Aunque las indicaciones de inicio con SNO fueron correctas en la mayoría de los pacientes, el seguimiento de los parámetros nutricionales no se cumplió en más de un 25%, no realizándose valoración nutricional en ninguno de ellos.

El aporte calórico-proteico cubrió al menos el 20-40% de los requerimientos en su mayoría, siendo insuficiente con los objetivos del soporte nutricional.

Un mejor conocimiento de los criterios de selección de los SNO y recomendaciones dietéticas previsiblemente mejoraría el soporte nutricional, siendo optimizable el uso de SNO con menos de 2 días de duración.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

212. ALTERACIONES EN LOS PARÁMETROS QUE MIDEN LA FUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HEPATOPATÍA VIRAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON PACLITAXEL SEMANAL

AUTORES: DIEZ FERNÁNDEZ R, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, LÓPEZ ESTEBAN L, ENRECH FRANCÉS S, MOLINA GARCÍA T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA DE TOLEDO KM 12.500. Madrid. España

OBJETIVO: La reactivación de la infección crónica por virus hepatotropos durante el tratamiento quimioterápico ha sido demostrada en numerosos estudios. Sin embargo, la disfunción hepática en pacientes con hepatopatía viral que reciben quimioterapia está menos estudiada.

El paclitaxel se elimina mayoritariamente por metabolismo hepático por lo que, durante el tratamiento, se recomienda la monitorización de los parámetros analíticos que miden la función hepática.

El objetivo del presente estudio es evaluar la influencia que tiene la infección previa con los virus B y C (VHB y VHC) en la aparición de alteraciones en los parámetros que miden la función hepática (PHA) durante el tratamiento adyuvante con paclitaxel semanal en pacientes con cáncer de mama localizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todas las pacientes con cáncer de mama localizado que habían recibido el esquema paclitaxel semanal desde el año 2007. Se revisaron los informes clínicos de las pacientes para ver si habían presentado infección por los virus B y C (grupo de estudio) o no (grupo control). Se compararon los niveles de AST, ALT y bilirrubina previos y durante el tratamiento con paclitaxel entre ambos grupos.

RESULTADOS: Se evaluaron 194 pacientes. Siete pacientes habían presentado hepatitis virales antes del inicio del tratamiento, 3 por VHC, 3 por VHB y una por ambos virus.

La edad de las pacientes fue similar en ambos grupos (52,3 vs. 54,4 años). Un mayor número de pacientes en el grupo control había recibido previamente el esquema AC (90% vs. 71%).

La frecuencia de PHA fue significativamente superior en las pacientes con antecedentes de hepatopatía viral. Todas las pacientes de este grupo presentaron algún grado de alteración en los parámetros hepáticos, siendo el riesgo de tener PHA de grado moderado o superior (42,9% vs. 2,7%; OR 27,3 IC95%: 4,8-155,7) o de grado severo o superior (28,6% vs. 0,5%; OR 74,4 IC95%: 5,7-961,9) muy superior al grupo sin hepatopatía viral previa.

CONCLUSIONES: La infección previa con hepatitis virales se asocia de forma significativa con un mayor riesgo de alteración en los parámetros analíticos que miden la función hepática durante el tratamiento con paclitaxel semanal. Los profesionales deberán tener en cuenta la necesidad de realizar controles analíticos de la función hepática más frecuentes en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1273. ANÁLISIS DE DOSIFICACIÓN DE CARBOPLATINO EN PACIENTES OBESOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: BLANCO SÁNCHEZ G, DOMÍNGUEZ LÓPEZ M, ROMERO HERNÁNDEZ I, BULO CONCELLÓN R, SALGUERO OLID A, MARTÍNEZ BAUTISTA MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. Avenida Ana de Viya N°21. Cádiz. España

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar la dosificación de carboplatino en pacientes obesos en un hospital de tercer nivel y compararla con la dosis calculada por peso ideal ajustado (PIA). El objetivo secundario es medir las reacciones adversas al tratamiento y el posible impacto producido por las diferencias en la dosificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de todos los pacientes obesos ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) que habían recibido tratamiento con carboplatino desde el año 2010. Se recogieron variables de edad, sexo, localización del tumor, peso, talla, IMC, número de ciclos, AUC y dosis prescrita, y por último, efectos adversos mínimo G3 según CTCAE v4.0. Los datos demográficos, de dosificación y número de ciclos se obtuvieron del programa OncoWin®, y la información de efectos adversos se obtuvo revisando la historia clínica digital en Diraya® Atención Especializada. Para comparar la dosis prescrita en cada paciente con la dosis calculada por PIA se utilizó la fórmula de Cockcroft & Gault utilizando el PIA para estimar el aclaramiento de creatinina, y la fórmula de Calvert para el cálculo de la dosis de carboplatino. El PIA se calculó con la fórmula: $\text{PIA (Kg)} = \text{PI} + [0,4 \times (\text{PR} - \text{PI})]$.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 44 pacientes, 65,9 % mujeres, con media de edad de $63,82 \pm 11,63$ años. La localización del tumor fue en un 56,81 % ginecológica (25), un 27,27 % en pulmón (12), 4,54 % en la vejiga (2), 4,54 % en la mama (2), 2,27 % en SNC (1), y por último, un 2,27 % en el colon (1). El IMC medio fue de $34,3 \pm 2,78 \text{ kg/m}^2$. La dosis media prescrita fue de $580,77 \pm 169,26 \text{ mg}$ recibida en una media de $5,86 \pm 3,52$ ciclos. La media de la dosis calculada con el PIA fue de $560,37 \pm 179,59 \text{ mg}$, lo que resulta en una desviación de dosis de 3,51 %. 20 de los pacientes (45,45 %) requirieron al menos un aplazamiento del ciclo por efectos adversos. 13 pacientes (29,54 %) sufrieron reacciones adversas G3, de los cuáles 6 fueron neutropenia, 6 anemia y 1 trombocitopenia. 6 pacientes (13,63 %) tuvieron en algún momento del tratamiento reacciones adversas G4, 2 por neutropenia, 3 por neutropenia febril y 1 por pancitopenia.

CONCLUSIONES: La prescripción de carboplatino en pacientes obesos ha sido adecuada, con una diferencia mínima respecto a la dosificación por peso ideal ajustado. No obstante, los efectos adversos G3 y G4 siguen siendo bastante prevalentes, por lo que es de vital importancia continuar estudiando los métodos para obtener un aclaramiento de creatinina que no sobrestime el aclaramiento del fármaco.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

428. ANÁLISIS DE INGRESOS EN ONCOLOGÍA POR TOXICIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA

AUTORES: COMPANY BEZARES F, NIGORRA CARO M, ARMENGOL ALERT A, VANRELL BALLESTERO A, CANO COLLADO V, SAN JUAN MUÑOZ A.

Hospital Son Llàtzer. Carretera de Manacor km 4. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: analizar los ingresos hospitalarios causados por toxicidad de la quimioterapia en una unidad de oncología. Describir el tipo y frecuencia de toxicidades, así como los esquemas de quimioterapia y fármacos implicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo en el periodo de enero-junio 2015, de los episodios de ingreso por toxicidad de quimioterapia en un hospital de segundo nivel, que atiende a una población aproximada de 250.000 personas. Variables recogidas: edad del paciente, sexo, tipo de tumor y estadio, nº de toxicidades presentadas y tipo, esquema de quimioterapia en curso y duración del ingreso. Estas variables se presentan como frecuencias relativas. La recogida de datos se realizó mediante revisión del programa informático de historia clínica HCis (versión 3.8) y la aplicación de Prescripción Onco-Hematológica de nuestro centro (aplicación propia).

RESULTADOS: durante el periodo de estudio hubo 265 episodios de ingreso en oncología, el 22 % (65) de los cuales fueron por toxicidad de la quimioterapia, correspondientes a 55 pacientes. La edad media de los pacientes era de 61 (40-79) años y el 55 % (30) eran hombres. Los tipos de tumor que padecían eran: pulmón 27,2 % (15), colo-rectal 14,5 % (8), mama 14,5 % (8), páncreas 11 % (6), cabeza y cuello 7,3 % (4), vejiga 5,5 % (3), esófago 5,5 % (3), ovario 3,6 % (2) y otros 11 % (6). El 43 % (23) presentaba enfermedad metastásica. La duración media de los ingresos fue de 7,5 (2-26) días.

El 70 % (7/10) de pacientes que ingresaron dos veces, lo hicieron por la misma toxicidad en ambas ocasiones. El 53 % (35) de episodios fue causado por más de una toxicidad. Se detectaron 90 toxicidades en total, cuya distribución fue: neutropenia 32 % (21 pacientes), diarrea 23 % (15), mucositis 17 % (11), astenia 17 % (11), anemia 12,3 % (8), trombocitopenia 10,7 % (7), vómitos 7 % (6), neurotoxicidad 3 % (2), dolor abdominal post-quimioterapia peritoneal 3 % (2) y otras 10,7 % (7). Se encontraron 30 esquemas de quimioterapia distintos implicados. Folfex y Folfiri-Cetuximab fueron los que aparecieron con más frecuencia con el 7,7 % (5) cada uno. Xelox, Folfirinox, Docetaxel en monoterapia y Cisplatino + RT representaban un 4,6 % (3), y el resto de esquemas suponían $\leq 3\%$ del total. En el 78 % (51) de los episodios, los pacientes recibieron fluoropirimidinas, taxanos y/o derivados del platino. Los taxanos y carbo/cisplatino estuvieron implicados en el 76 % (16/21) de los ingresos por neutropenia.

CONCLUSIONES: un porcentaje no despreciable de ingresos en oncología es causado por toxicidad de la quimioterapia. Las toxicidades que ocasionan ingreso con más frecuencia en nuestro centro son neutropenia, diarrea, mucositis y astenia. Los esquemas de QT implicados son muy heterogéneos; aquellos que contienen fluoropirimidinas, taxanos y/o derivados del platino son los que causan mayor número de ingresos por toxicidad.

247. ANÁLISIS DE LA DOSIFICACIÓN DE CARBOPLATINO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES: LOMBARDEO PIN M, OTERO VILLALUSTRE C, NUCETE GALLEG0 B, MATEOS EGIDO E, SANTOS MORÍN L, DÍEZ DEL PINO A.

HOSPITAL INSULAR MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA. aVDA. mARITIMA DEL sUR, S/N. Las Palmas. España

OBJETIVO: Analizar la dosificación de carboplatino en pacientes oncológicos, para conocer si están sobre o infradosificados con respecto a la dosis teórica. Evaluar la relación entre la dosificación y la aparición de efectos adversos (EA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional de 1 mes de duración, en pacientes oncológicos, tratados con carboplatino, dosificado según la fórmula de Calvert. En nuestro centro está establecida una dosis máxima de 800 mg.

Se recogen las variables: talla, peso, edad, sexo, diagnóstico, creatinina sérica (Cr_s), dosis de carboplatino administrada y el AUC utilizado para su cálculo, a través del aplicativo Farmatools®. Se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) para cada paciente, estableciéndose, según los criterios de Herrington y Dooley, los siguientes grupos: pacientes con sobrepeso/obesidad con IMC ≥ 27 kg/m² y Cr_s ≥ 0,7 mg/dl, pacientes con IMC < 27 kg/m² y Cr_s ≥ 0,8 mg/dl y pacientes caquéticos con IMC < 100 ml/min. Se calcula, para cada grupo, la dosis teórica que deberían recibir. En el primer grupo, se considera el peso ideal (fórmula de Devine) en lugar del peso real y en los pacientes caquéticos con Cl_{cr} ≤ 100 ml/min, se reajusta el valor de Cr_s a 0,8 mg/dl. En el resto de grupos se considera el peso real y se calcula el Cl_{cr} según Cockcroft-Gault. Se compara la dosis administrada y la dosis teórica, estableciéndose una diferencia ≥ 5% como clínicamente significativa. Se considera la aparición de efectos adversos cuando existe reducción de dosis tras el primer ciclo de tratamiento.

RESULTADOS: Del total de 60 pacientes, el 53,33% son hombres y el 46,66% mujeres, con una edad media de 62,36 ± 11,71 años y un peso medio de 68,64 ± 15,35 kg. Los tumores mayoritarios son de pulmón no microcítico (40,00%), ovario (13,33%) y endometrio (11,66%). El 23,33% presenta IMC ≥ 27 kg/m² y Cr_s ≥ 0,7 mg/dl, el 35,00% IMC < 27 kg/m² y Cr_s ≥ 0,8 mg/dl y el 35,00% IMC < 100 ml/min.

CONCLUSIONES: Debemos tener en cuenta el peso ideal y la creatinina sérica ajustada en la ecuación de Cockcroft-Gault en pacientes obesos y caquéticos, respectivamente, para evitar dosificaciones inadecuadas que puedan producir toxicidad.

738. ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA Y RENAL EN PACIENTES TRATADOS CON GEFITINIB Y ERLOTINIB

AUTORES: FERNANDEZ CAÑABATE S, GARCIA LOPEZ L, FERNANDEZ PEÑA S, CARDABA GARCIA E, ENRIQUEZ OLIVAR L, SANCHEZ SANCHEZ MT.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AVENIDA RAMON Y CAJAL NUMERO 3. Valladolid. España

OBJETIVO: Gefitinib y erlotinib son fármacos inhibidores de la tirosin quinasa utilizados en monoterapia para el tratamiento del Cáncer de Pulmón no Microcítico (CPNM). En ficha técnica se describen casos de alteraciones en las pruebas de función hepática (aumento de AST, ALT y bilirrubina) y deterioro de la función renal. El objetivo es analizar el deterioro de la función hepática y renal en los pacientes tratados con estos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de dos años de duración (enero 2013-diciembre 2015) de los pacientes tratados con los ITKs (erlotinib y gefitinib). Se incluyeron pacientes tratados durante al menos 3 meses, ausencia en el tratamiento concomitante de otros fármacos nefrotóxicos y función hepática y renal basal normal al inicio del tratamiento. Se consideraron las variables de edad, sexo, peso, talla, valores de creatinina plasmática, aclaramiento basal (fórmula de Cockcroft y Gault), aspartato aminotransferasa (AST), alanino aminotransferasa (ALT) y bilirrubina total al inicio y final del tratamiento. Se determinó como empeoramiento de la función renal aumento del 15% respecto al valor basal del aclaramiento de creatinina plasmática, y empeoramiento de la función hepática valores de AST y ALT de 2,5 a 5,0 veces el límite superior de la normalidad y bilirrubina total de 1,5 a 3,0 veces el límite superior de la normalidad.

RESULTADOS: Se incluyeron 72 pacientes en el estudio, 45 en tratamiento con erlotinib y 27 con gefitinib. 54/72 pacientes mantuvieron su función renal, 10/72 empeoraron pero sin producirse insuficiencia renal los cuales estaban en tratamiento con erlotinib y 8/72 mejoraron (5 pacientes en tratamiento con erlotinib y 3 pacientes con gefitinib). En cuanto a la función hepática, 5/72 pacientes en tratamiento con erlotinib, presentaron insuficiencia hepática moderada grado 2 (media AST y ALT > 3.8 veces el límite superior de la normalidad), sin embargo en estos pacientes el valor de bilirrubina total se encontraba en rango de normalidad, no se observó insuficiencia renal y al finalizar el tratamiento los valores de transaminasas volvieron en rango.

CONCLUSIONES: Un 14% de los pacientes empeoró su función renal, y un 7% su función hepática durante el tratamiento con ITKs (erlotinib y gefitinib). Sin embargo este empeoramiento no dio lugar a una reducción de dosis o suspensión del tratamiento y los valores analíticos volvieron a valores normales al finalizar el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1167. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y TOLERANCIA A CARFILZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAÍDA O REFRACTARIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: COMPAIRED TURLÁN V, ALCÁCERA LÓPEZ MA, SALVADOR GÓMEZ T, CUMBRAOS SÁNCHEZ MJ, FERNÁNDEZ ALONSO E, PALOMERA BERNAL L.

HOSPITAL CLINICO UNIV. LOZANO BLES. SAN JUAN BOSCO 15, 50009. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Carfilzomib es un inhibidor selectivo del proteosoma de segunda generación recientemente aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en combinación con lenalidomida y dexametasona (KRd) para el tratamiento de adultos con mieloma múltiple que han recibido como mínimo un tratamiento previo.

El objetivo principal del estudio es evaluar la respuesta y tolerancia del esquema KRd en la práctica clínica de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes que iniciaron tratamiento con carfilzomib en el hospital.

Se recogieron las variables demográficas (edad, sexo), características de la enfermedad (tipo de mieloma múltiple, estadio, tiempo de evolución), número de líneas y tratamientos previos, número de ciclos administrados, y la respuesta atendiendo a los criterios del European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT).

Por último, se analizaron los efectos adversos grado 3/4 basados en la Common Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE) del National Cancer Institute.

RESULTADOS: Se incluyeron 5 pacientes diagnosticados de mieloma múltiple en estadio IIIa (2 varones y 3 mujeres) con una media de edad de $62,8 \pm 3,6$ años y un tiempo medio de evolución del mieloma de $6 \pm 3,6$ años.

En el 60% de los pacientes el tipo de inmunoglobulina producida por la célula de mieloma fue IgG (2 kappa y 1 lambda) y en el 40% fue IgA (1 kappa y 1 lambda).

La media del número de líneas previas fue de $4,2 \pm 1,8$. Los pacientes fueron tratados previamente con bortezomib (100%), lenalidomida (100%), talidomida (60%), pomalidomida (60%).

La media del número de ciclos administrados fue de $2,8 \pm 1,8$.

Todos los pacientes obtuvieron respuesta al tratamiento tras el primer ciclo. En cuatro de los pacientes se alcanzó respuesta mínima (RM) mientras que en un caso se obtuvo respuesta parcial (RP).

En dos de los pacientes se logró alcanzar RP tras un segundo y un tercer ciclo respectivamente, mientras que en dos casos únicamente se había administrado un ciclo en el momento de recoger los datos.

Los efectos adversos grado 3/4 aparecieron en el tres de los pacientes e incluyeron trombopenia en los tres casos, un episodio de insuficiencia cardíaca congestiva y un episodio de trombosis venosa profunda.

CONCLUSIONES: En el estudio encontramos un 100% de respuesta al esquema KRd, siendo ésta modesta comparada con la descrita en el ensayo clínico ASPIRE.

Sin embargo, a diferencia de dicho ensayo, los pacientes del hospital se encontraban en estadios avanzados del mieloma y tras recaída a múltiples líneas de tratamiento, lo que pone de manifiesto la importancia del papel de carfilzomib en este tipo de pacientes.

El perfil de los efectos adversos grado 3/4 fue, en general, aceptable, manejable y superior al descrito en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

522. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: HER2 POSITIVO VERSUS TRIPLE NEGATIVO.

AUTORES: ROJO ALVAREZ-BUYLLA C, GONZALEZ SANCHEZ N, GARCIA TEJIDO P, PEREZ DOMINGUEZ N, MACIA FUENTES L, FERNANDEZ GONZALEZ A.

HOSPITAL SAN AGUSTIN. Camino de Heros, 6. Asturias. España

OBJETIVO: Analizar la supervivencia global (SG) de las pacientes con cáncer de mama metastásico HER2 positivo (HER2+) y triple negativo (TN) y comparar la supervivencia entre ambos subtipos.

Objetivos secundarios: describir las características de las pacientes y analizar los tratamientos recibidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: pacientes con cáncer de mama metastásico TN y HER2+ diagnosticadas entre 2004 y 2013. Se analizó la edad al diagnóstico del estadio IV, estadio del tumor al diagnóstico, tratamientos previos, número y

localización de las metástasis y desarrollo de metástasis cerebrales. Las variables se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, y la asociación al subtipo de tumor mediante test de chi-cuadrado o test de Fisher. La SG se obtuvo por Kaplan-Meier, comparando ambos subgrupos mediante Log-Rank test.

RESULTADOS: se incluyeron 30 pacientes (70% HER+ y 30% TN). Edad < 50 años (66,7% TN versus 33,3% HER2+). Debut en estadio IV (44,4% TN versus 42,9% HER2+). Debut con metástasis múltiples (66,7% TN versus 61,9% HER2+). Localización (visceral y óseas/partes blandas 55,6% TN versus visceral 66,7% HER2+). Desarrollo de metástasis cerebrales (55,6% TN versus 28,6% HER2+).

Como tratamiento recibieron quimioterapia el 100% de las pacientes TN, y el 95,2% de las HER2, éstas recibieron además tratamiento antiHER2 el 90,5% y hormonoterapia el 52,4%. La mediana de líneas de tratamiento recibidas fue 3 en TN versus 7 en HER2+.

La mediana de SG fue 21 meses en pacientes TN y 41 meses en HER2+ ($p=0,015$).

CONCLUSIONES: los resultados demuestran una menor supervivencia y un peor pronóstico de las pacientes con cáncer de mama metastásico TN frente al HER2+.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1125. ANALISIS DE LAS INTERACCIONES E INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y TERAPIA ALTERNATIVA REGISTRADAS DURANTE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO

AUTORES: GÁLVEZ MADROÑERO M, SANMARTIN FENOLLERA P, PEREZ ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar los registros de las interacciones farmacológicas entre los antineoplásicos orales (ANEOS) y terapias concomitantes de los pacientes con tumores sólidos y hematológicos, como parte de la práctica habitual en la Atención Farmacéutica al inicio del tratamiento antitumoral.

MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de las interacciones registradas en todos los pacientes que comenzaron tratamiento con ANEOS, desde marzo 2015 a marzo 2016. Los datos demográficos, clínicos, farmacológicos y terapias alternativas e interacciones fueron recogidos de los registros de Farmacia (Farmatools®), anotados durante la visita de inicio utilizando como fuentes la Historia Clínica Electrónica Hospitalaria (Selene® y GestíOnc®) la de Atención Primaria (Horus®) y la entrevista con el paciente. Los tratamientos se clasificaron como ANEOS, medicación concomitante (MC), medicación de soporte (MS) y terapia alternativa (TA), que incluye productos de fitoterapia y suplementos alimenticios, además de ser clasificados por grupos terapéuticos. Las interacciones se clasificaron en: farmacodinámicas, farmacocinéticas y desconocidas. Las farmacodinámicas a su vez en hematológicas, prolongación del intervalo QT, gastrointestinales y otros. Se recopilaron las intervenciones registradas y su resultado, consecuencia de interacciones clínicamente relevantes. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS®.

RESULTADOS: 134 pacientes fueron incluidos en el estudio (157 iniciaron tratamiento en el periodo estudiado, 23 fueron excluidos por no estar adecuadamente registrados). La edad media fue 68,9 años ($SD=10,22$) y 57,5% hombres. El 78,8% presentaba tumor sólido (44,4% gastrointestinal, 14,3% genitourinario, 8,6% mama y 32,7% otros). Los ANEOS se clasificaron como quimioterápicos (56,8%), inhibidores de proteína-kinasas (PKi) (21,1%), anti-hormonales (8,6%), inhibidores de mTOR (mTORi) (5,0%) y otros (8,5%), con intención paliativa en el 78,8% de los casos. Se analizaron 800 principios activos (pa) (92,4% MC, 4,1% MS, 3,5% TA) (5,8 pa/paciente), pertenecientes a Aparato Digestivo-Metabolismo (162), Cardiovascular (129), Hemoterapia (79) entre otros. Se registraron 84 (10,5%) interacciones clínicamente relevantes, de las cuales 42 (50%) fueron farmacodinámicas, 35 (41,7%) farmacocinéticas y 7 (8,3%) desconocidas. Se intervino en 36 (42,9%) interacciones, comunicándose al médico 27 (32,1%). Las 9 restantes eran referidas a TA, 3 de ellas con interacciones farmacocinéticas a nivel del CYP3A4 y el resto no especificadas, desaconsejando su uso. Se modificó el tratamiento en 16 pacientes afectando a 18 fármacos. Los ANEOS con mayor número de intervenciones fueron los PKi (19,1%) y quimioterápicos (17,9%).

Además, se detectaron 7 interacciones relevantes entre fármacos MC, constando intervención en 6 (85,71%) y requiriendo cambio de tratamiento 5 (71,43%).

Las fuentes de información de interacciones fueron: Lexicomp® (100% fármacos) y About-Herbs® (100% fitoterapia). Otras: www.drugs.com, Medscape®, fichas técnicas y consultas al laboratorio sin constar registro riguroso de utilización.

CONCLUSIONES: Aún siendo la prevalencia de las interacciones similar a la descrita en estudios publicados, en nuestro procedimiento de trabajo la revisión de las interacciones se realiza tras la consulta médica, lo que explicaría el bajo número de intervenciones. Sin embargo, no todas las interacciones farmacológicas son detectadas por el médico, y las terapias alternativas son frecuentemente desconocidas por este, teniendo interacciones relevantes. Por tanto, es necesaria una segunda revisión por parte del farmacéutico para mayor seguridad del paciente en tratamiento con

ANEOS. Nuestro estudio muestra cierta falta de calidad en las anotaciones de interacciones e intervenciones y ha servido para diseñar mejoras en el proceso de registro de datos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

852. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES: GARCIA MOLINA O, MATEO CARMONA J, PELLICER FRANCO C, MENENDEZ NARANJO L, AROCAS CA-SAÑ V, DE LA RUBIA NIETO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CARRETERA MADRID- CARTAGENA S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de nivolumab en Cáncer Pulmón No Microcítico (CPNM) y compararlo con los resultados del estudio pivotal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes que recibieron tratamiento con nivolumab hasta marzo de 2016 (10 meses) en un hospital de tercer nivel. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, líneas previas, ciclos recibidos, duración de tratamiento, ECOG y reacciones adversas. Para analizar la efectividad se registró la Supervivencia Libre de Progresión (SLP) global y en 2ª línea, la Supervivencia Global (SG) y SG a los 4 y 8 meses. Los datos fueron comparados con los resultados del estudio CheckMate CA209017 (estudio pivotal) donde se comparó nivolumab vs docetaxel tras progresión de 1 línea de doblete de platino obteniendo una mediana de SLP de 3,5 meses vs 2,8 meses y una SG de 9,2 vs 6 meses respectivamente. Para medir la SLP y SG se utilizó el método Kaplan-Meier y se estimó la supervivencia a los 4 y 8 meses. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 54 pacientes, con una media de edad de 62 ± 10 años. El 75% fueron hombres. En el momento del corte el 46,2% de los pacientes habían suspendido tratamiento. La mediana de ciclos recibidos fue de 9 [1-20] y la mediana de líneas previas fue de 2 [1-4]. Los principales esquemas recibidos incluían dobletes de platino, mantenimiento con pemetrexed, seguido tras recaída de docetaxel, paclitaxel, gemcitabina, vinorelbina, etopósido y erlotinib. El ECOG al inicio del tratamiento fue de 0-1. La mediana de SLP global de nivolumab no se alcanzó en el momento del corte [0,5-9,4 meses], la media fue de 5,8 meses (IC 95% 4,7-6,8) y la SLP a los 5 meses fue del 50%. La SLP de nivolumab en 2ª línea (n=12) mostró una SLP de 3,9 meses (IC95% 2,9-4,8); 0,4 meses superior a la reportada en el estudio pivotal. En el momento del corte, el 25,9% de los pacientes habían fallecido, no se alcanzó la mediana de SG. La SG a los 4 meses fue del 78,7% y de 52,1% a los 8 meses. Los principales eventos adversos reportados fueron: astenia, diarrea grado 2, anemia, hipotiroidismo, pérdida de peso, dolor abdominal, síndrome vertiginoso, disnea, tos e hipoxemia.

CONCLUSIONES: El uso de nivolumab en CPNM en nuestra muestra de pacientes ha demostrado una SLP en 2ª línea similar a la reportada en el estudio pivotal, revelando una alternativa al tratamiento de CPNM tras la recaída de doblete de platino. En general, nivolumab ha demostrado un buen perfil de seguridad, siendo los efectos adversos observados similares a los estudios clínicos publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

752. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE RITUXIMAB EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: Fernández Gabriel E, Calleja Chuclá MT, Mateos Salvador M, Busto Fernández F, Lestón Vázquez M, Martín Herranz MI.

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Sergas. As Xubias, 15006. A Coruña. España

OBJETIVO: La inmunoterapia, basada en el uso de anticuerpos monoclonales (Acmo) frente a dianas específicas, ha abierto una nueva y esperanzadora estrategia terapéutica en hemopatías malignas. Rituximab (R), primera generación de Acmo anti-CD20, bloquea específicamente el antígeno de membrana CD20, presente en linfocitos pre-B y B maduros, tanto en células normales como malignas, siendo de utilidad en el 95% de los Linfomas no Hodgkin (LNH) y otros síndromes linfoproliferativos (SLP). Además, su capacidad para conseguir la depleción de linfocitos B lo hace útil en otras patologías. El objetivo de este trabajo es analizar la utilización de rituximab en el área de Hematología de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis observacional retrospectivo. Periodo: Enero-Junio 2015. Muestra: 100% de pacientes hematológicos a tratamiento con Rituximab. Datos recogidos: Demográficos, diagnóstico, indicación, esquema de tratamiento, costes asociados. Fuente de datos: Hª clínica electrónica (IANUS®) y programa de gestión de la farmacoterapia citostática (Oncofarm®v2009.0.51.9). Estadística: análisis descriptivo de variables (SPSSv19.0); cualitativas (mediana/rango) y cuantitativas (porcentaje).

RESULTADOS: 154 pacientes (76 mujeres). Edad[mediana (rango)]: 68 (32-90)años. 46/154 pacientes (29,9%) LNH difuso de células grandes B (LNHDCGB): 36/46 1ª línea (32/36 R-CHOP, 2/36 R-CODOX-M, 1/36 R-BAM, 1/36 R-EPOCH), 2/46 R-mantenimiento, 4/46 2ª línea (2/4 R-ESHAP, 1/4 R-Bendamustina, 1/4 R-CHOP) y 4/46 ≥3ª línea (2/4 R-GEMOX, 1/4 R-ESHAP, 1/4 R-Bendamustina). 36/154 (23,38%) LNH folicular: 10/36 1ª línea (4/10 R-CHOP, 4/10 R-Bendamustina, 2/10 R-monoterapia), 20/36 R-mantenimiento, 4/36 2ª línea (4/4 R-bendamustina) y 2/36 ≥3ª línea (1/2 R-bendamustina, 1/2 R-GIFOX). 17/154 (11,04%) Leucemia linfática crónica (LLC): 13/17 1ª línea (8/13 R-Bendamustina, 4/8 R-FC, 1/8 R-Clorambucilo), 2/17 2ª línea (2/2 R-Bendamustina) y 2/17 ≥3ª línea (2/2 R-Clorambucilo). 12/154 (7,79%) LNH Manto: 3/12 1ª línea (1/3 R-CHOP, 1/3 R-bendamustina, 1/3 R-monoterapia), 4/12 R-mantenimiento, 2/12 2ª línea (1/2 R-CHOP, 1/2 R-Bendamustina), 3/12 ≥3ª línea (1/3 R-Bendamustina, 1/3 R-bortezomib, 1/3 lbrutinib). 10/154 (6,49%) LNH zona marginal: 1/10 1ª línea (R-monoterapia), 7/10 R-mantenimiento, 2/10 2ª línea (1/2 R-ESHAP, 1/2 R-Bendamustina). 10/154 (6,49%) LNH bajo grado inclasificable: 7/10 1ª línea (3/7 R-Bendamustina, 2/7 R-monoterapia, 1/7 R-CHOP, 1/7 R-Clorambucilo), 3/10 R-mantenimiento. 12/154 (7,79%) otros linfomas. Otras patologías: 2,59% (4/154) Waldenstrom, 1,95% (3/154) SLP crónico, 1,29% (2/154) reactivación virus Epstein Barr post-TPHALO, 0,65% (1/154) Tricoleucemia, 0,65% (1/154) Púrpura trombocitopénica idiopática.

CONCLUSIONES: Rituximab es ampliamente empleado en Hematología, más allá de las indicaciones autorizadas en ficha técnica. El mayor consumo se asocia a los LNH, destacando el elevado uso en mantenimiento, no sólo en LNH folicular y del manto.

La baja prevalencia de determinadas patologías hematológicas, que dificulta la realización de ensayos clínicos randomizados, hace imprescindible el análisis exhaustivo de la evidencia científica a fin de seleccionar de forma individualizada de las terapias más seguras y eficientes. Con este fin, gana relevancia la figura del farmacéutico clínico experto en hematología.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

685. ANÁLISIS DEL USO DE ERLOTINIB Y GEFITINIB EN CANCER DE PULMON NO MICROCITICO

AUTORES: FERNANDEZ CAÑABATE S, IZQUIERDO NAVARRO MDC, VALERA GONZALEZ ALLER J, CARDABA GARCIA E, FERNANDEZ PEÑA S, SANCHEZ SANCHEZ MT.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AVENIDA RAMON Y CAJAL NUMERO 3. Valladolid. España

OBJETIVO: Analizar el uso de inhibidores de tirosin quinasa (ITKs) en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), así como determinar su eficacia y tolerabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo de dos años de duración (enero 2013 a diciembre 2015) de los pacientes tratados con los ITKs (erlotinib y gefitinib) en un hospital de tercer nivel. Se consideraron las variables: sexo, edad, hábito tabáquico, intervención quirúrgica previa, histología, estadio, mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), líneas de tratamiento previas y duración del tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 85 pacientes (51/34 hombres/mujeres) 52/85 tratados con erlotinib y 33/85 tratados con gefitinib; con una media de edad de 70,73 años ± 11,97 años. 11/85 pacientes fueron tratados con erlotinib y gefitinib siendo utilizado antes erlotinib en 6 pacientes y gefitinib en 5 pacientes. En 23/85 pacientes erlotinib fue la 1ª línea de tratamiento con una media de duración de tratamiento de 414 días y en 29/85 2ª línea con una media de duración de 439 días; gefitinib fue utilizado en 25/85 pacientes en 1ª línea con una media de duración de 396 días y en 8/85 paciente como 2ª línea con una media de duración de tratamiento de 481 días. 34/85 pacientes eran fumadores, y sólo en 11/85 se realizó una intervención quirúrgica previa. En cuanto a la mutación del EGFR, 57/85 presentaban mutación con delección del exón 19, 17/85 presentaban sustitución del exón 21, 6/85 pacientes eran no mutado y en 5/85 pacientes la mutación era desconocida. En cuanto al estadiaje en 68/85 pacientes se diagnóstico de CPNM estadio IV, y 17/85 de estadio IIIB. 74/85 pacientes presentaban histología de adenocarcinoma y 11/85 de carcinoma escamoso. La dosis de inicio de erlotinib fue de 150 mg en 28/52 pacientes, presentado reducción a 100 mg en 17 pacientes por toxicidad cutánea. En el caso de gefitinib, todos los pacientes iniciaron tratamiento a dosis de 250 mg y ningún paciente necesito reducción de dosis.

CONCLUSIONES: Erlotinib fue el ITKs más prescrito con indicación de CPNM. Gefitinib fue prescrito como 1ª línea de tratamiento mayoritariamente, mientras que erlotinib fue utilizado principalmente en 2ª línea. En cuanto a la tolerabilidad, erlotinib precisó de reducción de dosis debido a toxicidad cutánea mientras que gefitinib fue mejor tolerado y no fue necesaria reducción de dosis.

555. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO MULTIPARAMÉTRICO PARA EVALUAR LA IDONEIDAD DE INICIO DE TRATAMIENTO CON ACETATO DE ABIRATERONA POSTQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES: ALVAREZ GARCÍA URIBELAERREA A, VELASCO ROCES L, IGLESIAS GARCÍA MT.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV/ROMA S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Análisis y evaluación de la aplicación en el Hospital de un cuestionario de solicitud multiparamétrico de ponderación de diferentes variables relativas al paciente y a la enfermedad, que define la idoneidad del tratamiento con acetato de abiraterona (AA) en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPMRc) tras un régimen de quimioterapia basado en docetaxel. Evaluación de la efectividad y seguridad del fármaco en los pacientes considerados idóneos para iniciar el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Un grupo multidisciplinar (Médicos y Farmacéuticos) y multicéntrico desarrolló el cuestionario de solicitud de AA, que incluyó parámetros de la enfermedad: progresión por antígeno prostático específico (PSA), testosterona >50 ng/dL, metástasis, LDH, albúmina, entre otros; y del paciente (ECOG, hipertensión no controlada, enfermedad hepática, entre otras). Fue presentado en la Comisión de Uso Racional de la Comunidad donde fue aprobado. Todas las solicitudes individualizadas de inicio de tratamiento fueron valoradas por un grupo constituido por dos Oncólogos, dos Radioterapeutas y dos Urólogos, que aplicaron este cuestionario de 19 ítems con una puntuación comprendida entre 1-3. Los pacientes iniciaban tratamiento si obtenían una puntuación 25% del valor basal o del mínimo alcanzado) y efectos adversos.

RESULTADOS: En el periodo 2013-2015 se realizaron en nuestro Hospital 30 solicitudes individualizadas de AA, 20 pacientes iniciaron tratamiento, por obtener una puntuación

CONCLUSIONES: La consideración de factores ponderados relacionados con el paciente, el tratamiento y la enfermedad permite incrementar la seguridad en la utilización de AA obteniendo unos mayores beneficios para el paciente y el sistema. La implicación de los prescriptores en la toma de decisiones constituye una herramienta útil para una gestión óptima de la farmacoterapia.

AA es una opción terapéutica efectiva y segura en pacientes con CPMRc.

1213. APLICACIÓN DE CRITERIOS DE FUTILIDAD EN EL USO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA

AUTORES: CORTE GARCIA JJ, Plano Sánchez AI, Martín García PL, Al Kassam Martínez M, Trujillo Fagundo M, Rubio Alfonso T.

FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE. Avda. Eduardo de Castro, s/n. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de criterios de ineficacia que permitan guiar la retirada de enzalutamida (ENZ) y abiraterona (ABI) en pacientes en tratamiento de cáncer de próstata metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en abril de 2016 en cuatro hospitales comarcales. Se revisó la evidencia disponible y se predefinieron criterios de ineficacia que hubiesen permitido considerar una potencial interrupción del tratamiento por pérdida de respuesta al mismo: progresión bioquímica (elevación PSA $\geq 50\%$ sobre valor nadir), progresión radiológica (aparición ≥ 2 nuevas lesiones en gammagrafía ósea) y progresión clínica (definida por aumento de dolor, evento esquelético adverso, elevación dosis/cambio de corticoide o necesidad de inicio de quimioterapia). Las historias clínicas de todos aquellos pacientes que recibieron ENZ o ABI fueron analizadas mediante el Sistema de Historia Clínica Electrónica SELENE v5.3 revisándose las determinaciones de PSA, parámetros radiológicos y los aspectos clínicos referidos previamente para evaluar el uso o no de criterios de futilidad en el empleo de estos fármacos.

RESULTADOS: Un total de 23 pacientes recibió tratamiento con alguno de los agentes objeto de estudio (19 con ABI y cuatro con ENZ). La mediana de edad fue 77 años (rango: 55-87). En 16/23 casos el tratamiento se realizó antes de terapia con taxanos y en 7/23 fue posterior al uso de docetaxel. Continúan en tratamiento (abril 2016) 13 pacientes, siete fallecieron y tres reciben actualmente quimioterapia con taxanos.

En los pacientes con indicación de uso postquimioterapia a los que se retiró el fármaco (3/7), la mediana de duración del tratamiento fue 188 días (rango: 100-252 días). En los pacientes fallecidos o que iniciaron docetaxel para la indicación premiquioterapia (7/16) la mediana de duración fue 228 días (rango: 108-671 días).

En 8/23 (35%) pacientes no hay control del PSA posterior al inicio del tratamiento, en 15/23 (65%) no existe control radiográfico mediante gammagrafía. En 4/7 fallecidos la retirada del tratamiento se realizó en los 21 días previos al exitus. Se ha podido correlacionar el cumplimiento de los tres criterios considerados con la retirada del tratamiento en

2/10 pacientes. En el resto de pacientes, la retirada se produce como resultado de constatación de situación pre-terminal o bien necesidad inmediata de inicio de quimioterapia (sin referencia bioquímica o radiológica).

CONCLUSIONES: En la práctica rutinaria no se constata la monitorización de la eficacia de ABI y ENZ en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico. El seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes es deficiente. Los resultados del presente trabajo y la necesidad de implantar y monitorizar periódicamente criterios de futilidad (bioquímicos, radiológicos y clínicos relacionados con la calidad de vida) serán comunicados a la Comisión de Uso Racional del Medicamento de la Comunidad al objeto de promover un uso más eficiente de estos agentes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

792. ATENCION FARMACÉUTICA A PACIENTES CON CANCER DE OVARIO EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: CAMPOS DAVILA E, ARAUJO RODRIGUEZ FJ, GUERRA ESTEVEZ D, Ramos Baez JJ, GONZALEZ-MIRET MARTIN JM.

HOSPITAL SAS LA LINEA. AV. MENENDEZ PELAYO, 103. Cádiz. España

OBJETIVOS: Desde el año 2004, en consenso con los Servicios de Oncología y de Hematología, el Servicio de Farmacia prescribe la terapia antiemética individualizada para los pacientes que reciben quimioterapia (QT). En este estudio se evalúa la terapia antiemética prescrita a pacientes con QT dirigida a Cáncer de Ovario(CO).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticadas de CO en tratamiento con QT estándar, que recibieron terapia antiemética desde el Servicio de Farmacia entre el 01/04/2006 y el 30/03/2016. Las pacientes fueron seleccionadas mediante la aplicación informática Farmis[®] y se revisaron las intervenciones farmacéuticas registradas en la base de datos □Terapia Antiemética□ propia del Servicio. En función del potencial emetógeno del ciclo quimioterápico, el farmacéutico asignaba y explicaba a la paciente/familiar el kit de antiemesis más adecuado para controlar tanto la emesis aguda como la retardada:

- QT poco emetógena: 1 ó 2 comprimidos de metoclopramida 10 mg cada 8 horas si precisa.
- QT moderadamente emetógena (Kit 1): Dexametasona 4 mg en pauta descendente durante 6 días junto con omeprazol 20 mg y metoclopramida si precisa, comenzando el mismo día de la QT.
- QT altamente emetógena (Kit 3): Kit 1 más un comprimido de Granisetron 1 mg en la cena del mismo día de la QT. Cuando las náuseas y/o vómitos no eran controlados con las pautas establecidas, se diseñaba una estrategia compartida con la paciente, reforzando la toma de metoclopramida de forma regular, añadiendo granisetron 1 mg/día durante los 2 días posteriores a la QT si predominaba el componente agudo, o adicionando aprepitant a las terapias basadas en cisplatino. En pacientes refractarias o en los que se sospechaba la influencia de un componente psicológico, se recomendaba al clínico la prescripción de lorazepam 1 mg antes de la QT, continuando con 1 mg cada 12 horas los 5 días posteriores.

RESULTADOS: Se revisaron 55 pacientes, que recibieron un total de 612 ciclos de QT. Se realizaron 505 intervenciones farmacéuticas, por lo que el 82,51% de las veces que las pacientes recibieron un ciclo, acudieron a Farmacia a recoger su medicación antiemética. 35 (63,63%) pacientes acudieron siempre que recibieron un ciclo, 3 (5,45%) no acudieron en ninguna ocasión y el 29,09% se ausentó en alguno de sus ciclos (3 por buena tolerancia al tratamiento y, por tanto, no necesidad de tratamiento antiemético).

40 pacientes iniciaron con kit tipo 3 como terapia antiemética, y las otras 12 con kit tipo 1. Se realizó una reducción gradual de la antiemesis al 43,63% de las pacientes y el 25,9% requirió un refuerzo, mediante la toma regular de metoclopramida (20,4%) y/o adición de lorazepam (5,5%).

CONCLUSIONES: La buena aceptación por parte del paciente oncológico hacia la actividad asistencial prestada por Farmacia se evidencia por el elevado número de intervenciones farmacéuticas realizadas (82,51%). La tasa de reducción de antieméticos fue más baja y la de refuerzo ligeramente más alta que en otras QT estudiadas (Pulmón, Colon), siendo el sexo, menor edad, o QT de repetición factores que podrían incidir en este sentido.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

80. BENDAMUSTINA EN MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO O EN RECAIDA

AUTORES: MENESES MANGAS C, GROISS BUIZA J, MARTIN CLAVO S, GARCIA LOBATO E, BONILLA GALÁN C, BRIEGAS MORERA D.

CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. Avda. de Elvas sn. Badajoz. España

OBJETIVOS: Determinar la eficacia, seguridad y coste de Bendamustina en pacientes diagnosticados de Mieloma Múltiple (MM) refractario o en recaída.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de pacientes diagnosticados de MM refractario o en recaída tratados con Bendamustina en 2º línea o posterior, en monoterapia o asociado a otros fármacos durante el periodo comprendido entre Febrero 2013- Febrero 2016.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas en papel y electrónica (Jara®), del programa de dispensación de pacientes ambulatorios (Farmatools®) y del programa de laboratorio de análisis clínicos (Cornalvo®) registrándose: sexo, edad, tratamientos previos, línea de tratamiento, tipo de componente monoclonal, posología, fármacos concomitantes, inmunoglobulinas pre y post-tratamiento con Bendamustina, duración de tratamiento y acontecimientos adversos.

La eficacia se midió en términos de respuesta, según los criterios establecidos por IMWG (International Myeloma Working Group): Respuesta Completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) o progresión (P) ; y en términos de supervivencia obteniéndose la Supervivencia libre de progresión (SLP).

Los resultados estadísticos se determinaron mediante el programa SPSS Version 20.0.

La seguridad se valoró en función de las reacciones adversas y alteraciones analíticas observadas.

El coste se evaluó en función del PVL y la media de ciclos utilizados en nuestros pacientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes (9 hombres (60%) / 6 mujeres (40%)) con edad media de 69 años (58-88). 9 eran MM tipo IgG, 3 MM tipo IgA, 2 MM de cadenas ligeras kappa y 1 MM de cadenas ligeras lambda.

En 2 pacientes se utilizó Bendamustina en 2º línea, en 8 pacientes en 3º línea y en 5 pacientes en 4º línea o posterior. La dosis media de Bendamustina utilizada fue de 150 mg los días 1 y 2 en cada ciclo de 28 días. En 10 pacientes se asoció Bendamustina con glucocorticoides, en 2 pacientes con Bortezomib, 1 paciente con Vinblastina y 2 pacientes se mantuvieron en monoterapia.

Tras una media de 5 ciclos (1-15), 10 pacientes (67%) obtuvieron respuesta (4 RC (27%) y 6 RP (40%)). Sin embargo, 3 pacientes (20%) progresaron y 2 (13.3%) fallecieron durante el tratamiento sin poder ser valorada el tipo de respuesta.

La mediana del tiempo de SLP con Bendamustina fue de 4 meses (IC95%, 2.43-5.56).

Del total de respuestas, el 90% (10 pacientes) recibieron Bendamustina en 2o o 3o línea ($\chi^2=12.9$, $p=0.164$).

En relación a la seguridad, 9 pacientes (60%) presentaron toxicidad hematológica: 6 trombopenias, 2 neutropenias y 1 citopenia.

El coste medio del tratamiento por paciente fue de 2870 euros.

CONCLUSIONES: Bendamustina puede considerarse como una opción terapéutica efectiva en pacientes con MM refractario o en recaída existiendo una tendencia favorable en 2º o 3º línea.

Realizando una comparación histórica, en nuestro estudio Bendamustina ofrece una eficacia en SLP similar a otros fármacos autorizados para pacientes con MM refractario o en recaída pero con un coste muy inferior.

El perfil de toxicidad de Bendamustina fue aceptable.

Teniendo en cuenta el número limitado de pacientes, sería necesario ampliar el estudio para poder confirmar dichos datos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

215. CALCULO DE DOSIS DE CARBOPLATINO: INFLUENCIA DEL MÉTODO ANALÍTICO EMPLEADO EN LA DETERMINACIÓN DE CREATININA

AUTORES: FERNANDEZ VEGA H, VILASOA BOO JP, CASTRO DOMINGUEZ JM, FEIJOO MELENDEZ D, SUAREZ SANTAMARIA M, PIÑEIRO CORRALES G.

COMPLEXO HOSPITALARIO DE VIGO. ESTRADA DE CAMPOAMOR S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Analizar las diferencias entre los datos de creatinina obtenidos en el laboratorio de urgencias, en el cual se utiliza plasma y el obtenido en el laboratorio ordinario que utiliza suero y su influencia en el cálculo de la dosis de del carboplatino.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional realizado en un centro hospitalario terciario en el que previamente a la administración de carboplatino se extrae sangre a los pacientes para la realización de dos analíticas: la urgente, en la cual se emplea plasma y la ordinaria, en la cual se emplea suero. A pesar de que la técnica utilizada para la determinación de creatinina es la misma en ambas (enzimática), se observó que existían diferencias entre los resultados obtenidos en cada una de ellas. Este resultado influye a la hora de calcular la dosis de carboplatino.

Para la realización del estudio, se seleccionaron todos los pacientes que durante el periodo de enero de 2013 hasta abril de 2015 recibieron tratamiento con carboplatino, recogiendo en una tabla excel®: datos demográficos de los pacientes, diagnóstico, esquema de quimioterapia, fecha de la extracción, resultado de la creatinina de urgencias, creatinina ordinaria y dosis de carboplatino, calculado según la fórmula de Calvert (1989), correspondiente a sendas analíticas.

Se excluyeron aquellos pacientes en los que la creatinina fue menor de 0,5 mg/dl o el aclaramiento de creatinina mayor de 125 ml/min, por el capping de cálculo aplicado.

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes (ianus®) y de la aplicación informática oncofarm®. El análisis de datos se realizó en el programa de análisis estadístico SPSS® (Versión:22.0).

RESULTADOS: Durante el período de estudio 50 pacientes (16 hombres, 34 mujeres) recibieron tratamiento con carboplatino, realizándose 146 determinaciones analíticas (73 urgentes y 73 ordinarias). La media de edad de los pacientes fue de 68,26 años (32-86).

En cuanto al diagnóstico, los más frecuentes fueron cáncer de ovario: 52% pacientes (n=26) y cáncer de pulmón no microcítico: 30% pacientes (n=15).

Con respecto al AUC que se utilizó para el cálculo de la dosis de carboplatino, en el 74% de los pacientes se empleó AUC6, en el 17,8% AUC5 y en el 8,2% AUC4,

Se encontró una diferencia mayor al 10% entre la creatinina de urgencias y la ordinaria en 38 determinaciones (26%). La diferencia en las dosis de carboplatino calculadas fue mayor al 10% en 16 ciclos de quimioterapia.

CONCLUSIONES: -La discrepancia de datos de creatinina entre las determinaciones analíticas puede dar lugar al cálculo de dosis de carboplatino erróneas.

-A pesar de que la técnica empleada es la misma, la sangre del paciente se extrae a la misma hora y por el mismo personal sanitario, no puede descartarse que otros factores, aparte del tipo de muestra empleado, pudiesen influir en el resultado de las determinaciones.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

888. COMBINACIÓN DE PANITUMUMAB Y QUIMIOTERAPIA BASADA EN FLUOROURACILO CON OXALIPLATINO COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: MONFORTE GASQUE MP, CASTRESANA ELIZONDO M, HERNANDEZ GARCIA I, MONTESERIN GARRAS-TATXU I, GUTIERREZ VALENCIA M, LACALLE FABO E.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: Panitumumab es un anticuerpo monoclonal Ig G2 completamente humano, cuya diana es el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Está indicado como tratamiento de primera línea del cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en combinación con FOLFOX (5-fluorouracilo, leucovorín y oxaliplatino), previa determinación del estado nativo del gen RAS (RAS WT).

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del esquema panitumumab en combinación con FOLFOX en los pacientes con CCRm.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con CCRm en tratamiento con la combinación panitumumab y FOLFOX desde junio de 2008 hasta septiembre de 2015. Se recogieron de la historia clínica informatizada datos demográficos, clínicos y farmacoterapéuticos. Las variables principales de efectividad fueron: tipo de respuesta al tratamiento (según criterios RECIST), supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). La frecuencia de los efectos adversos y su gravedad (según CTCAE v4.0) establecieron el perfil de seguridad del tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 22 pacientes, 72% varones (n=16). La edad media fue de 59.4 años (DE=9.4) y el ECOG PS al inicio del tratamiento fue de 1 en el 95.5% (n=21). El 86.4% (n=19) fueron diagnosticados en estadio IV. La mediana de ciclos recibidos fue de 12 (RIC 6-18) y el tiempo medio en tratamiento fue de 7.7 meses (DE=5.6). La mediana de tiempo hasta alcanzar la primera respuesta fue de 10 semanas (RIC 7-12) y la duración media de la respuesta de 44 semanas (DE=50.5). La tasa de respuesta global fue de 31.8%, de las cuales el 27.3% (n=6) fueron respuestas parciales. El 18.2% (n=4) presentaron estabilización de la enfermedad y el 45.5% (n=10) progresión. En un paciente la respuesta no fue evaluable (2 ciclos de tratamiento hasta fallecimiento). La mediana de SLP fue de 23 meses (IC 95% 5.2-40.7), sin alcanzarse la mediana de SG (fallecieron el 36.4% de los pacientes). La toxicidad más frecuente fue la cutánea, afectando al 90.9% (n=20) de los pacientes y siendo el rash el efecto adverso más frecuente. Fue necesario reducir la dosis de fármaco a 6 pacientes (4 de ellos debido a toxicidad cutánea), con una reducción media del 18% (DE=6.1, rango 10-28).

CONCLUSIONES: El tratamiento fue, en general, bien tolerado. Se observó una elevada frecuencia de toxicidad dermatológica, siendo ésta característica de la familia de los inhibidores del EGFR. Panitumumab constituye una terapia con una efectividad y tolerancia aceptable en el tratamiento de primera línea del CCRm en la población KRAS WT. Las futuras directrices del tratamiento del CCRm deberán establecer la secuencia óptima del uso de las terapias disponibles con la finalidad de alcanzar el mayor beneficio clínico en los pacientes.

828. DESVIACIONES EN LOS TIEMPOS DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES: ALVAREZ MANCEÑIDO FJ, JIMENEZ GALAN R, COSSIO CARBAJO F, LLORENTE ROMEO A, MARTINEZ TORRON A, PASCUAL GAZQUEZ JF.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Avda. de Roma S/N. Asturias. España

OBJETIVOS: Analizar la desviación en los tiempos de administración de los regímenes de quimioterapia en pacientes pediátricos e identificar los factores asociados.

Materiales y métodos:

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todas las perfusiones intravenosas de quimioterapia administradas en pediatría con un tiempo de infusión mayor o igual a dos horas entre enero de 2015 y febrero de 2016. Para la administración de quimioterapia se utilizaron bombas Alarys SE®, modelo 7231. Las variables analizadas fueron: diagnóstico, fármaco/s administrado/s, tiempo de infusión establecido, velocidad de infusión, volumen teórico preparado en farmacia (obtenido del programa Oncofarm®) y volumen final (contabilizado por la bomba al finalizar la infusión). Debido a que el tiempo real de infusión no se recoge en la historia clínica, la desviación en el tiempo de administración de cada infusión con respecto al teórico se estimó a través de la diferencia entre estos dos volúmenes, considerando la velocidad de administración establecida. Se consideró como relevante una diferencia en el tiempo de administración superior a 30 minutos.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS V15.0. Para identificar los factores asociados con la desviación en los tiempos de administración se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes para las variables cuantitativas y Chi cuadrado en caso de variables cualitativas.

Resultados y discusión:

Durante el período de estudio se administraron un total de 74 infusiones con una duración ≥ 2 horas. El tiempo de administración fue ≤ 3 horas en el 22% de las infusiones, en el 40% ≤ 6 horas y en el 38% restante fue superior a 6 horas. Las velocidades de infusión oscilaron entre 4,6 y 250 mL/h (mediana 24,3 mL/h; RIQ: 10-55,2). Los fármacos administrados fueron: doxorubicina, ifosfamida, ciclofosfamida, cisplatino y etopósido.

En el 16% (n=12) de las infusiones administradas no hubo desviación en el tiempo de infusión con respecto al establecido en el esquema de quimioterapia, en el 58% (n=43) la diferencia de tiempo fue inferior a 30 minutos, entre 30-60 minutos en el 11%, entre 1-2 horas en el 5%, y >2 horas en el 10% restante.

Las variaciones en los tiempos de administración superiores a 30 minutos se produjeron en aquellos esquemas con un tiempo de administración superior a seis horas en la mayoría de los casos (n=11) y entre 3-6 horas en el resto, mientras que no hubo discrepancia en aquellos administrados en menos de tres horas.

La velocidad media de perfusión fue significativamente menor (p=0,003) en aquellas infusiones que tenían una desviación en el tiempo de administración superior a 30 minutos comparada con aquellas con una diferencia inferior a 30 minutos (14,5 vs 51,5 mL/h respectivamente). No se encontraron diferencias significativas con el resto de variables analizadas.

CONCLUSIONES: En la mayoría de los pacientes se produjo alguna variación en el tiempo de administración. Pequeñas desviaciones en los volúmenes de preparación de quimioterapia pueden dar lugar a grandes diferencias en los tiempos de administración.

La duración del esquema y la velocidad de perfusión fueron los principales factores asociados a las desviaciones en los tiempos de administración.

618. DOSE BANDING DE LEVOFOLINATO CÁLCICO EN CÁNCER COLO-RECTAL METASTÁSICO

AUTORES: CORTELL FUSTER C, MARTÍNEZ BENAVIDES J, MOYA GIL A, PAVÍA CALVO H, LLOPIS SALVIA P, CLIMENTE MARTÍ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. Gaspar aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad, la seguridad y el valor añadido del dose banding (DB) de levofolínato cálcico (LC) en pacientes con cáncer colo-rectal metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio caso-control ambispectivo en un hospital general universitario terciario donde la preparación de la quimioterapia es integral en la Unidad de Oncología Farmacéutica.

Tiempo de estudio: 16 meses de duración (5 meses de inclusión de pacientes y 12 semanas de seguimiento desde el inicio en cada grupo). Fase control retrospectiva: dosis administrada de LC según dosis prescrita por superficie corporal (SC) (enero2015-agosto2015). Fase caso prospectiva: dosis administrada de LC según DB (septiem-

bre2015-abril2016). Se elaboraron 4 lotes de LC para el DB: 175 mg en 100 ml y 250 ml de suero glucosado 5% (SG5), y 350 mg en 100 ml y 250 ml de SG5. Criterios de inclusión: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer colo-rectal metastásico que iniciaron tratamiento de primera línea o posteriores con los protocolos: a) FOLFOX/FOLFIRI, b) FOLFOX/FOLFIRI+anti-VEGF y c) FOLFOX/FOLFIRI+anti-EGFR. Se excluyeron los pacientes que presentaban una diferencia >10% entre dosis prescrita y dosis de DB.

Variables respuesta de efectividad: respuesta global (RG) y supervivencia libre de progresión (SLP) a las 12 semanas, siendo respondedores los pacientes con respuesta parcial o completa según pruebas de imagen (TAC). Como variable secundaria se calculó el porcentaje de disminución del marcador tumoral antígeno carcino-embriionario (CEA). Variables de seguridad: efectos adversos (EA) asociados al tratamiento con 5-fluorouracilo (diarrea, vómitos, astenia, mucositis y estomatitis). Variables de valor: reducción de tiempos y costes en acondicionamiento/preparación según retribuciones del personal implicado. El análisis estadístico se efectuó con el aplicativo STATA (v13.1), realizando la prueba de Shapiro-Wilk para estudiar la normalidad. Los resultados se obtuvieron con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y tablas de contingencia Ji-cuadrado.

RESULTADOS: en el tiempo de estudio se trataron 213 pacientes con los protocolos seleccionados, el 68% con SC adecuada para la administración según DB. Según criterios de inclusión, se incluyeron 32 pacientes que iniciaron tratamiento (16 en cada grupo) equivalentes a 188 pacientes-día. En cuanto a efectividad, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos caso y control. SG: 37,5% vs 37,5% ($p=1,00$); SLP: 93,8% vs 93,8% ($p=1,00$); disminución de CEA: 21,0% vs 46,6% ($p=0,17$).

En relación a la seguridad, los EA más comunes fueron diarrea y astenia, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre grupos caso y control: 50,0% vs 50,0% ($p=1,00$) para diarrea y 56,3% vs 62,5% ($p=0,72$) para astenia. Ningún paciente presentó estomatitis. Otros EA: vómitos 37,5% vs 31,3% ($p=0,71$), mucositis 31,3% vs 43,8% ($p=0,46$).

La administración de LC según DB en los pacientes incluidos en el estudio, supuso una disminución de 4 horas y 42 minutos en tiempo global de acondicionamiento/preparación. Se estimó un ahorro anual de 1.247 €, considerando los pacientes en tratamiento con LC que cumplían criterios para la administración de DB.

CONCLUSIONES: El DB de LC es una oportunidad de mejora coste-efectiva en el proceso de preparación de quimioterapia sin comprometer la efectividad y seguridad del tratamiento antineoplásico.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

551. DOSIFICACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS EN PACIENTES CON PESOS EXTREMOS

AUTORES: LOMBARDERO PIN M, OTERO VILLALUSTRE C, MATEOS EGIDO E, NUCETE GALLEGU B, SANTOS MORIN L, DÍEZ DEL PINO A.

HOSPITAL INSULAR MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA. aVDA. mARITIMA DEL sUR, S/N. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Analizar la adecuación de la dosificación de pacientes con pesos extremos (obesos y caquéticos) a las recomendaciones actuales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional en pacientes obesos y con bajo peso que reciben tratamiento antineoplásico dosificado en función de la superficie corporal (SC), cuyo cálculo, mediante la fórmula de DuBois-DuBois, así como la dosis se realizan a través del aplicativo Farmatools® v. 2.5. Se establece un límite máximo de SC de 2 m². Se recogen las variables: peso, talla, edad, sexo, objetivo del tratamiento (curativo o paliativo), diagnóstico y dosis administrada, a través del programa. Se calcula, el Índice de Masa Corporal (IMC) y se clasifica a los pacientes en 5 grupos, según los valores de IMC obtenidos: 40kg/m² obesidad mórbida, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se compara la dosis administrada dosificada en función de la SC (límite máximo 2 m²), con la dosis teórica considerando el peso real de los pacientes, según las recomendaciones actuales de la Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO). Se considera que existe una diferencia clínicamente significativa cuando la diferencia obtenida entre las respectivas dosis es $\geq$ al 5%.

RESULTADOS: Del total de 162 pacientes, el 38,88% son hombres y el 61,11% mujeres, con edad media de 58,78 $\pm$ 12,83 años y peso medio de 71,56 $\pm$ 14,75 kg, siendo los tumores mayoritarios de mama (33,95%), tumores digestivos (31,48%) y pulmón no microcítico (6,70%). El objetivo del tratamiento en el 41,98% es curativo y en el 58,02% paliativo.

El 25% de los pacientes presentan obesidad (IMC $\geq$ 30 kg/m²), el 70,68% normopeso (IMC 18,5-24,9kg/m²) y el 4,32% bajo peso (IMC $\leq$ 18,5kg/m²), el 25% de ellos, con un IMC $>$ 36kg/m², presenta una diferencia media de 6,87% (0,93-16,66%) entre la dosis administrada y la teórica. Atendiendo a nuestra práctica habitual de dosificación (SC máxima de 2 m²), el 60% de los pacientes con IMC $>$ 36kg/m², se ven afectados (diferencia entre dosis $\geq$ 5%). El 16,66% de estos pacientes reciben tratamiento con intención curativa. Todos los pacientes con IMC

CONCLUSIONES: La mayoría de nuestros pacientes obesos se encuentran bien dosificados considerando su peso real, ajustándose así a las recomendaciones actuales (ASCO 2012). El porcentaje de pacientes obesos infradosificados, deberían recibir una dosis mayor de antineoplásico, sobre todo, aquellos que reciben tratamiento con intención curativa. Los pacientes con bajo peso, reciben dosis totales desde el inicio del tratamiento, en función del peso real. Sólo aquellos, categorizados como -frágiles- tienen reducción de dosis en su primer ciclo.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

982. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSIN KINASA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES: VIÑA ROMERO MM, GONZALEZ PERERA I, MERINO ALONSO J, NAZCO CASARIEGO J, RAMOS LINARES S, GUTIERREZ NICOLAS F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO S/N. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Describir la efectividad de los inhibidores de tirosin kinasa (ITKs), de primera y segunda generación, en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC) analizando la respuesta molecular alcanzada.

Materiales y métodos:

Estudio transversal multicéntrico en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de LMC en tratamiento activo con algún ITK.

Para el registro de los características de los pacientes y valores analíticos se analizaron las historias clínicas de los pacientes mediante los aplicativos informáticos SAP® y DRAGO-AE®, el programa de prescripción electrónica de medicamentos oncohematológicos Farmis-oncofarm® y los registros de dispensación de farmacia desde Farma-tools-DPE®.

RESULTADOS: En el estudio participaron dos hospitales de tercer nivel que en el momento del análisis tenían en tratamiento activo con TKIs 98 pacientes. De estos el 54,4% eran hombres, y la edad media de la población de estudio fue de 56,1 años (23-87).

De los pacientes: el 47,9% se encontraban en tratamiento con imatinib (96,6 % en primera línea y el 4,4 % en segunda línea), con una media de tiempo de tratamiento de 7 años. El 39,7% estaban en tratamiento con nilotinib (46,5% como primera línea) con un tiempo medio de tratamiento de 3,9 años. El 12,4% se trataban con dasatinib (25% en primera línea) y tiempo medio de tratamiento de 2,7 años.

En el grupo del imatinib se obtuvo una RM 5 en el 76,6 %; RM 4,5 en el 13 %; RM 4 en el 3 %; RM mayor (RMM) en el 3% y en un 1% no se había alcanzado aún respuesta. El grupo de los pacientes tratados con nilotinib: el 38,8 % alcanzaron una respuesta RM 5; RM 4,5 el 38,8%; RMM el 11,1%;RMM y el 5,5% aún no se ha alcanzado respuesta. En los pacientes tratados con dasatinib las respuestas fueron: 33,3% para RM 5; 25 % para RM 4,5; 25% para RM4 ;8,3% para RMM y un 8,3% aún no han alcanzado respuesta.

CONCLUSIONES: En nuestra población de estudio se observa como en más del 90% de los casos se obtiene una respuesta molecular completa, tanto con los ITKs de primera como los de segunda generación. Futuros estudios nos permitirán conocer la duración de estas respuestas. Si se confirma que éstas son similares entre ambos grupos de ITKs, parece razonable que siempre y cuando las características clínicas del paciente lo permitan, la terapia mas eficiente sea la que suponga un menor impacto presupuestario, como sucederá con la inminente incorporación del imatinib genérico.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

945. EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB EN CANCER COLORRECTAL METASTASICO

AUTORES: HERRANZ MUÑOZ C, HERRERO FERNANDEZ M, ORTIZ CAMPOS M, RAMOS DÍAZ F, SÁNCHEZ NAVARRO I, BONA LÓPEZ C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ - MECO S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de Regorafenib en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) tras fracaso a las terapias previas y comparar los resultados obtenidos con los del estudio pivotal.

Material y Métodos Estudio observacional retrospectivo de Enero 2010 a Abril 2016 en un Hospital de 400 camas. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de CCRM tratados con Regorafenib en monoterapia tras fracaso al menos a dos líneas terapéuticas previas. Se diseñó una base de datos donde se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, estado funcional al inicio del tratamiento según escala ECOG, estado del gen KRAS, número de líneas terapéuticas previas, fecha de inicio tratamiento, tiempo hasta la progresión y fecha de exitus. Las fuentes de información utilizadas fueron: aplicación informática de Pacientes Externos (Farma-tools®) e historia clínica electrónica

(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. Además se realizó un análisis de subgrupos a fin de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los estratos, mediante un Test Log-Rank estratificando la muestra en función de ECOG, KRAS y sexo. Los resultados se han analizado mediante el programa estadístico SPSS vs 18.0 (análisis de supervivencia según el método Kaplan- Meier).

Resultados Se incluyeron 12 pacientes (5 mujeres; 7 hombres) con una edad media de $63,56 \pm 9,38$ años. La distribución de los pacientes según el estado del gen KRAS fue: 41,7% (n=5) nativo y 58,3% (n=7) KRAS mutado. En cuanto al estado general, el ECOG al inicio del tratamiento fue: 0 en el 25% de los pacientes, 1 en el 41,7% y 2 en el 33,3% de los casos. Todos los pacientes recibieron previamente ≥ 2 regímenes de tratamiento siendo la media de líneas terapéuticas previas $3,3 \pm 1,7$. El regorafenib fue prescrito en 3ª línea en 4 pacientes (33,3%) y en el resto en 4ª línea o posteriores (66,7%). La posología de Regorafenib en todos los pacientes fue 160mg/día durante 21 días, cada 28 días. Al final del periodo de estudio, 2 pacientes presentaban enfermedad estable y el resto habían progresado, de los cuáles 6 pacientes fallecieron durante el tratamiento con el mismo. La mediana de SLP fue de 3,1 meses (IC 95% 2,40-3,79). El análisis de subgrupos mediante el Test Log-Rank mostró que ninguna de las variables evaluadas (ECOG, KRAS, sexo) influyeron significativamente en la SLP ($p=0,502$, $p=0,108$ y $p=0,148$ respectivamente).

Conclusiones Nuestra población ha presentado una SLP superior a la demostrada en el estudio pivotal CORRECT (3,1 meses vs 1,9 meses), por lo que Regorafenib puede representar una opción de tratamiento en aquellos pacientes con una expectativa de vida de al menos 3 meses (relevancia clínica discreta). Es necesario identificar la población diana susceptible de este tratamiento para optimizar el mismo, maximizando el beneficio y contrarrestando la toxicidad asociada.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

788. EFECTIVIDAD DEL USO LA AZACITIDINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA Y SÍNDROME MIELODISPLÁSICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES: NAVARRO DÁVILA MA, Viña Romero M, Gutiérrez Nicolás F, Ramos Linares S, Gómez Mellini E, Merino Alonso J.

HOSPITAL UNIV. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. Ctra. del Rosario, 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de la Azacitidina en el tratamiento de la leucemia mieloblástica aguda (LMA) y síndrome mielodisplásico (SMD), en un hospital de tercer nivel.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, unicéntrico de dos años de duración en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados con LMA y SMD tratados con Azacitidina. %Las características demográficas de los pacientes, así como el número de ciclos, dosis administradas y la supervivencia global (SG) de los pacientes fueron obtenidas de los aplicativos informáticos Farmis-Oncofarm®, Farmatools® y la historia clínica electrónica DRAGO AE® de los pacientes. El cálculo de la mediana de supervivencia global se realizó mediante una estimación de tipo Kaplan-Meier empleando el programa G-Stat 2.0.

Resultados%

Durante el periodo de estudio se incluyeron 24 pacientes (54% mujeres), con una media de edad de 69 años (20-85) años. El 50% de los pacientes fueron diagnosticados con LMA y 50% presentaban SMD. De estos últimos, el 20,8 % evolucionaron a una LMA en un tiempo medio de 13,2 meses. La media de ciclos administrados fue 10. La dosis media/día/ciclo fue 71,6 mg/m², menor que 75 mg/m² indicada en la ficha técnica, debido a reducciones de dosis por toxicidad. Entre las reacciones adversas recogidas, de mayor a menor incidencia fueron: anemia (41%), trombopenia (29%), pancitopenia (16%), náuseas (8,3%), aplasia medular (4,1%) que obligó al cambio de tratamiento. %En cuanto a la efectividad del tratamiento con Azacitidina, la mediana de SG fue de 26,4 meses.

Conclusión%

Con el presente trabajo hemos querido mostrar los datos de efectividad de la Azacitidina en el tratamiento de la LMA y el SMD en nuestro centro, que fueron muy similares a la eficacia descrita en el ensayo fase III de AZA AZAPH GL 2003 CL. La SG comparada fue de 26,4 vs 24,4 meses, el número de ciclos administrados 10 vs 10,2 ciclos y en el tiempo de evolución de los SMD a LMA de 13,2 vs 13 meses. Este tipo de análisis nos permitirán conocer la efectividad de los tratamientos antineoplásicos en el área de la hematología en la práctica clínica real.

913. EFECTIVIDAD Y ADECUACIÓN A CRITERIOS DE LA COMISIÓN DE FARMACIA DE EVEROLIMUS EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO HORMONOSENSIBLE

AUTORES: CANTILLANA SUAREZ MDG, Artacho Criado SM, Cantudo Cuenca MR, Manzano Gracia M, Guzmán Ramos MI, Robustillo Cortés MDLA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. Carretera Sevilla-Cádiz, sin número. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de everolimus en el tratamiento de pacientes diagnosticados de cáncer de mama avanzado con receptor hormonal positivo y HER2/neu negativo. Comprobar la adecuación y cumplimiento de los criterios de utilización establecidos por la Comisión de farmacia y terapéutica del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con cáncer de mama en tratamiento con everolimus desde diciembre 2013 hasta octubre 2015.

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

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

Criterios de utilización acordados en la Comisión de farmacia y terapéutica de everolimus: □cáncer de mama avanzado con receptor hormonal positivo, HER2 negativo, en combinación con exemestano, en pacientes que no tengan una enfermedad visceral sintomática que cumplan todos los requisitos: no haber recibido tratamiento previo con exemestano, estado funcional ECOG 0-2, y recurrencia o progresión al menos a 3 líneas de tratamiento previo (una de ellas un inhibidor de la aromatasa no esteroideo)□.

RESULTADOS: Se seleccionaron 13 pacientes para el estudio (12 mujeres) con una mediana de edad de 49 años (rango:42-79).

La mediana de líneas de tratamiento previas recibidas fue de seis (rango:3-10). El 100% de los pacientes habían recibido al menos tres líneas de tratamiento previas, habían sido tratadas con hormonoterapia previamente y habían recibido quimioterapia para su enfermedad metastásica.

De los 13 pacientes, 10 iniciaron el tratamiento de everolimus con la dosis recomendada de 10 mg/día y los otros restantes (n=3) con 5 mg/día, debido a que tenían una toxicidad residual de grado II (GII) de la quimioterapia previa.

De los 10 pacientes que iniciaron con la dosis recomendada, a tres se les redujo a 5 mg por toxicidad: uno por mucositis GIII, otro por tos persistente desde el inicio y el tercero por anorexia, astenia y vómitos.

Todos habían finalizado el tratamiento en la fecha de recogida de datos y la causa de finalización fue: diez por progresión de la enfermedad y tres pacientes por toxicidad (un paciente retirada voluntaria por mucositis GI e insomnio; otro por hinchazón de lengua que dificultaba el habla y disnea súbita; y el tercero por ascitis, dolor abdominal y edema suprapúbico). La SLP mediana fue de 3,0 meses (RIQ1:1,6 □ QIQ3:4,8).

El cumplimiento de los criterios de utilización establecidos por la Comisión fue muy elevado, con un 84,6% de cumplimiento. Sólo dos pacientes no cumplieron los criterios, y el único requisito incumplido fue que ambos habían sido tratados previamente con exemestano.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos de SLP son bastante inferiores a los obtenidos en el ensayo pivotal (3,0 versus 11,0 meses), esto puede deberse al elevado número de líneas de tratamiento recibidas en nuestras pacientes en comparación con las del ensayo pivotal. Existe un elevado porcentaje de cumplimiento de los criterios de utilización establecidos por la Comisión.

942. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN SIN QUIMIOTERAPIA PREVIA O POSTQUIMIOTERAPIA

AUTORES: HERRANZ MUÑOZ C, HERRERO FERNANDEZ M, ORTIZ CAMPOS M, GINES PALOMARES A, TERUEL MUÑOZ C, LUQUE INFANTES R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ - MECO S/N. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con Abiraterona en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración (CPMRC) en los que la quimioterapia no está clínicamente indicada y en aquellos en los que la enfermedad ha progresado a docetaxel, comparando los resultados con los ensayos pivotaes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 48 meses de duración (2010-2014). Se incluyeron pacientes con CPMRC tratados con Abiraterona, tanto en primera línea como tras docetaxel. Se excluyeron aquellos pacientes que recibieron menos de 1 ciclo de Abiraterona. Fuentes de información: aplicación informática Gestión de Pacientes Externos (Farmatools®) e historia clínica electrónica. Se diseñó una base de datos donde se recogieron

las variables: edad, diagnóstico, localización y número de metástasis, exitus, PSA al inicio y al final del tratamiento, grado de reducción del PSA respecto al basal, fecha de inicio/fin de Abiraterona, tiempo hasta progresión, número de líneas previas, tipo de quimioterapia (QT) previa y motivo de suspensión del tratamiento. Las variables primarias de efectividad según los criterios RECIST/ PCWG2 fueron: supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr) y supervivencia libre de progresión bioquímica (SLPBq). Variable secundaria: respuesta del PSA, considerándose respondedores a aquellos con una reducción del PSA $\geq$ al 50% respecto al basal. Para evaluar la seguridad, se registraron reacciones adversas grado III-IV según la clasificación CTCAE. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico-SPSS-vs18.0 (análisis de supervivencia mediante el método Kaplan-Meier). Se realizó un análisis de subgrupos, para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los estratos, mediante un Test Log-Rank estratificando la muestra en función de la histología tumoral (CPMRC sintomático post-docetaxel y CPMRC oligosintomático pre-docetaxel).

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes con una edad media de $72,92 \pm 8,25$ años. La distribución de pacientes según diagnóstico fue: 60,7% CPMRC-post-docetaxel y 39,3% CPMRC-pre-docetaxel. La localización de las metástasis fue: 52,8 % óseas, 30,6% ganglionares, 8,3% pulmonares y 8,3% hepáticas. La media de líneas previas fue $0,89 \pm 0,832$. Todos los pacientes con CPMRC-pre-docetaxel se mantuvieron estables o obtuvieron respuesta parcial, sin embargo, la mediana de SLPr para CPMRC-post-docetaxel fue de 7 meses (IC95%: 3,31-10,69meses) (Log-Rank, $p=0,016$). La mediana de SLPBq fue de 12 meses (IC95% 6,59-17,4). El Test Log-Rank mostró que no existían diferencias estadísticamente significativas ya que la mediana de SLPBq de pacientes con CPMRC oligosintomático pre-docetaxel fue de 25 meses (IC 95% 4,99 - 45) y la de pacientes con CPMRC sintomático post-docetaxel fue de 11 meses (IC95% 5,85-16,15) ($p = 0,4$). La reducción del PSA fue $\geq 50\%$ y $>90\%$ en 7 (25%) y en 2 (7,14%) casos respectivamente. No se registró ningún efecto adverso grado III-IV.

CONCLUSIONES: Los pacientes con CPMRC-post-QT presentan una SLPr superior a la demostrada en el estudio COU-AA-301 (7meses vs 5,6meses) por lo que Abiraterona es efectiva en éstos pacientes y en pacientes con CPMRC-pre-quimioterapia al presentar enfermedad estable (100%). Se considera un fármaco bien tolerado debido a la baja toxicidad que consigue mejorar la calidad de vida del paciente, con la ventaja añadida de la administración vía oral.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1101. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO PREVIAMENTE NO TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA

AUTORES: RODRÍGUEZ PÉREZ A, JIMENEZ SALAS P, MONTECATINE ALONSO E, VILLANUEVA BUENO C, HERRERA HIDALGO L, GUIADO GIL AB.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. Avda Manuel Siurot s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de abiraterona en pacientes con cáncer de próstata resistente a castración (CPRCm) previamente no tratados con quimioterapia en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes con dispensación de abiraterona desde el servicio de farmacia. Acotado de septiembre 2014-marzo 2016. Fueron excluidos los pacientes: pre-tratados con quimioterapia, incluidos en un ensayo clínico o los que no disponían de datos en la historia clínica digital.

Se recogieron las variables: edad, características basales de la enfermedad (ECOG, PSA, Gleason). Con respecto a la efectividad se analizó la tasa de respuesta de PSA, considerada del 100% si se reducían los niveles basales de PSA a la mitad y se mantenían 3 semanas. Además, se analizó el tiempo hasta la respuesta máxima de PSA (tiempo desde el inicio de abiraterona hasta la máxima reducción de PSA alcanzada durante el tratamiento).

Se analizó la dependencia de la tasa de respuesta de PSA con respecto a las características basales de la enfermedad. Para ello, mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0®, se calculó la influencia de las variables (tras dicotomizarlas) mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson, y el test exacto de Fisher cuando fue necesario.

Con respecto a seguridad, se estudiaron las reacciones adversas más frecuentes, evaluando su gravedad según los estándares de la Common Terminology Criteria for Adverse Events versión 3.0 (CTCAE).

RESULTADOS: Se localizaron 115 pacientes, tras aplicar criterios de exclusión se incluyeron finalmente 28 pacientes, con edad media $72,5 \pm 7,71$ años. Las características basales de la enfermedad fueron: ECOG 0 (7 pacientes) y ECOG 1 (el resto); mediana del PSA de 45.26 (13.71-141.00) ng/mL; con respecto al Gleason, el 35.7% se encontraban categorizados en grado intermedio, y el resto (39.3%) indiferenciables.

La efectividad se evaluó en 21 de los 28 pacientes, por suspensión temprana del tratamiento en 7 de ellos. Doce (57%) alcanzaron tasa de respuesta de PSA del 100% y los 9 restantes (43%) tuvieron una tasa de respuesta del 63,08 [27,22-76,16]% de mediana.

El tiempo hasta alcanzar la respuesta máxima de PSA fue de 4.37 [3.02-5.99] meses de mediana.

El estudio de dependencia de las variables reveló que la tasa de respuesta de PSA fue independiente de edad, ECOG y grado de diferenciación Gleason.

En cuanto a la seguridad, la mayoría de los eventos adversos presentados durante el tratamiento fueron de grado 1-2: hipopotasemia (10,7%), elevación de las enzimas hepáticas (21,4%) y disminución de la densidad ósea (28,5%). Destacables fueron los 3 eventos de grado 3: hipopotasemia (1 paciente) y aumento de la ALK-P (2 pacientes). Se identificó un caso con elevación de la ALK-P en grado 4.

CONCLUSIÓN: En este estudio, el tratamiento con abiraterona pre-quimioterapia en pacientes con CPRCm presentó una tasa de respuesta del PSA del 100% en más de la mitad de la muestra. Además, se mostró seguro, siendo bien tolerado y presentando un bajo porcentaje de reacciones adversas, la mayoría de baja gravedad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1015. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABAZITAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN

AUTORES: OTERO VILLALUSTRE C, Lombardero Pin M, García Piernavieja C, Majuelos Aicart L, Nucete Gallego B, Mateos Egido E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. Avda. Marítima del Sur, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con cabazitaxel en pacientes con cáncer de próstata resistente a castración (CPRC) en segunda línea y sucesivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con CPRC tratados con cabazitaxel, entre junio de 2011 y abril de 2016. Se revisaron las historias clínicas electrónicas (Selene®) y prescripciones en el programa de farmacia (Farmatools®). Las variables recogidas fueron: edad, diagnóstico, ECOG, localización de las metástasis, tratamiento quimioterápico previo, dosis, número de ciclos, valores de PSA basal y durante el tratamiento con cabazitaxel y reacciones adversas. Para el análisis estadístico descriptivo y el análisis de supervivencia (mediante el método de Kaplan-Meire), se utilizó el programa SPSS®v22.0. Para evaluar la seguridad, se midió la gravedad de las reacciones adversas según CTCAEv4.0.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 12 hombres (todos caucásicos) con mediana de edad de 68 años (56 - 79) y ECOG 0-1. La localización de las metástasis fueron óseas, pulmonares, hepáticas y retroperitoneales. La media de PSA basal al inicio de tratamiento con cabazitaxel fue de 74,78 ng/mL (14,89 - 169). Todos los pacientes recibieron docetaxel como tratamiento previo, con una media de 9,5 ciclos (6 - 32). El 41,7% recibió cabazitaxel en segunda línea, el 50% en tercera línea y el 8,3% en cuarta. Cabazitaxel fue administrado a dosis terapéuticas en todos los pacientes (dosis media de 44,3 mg) y la media de ciclos recibidos fue 7 (3 - 27). Se obtuvo una media de supervivencia libre de progresión (SLP) de 4,6 meses (IC 95% 1,8 - 7,4). Al cierre del estudio, 2 pacientes continuaban en tratamiento tras 5 y 8 ciclos respectivamente, ambos con estabilidad de la enfermedad. La media de supervivencia global (SG) obtenida fue de 10,6 meses (IC 95% 1,1 - 20,1). Las principales reacciones adversas descritas fueron: astenia grado 1-2 (24,9%), mucositis grado 2 (16,7%), astenia grado 3 (8,3%), emesis grado 3 (8,3%) y diarrea grado 2-3 (8,3%). El 33,6 % de los pacientes no presentaron reacciones adversas declaradas.

CONCLUSIONES: La efectividad en términos de SG fue menor a la obtenida en el ensayo pivotal TROPIC (media SG 15,1 meses) sin embargo, la media de SLP alcanzada en nuestro estudio fue un 40% superior (4,6 vs 2,8 meses en el estudio TROPIC). Las reacciones adversas reportadas fueron de carácter leve-moderado, y solo en un caso, llevaron a la suspensión del tratamiento. Sería conveniente diseñar estudios de mayor tamaño muestral para confirmar la reproductibilidad de nuestros resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

709. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO NO ESCAMOSO

AUTORES: NAVACERRADA CABRERO MI, VICENTE OLIVEROS N, GÓMEZ DE SALAZAR LÓPEZ DE SILANES E, MONTERO PASTOR B, MUÑOZ DEL TORO J, BERMEJO VICEDO T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Ctra. Colmenar Viejo, km.9+1. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico no escamoso (CPNMNS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados con CPNMNS, localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa, incluidos en el programa de uso compasivo de nivolumab que completaron al menos un ciclo de tratamiento hasta febrero de 2016.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, estado funcional (ECOG), presencia/ausencia de mutación del gen K-ras, localización de las metástasis, líneas de tratamiento para enfermedad metastásica, fecha de inicio y fin del tratamiento con nivolumab, número de ciclos administrados, número de retrasos/suspensiones y motivos de los mismos, respuesta en pruebas de imagen (RECIST) y aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y su gravedad (criterios CTCAE v4.0).

La efectividad se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP). Los resultados se compararon con los del ensayo de Fase 3, CheckMate-057 (SLP de 2,3 meses (IC 95%, 2,2-3,3) y RAM en el 69% de los pacientes con gravedad 3-4 en el 10%)

Los datos se obtuvieron del software de gestión de medicamentos en situaciones especiales (PK-usos®), de la historia clínica y del software de prescripción electrónica de quimioterapia (Oncowin®).

RESULTADOS: Se incluyeron 18 pacientes. Características de los pacientes: mediana de la edad 61 (56-65) años, el 61% eran varones, ECOG 0/1 en el 72% y 2 en el 28%, K-ras mutados en el 50%, estadio IV en el 100%, la mediana de localizaciones metastásicas fue 3 (1-3) y metástasis cerebrales en el 39%.

Al inicio del tratamiento con nivolumab, el 44% de los pacientes habían recibido una línea de quimioterapia para enfermedad metastásica previa, el 33% 2 líneas y el 22% 3 líneas.

La mediana de ciclos de nivolumab administrados fue 4 (3-12). El 22%(4) de los pacientes continuó el tratamiento y el 78%(14) lo suspendió. Los motivos de suspensión fueron: progresión en el 93%(13) y exitus en el 7%(1). La mediana de la SLP fue de 2,0 meses (IC 95%, 1,9-5,2).

El 39%(7) de los pacientes experimentó alguna RAM y fueron graves (grado 3) en el 6%(1). Las más frecuentes fueron: gastrointestinales (42%, grado 3 (20%) en forma de colitis y grado 2 (20%) en forma de diarrea), disnea/infección respiratoria (25%), anemia grado 2 (8%), hiponatremia (8%), hipotiroidismo (8%) e hiponatremia (8%). Estas RAM fueron motivo de interrupción del tratamiento en el 43%(3) de los pacientes.

CONCLUSIÓN: La efectividad en términos de SLP es similar a la del ensayo CheckMate-057. En cuanto a la seguridad, tanto la frecuencia como la gravedad de las RAM son inferiores a los descritos en el ensayo. Es necesario confirmar este hecho con otros estudios que incluyan un número de pacientes más elevado y periodos de estudios de mayor duración.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

876. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO.

AUTORES: BUSTO FERNANDEZ F, FERNANDEZ GABRIEL E, MATEOS SALVADOR M, CALLEJA CHUCLA T, MARTIN HERRANZ I.

C.H.U. A CORUÑA. Las Jubias s/n. A Coruña. España

OBJETIVO: Conocer la efectividad, en términos de supervivencia libre de progresión, y los efectos adversos de nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y retrospectivo. Se revisan el 100 % de los pacientes con CPNM a tratamiento con nivolumab en nuestro hospital. Recogida de datos: edad, sexo, ECOG, clasificación histológica, línea de tratamiento, tratamientos previos, fecha de inicio con nivolumab, 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, criterios de respuesta RECIST 1.1 y los criterios de toxicidad CTCAE version 4.0.

RESULTADOS: 11 pacientes (3 mujeres y 8 hombres), con edad media de 63,5 años (44-80 años) y ECOG 0 (1 pac.) - 1 (9 pac.) □ 2 (1 pac.) han sido tratados con nivolumab en el período Julio 2015 □ Abril 2016. Clasificación histológica: escamoso (3 pac), adenocarcinoma (7 pac) y neuroendocrino de células grandes (1 pac). La mediana de líneas previas es de 3 (rango 2 □ 6). 5 pac (45 %) recibieron nivolumab en 2ª línea. Los esquemas previos más frecuentes son: pemetrexed / platino + pemetrexed mantenimiento (7 pac), docetaxel / carboplatino (1 pac), docetaxel (3 pac), gemcitabina / vinorelbina (1 pac), crizotinib (1 pac), paclitaxel/carboplatino (1 pac) y gemcitabina / carboplatino (2 pac). En el momento de la recogida de datos, 2 pacientes han presentado respuesta parcial (RP), 1 pac estabilización de la enfermedad (EE) (los tres están con tratamiento activo) y 8 pac han progresado y posteriormente fallecido. El número medio de ciclos recibidos fue de 5 (rango 1 - 10). La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 43 días (rango 34 □ 111), en los ocho pacientes evaluados. Los tres pacientes activos presentan una mediana de duración de tratamiento de 116 días. Los principales efectos adversos fueron astenia y anorexia grados I-II (6 pac.), náuseas y vómitos grados I-II (4 pac.), diarrea grados I-II (2 pac.), aumento de transaminasas grado I (2 pac.), hipotiroidismo grado I (1 pac) e hipertiroidismo grado I (1 pac).

CONCLUSIONES: La supervivencia libre de progresión en las pacientes a tratamiento con nivolumab en nuestro hospital es sensiblemente inferior a la obtenida en el ensayo pivotal, debido en parte al perfil de pacientes multitratados

previo al inicio del tratamiento. Nivolumab es un medicamento bien tolerado. Es necesario conocer biomarcadores predictivos de respuesta que permitan seleccionar pacientes potencialmente respondedores y es fundamental medir los resultados en salud de medicamentos novedosos y de elevado coste para racionalizar su uso y optimizar la eficiencia en el área oncológica.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

987. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO (TAS-102) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: MONTERO LLORENTE B, GRAMAGE CARO T, VICENTE OLIVEROS N, RODRÍGUEZ SAGRADO MÁ, GUILLÉN PONCE C, BERMEJO VICEDO T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Ctra. Colmenar Viejo, km 9.100. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de trifluridina/tipiracilo (TAS-102) en pacientes con cáncer colorrectal metastásico nueve meses después del inicio del programa de uso compasivo (UC) en España.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron todos los pacientes incluidos en el programa de UC de TAS-102 que completaron al menos un ciclo de tratamiento antes de abril de 2016.

Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, cirugía colorrectal, mutación del gen KRAS, tratamiento con quimioterapia adyuvante, líneas de tratamiento para enfermedad metastásica, ECOG inicial, alteraciones analíticas relevantes antes del inicio del tratamiento, dosis inicial, ciclos recibidos, reducción/retraso/suspensión del tratamiento y motivos, respuesta en pruebas de imagen, supervivencia libre de progresión (SLP), presencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y su grado (G).

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes, de los informes de seguimiento del programa de UC y del programa de dispensación de medicamentos a pacientes externos del servicio de Farmacia (Pacivin®).

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 17 pacientes, 53% hombres, con una edad media de 69 ± 11 años. Al 82,4%(14) de ellos se les realizó intervención quirúrgica. El 52,9%(9) tenía el gen KRAS mutado. El 78,6%(11) recibió quimioterapia adyuvante y el 76,5%(13) tres o más líneas de tratamiento quimioterápico previas al TAS-102. Todos los pacientes presentaron un ECOG 0-1 al inicio del tratamiento. En el 11,8%(2) de los casos se registró alguna alteración analítica clínicamente relevante antes del inicio del tratamiento (hiperbilirrubinemia G2, hipertransaminasemia G1, trombopenia G1).

Todos los pacientes iniciaron el tratamiento con la dosis estándar (35 mg/m² cada 12 horas). El 41,2%(7) recibió un ciclo de tratamiento, el 23,5%(4) dos y el 35,3%(6) tres. Se redujo la dosis en el 50%(5) de los casos (4 de ellos por neutropenia G3-4) y se retrasó el tratamiento en el 60%(6). Un 52,9%(9) de los pacientes suspendió definitivamente el tratamiento (55,6% por progresión de la enfermedad, 11,1% por exitus, 33,3% por RAM).

Se dispuso de pruebas de imagen para evaluar la respuesta en 11 pacientes (64,7%). Se observó progresión de la enfermedad en 9 de ellos (81,8%), con una mediana de SLP de 1,7 (0,96-2,2) meses.

El 47,1%(8) de los pacientes presentó una o más RAM, mayoritariamente neutropenia G3-4 (62,5%) y astenia G3 (25%). Dos de los pacientes (25%) precisaron hospitalización por RAM grave. En el 62,5%(5) de los casos se reintrodujo el fármaco tras la RAM, aunque en un 40%(2) de ellos fue necesaria una reducción de la dosis.

CONCLUSIONES: Tras nueve meses desde el inicio del programa de UC de TAS-102 en España, la mediana de SLP de los pacientes en tratamiento con este fármaco es inferior a dos meses.

Casi la mitad de los pacientes presentan alguna RAM, destacando la neutropenia grado 3-4. En uno de cada cuatro pacientes el manejo de la RAM precisa hospitalización.

Es necesario confirmar estos datos con otros estudios que incluyan un número de pacientes más elevado y periodos de estudios de mayor duración.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

459. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON GEMCITABINA MÁS CAPECITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO POLITRATADOS

AUTORES: MARTINEZ BAUTISTA MJ, RODRIGUEZ MATEOS ME, RAMIREZ DAFFOS P, GOMEZ REINA MJ, BLANCO SANCHEZ G, ROMERO HERNANDEZ I.

HOSPITAL PUERTA DEL MAR. Ana de Viya 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Describir la experiencia clínica en nuestro hospital con gemcitabina más capecitabina en pacientes con cáncer colorrectal metastático (CCRm) politratados y compararla con los datos de eficacia publicados para regorafenib (REG) y trifluridina+tipiracilo (TAS102).

MATERIAL Y MÉTODOS: Actualmente en pacientes con cáncer CCRm que han progresado a todas las terapias disponibles y continúan con buen estado funcional, está autorizado REG por la EMA y TAS102 por la FDA, ambos con una eficacia limitada frente a placebo y una toxicidad nada desdeñable. Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron los pacientes diagnosticados de CCRm que fueron tratados con gemcitabina 1000 mg/m² más capecitabina 1000 mg/m² cada 12 h durante 7 días, ciclos cada 14 días, tras progresión a ≥ 3 líneas previas, desde enero de 2015 hasta marzo de 2016.

Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, ECOG, líneas anteriores, tiempo de tratamiento y reacciones adversas según CTCAE v 4.0. Los datos se recogieron a través del programa Oncowin® y Diraya® Atención Hospitalizada. Como variables de efectividad se midieron la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y se compararon con los datos de eficacia de los ensayos pivotaes de REG y TAS102.

RESULTADOS: Un total de 7 pacientes (5 hombres) con CCRm fueron tratados con gemcitabina más capecitabina. Todos habían recibido ≥ 3 líneas previas con bevacizumab, oxaliplatino, irinotecan y fluoropirimidinas y 2 de ellos además cetuximab por ser RAS wild type.

La mediana de edad fue de 65 años y el ECOG=1 en 5 pacientes (1 ECOG= 0, 1 ECOG=2), similar a los datos de los ensayos de REG y TAS102 (61 y 63 años, y ECOG 0-1 para ambos). Los pacientes estuvieron una media de $9,4 \pm 5,59$ semanas con el tratamiento, frente a $11,2 \pm 9,2$ semanas descritas para REG y $12,7 \pm 12$ semanas para TAS102.

Según nuestra práctica clínica, en el momento del análisis un 100% de los pacientes había progresado, con una mediana de SLP de 2,8 meses (1,86-4,6). 2 pacientes fueron exitus (2,4 y 4,7 meses) y 5 continúan vivos, con una SG > de 6 meses en 4 de ellos. En los ensayos de REG y TAS102 se obtuvo una mediana de SG de 6,4 y 7,1 meses respectivamente y una mediana de SLP de 2 meses para ambos. En cuanto a la toxicidad grado 1-2 se registraron 2 pacientes con síndrome mano-pie, náuseas en 3 pacientes y astenia en 4. Solo se registró 1 caso con anorexia grado 3. En el ensayo de REG, 51% de los pacientes sufrieron algún evento adverso grado 3 y en el de TAS102 el 69%.

CONCLUSIONES: A pesar del número reducido de pacientes y el carácter retrospectivo del estudio, los datos de efectividad conseguidos en nuestra práctica con gemcitabina más capecitabina son similares a los de los nuevos fármacos. Es un tratamiento bien tolerado, por lo que se podría plantear este esquema en pacientes con PS 0-1 que han progresado a todos los fármacos activos en CCRm.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

955. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL VISMODEGIB EN PACIENTES MAYORES CON CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES: MOLINA MENDOZA MD, VÉLEZ DIAZ-PALLARÉS M, GRAMAGE CARO T, SORIA RIVAS A, RODRÍGUEZ SAGRADO MÁ, BERMEJO VICEDO T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CARRETERA DE COLMENAR VIEJO KM 9,100. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del vismodegib en pacientes con carcinoma basocelular (CCB) localmente avanzado metastásico.

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

Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con vismodegib entre marzo de 2015 y abril de 2016.

Se registraron como variables: sexo, edad, tratamiento previo (cirugía, radioterapia o tratamiento sistémico), fecha de inicio y de suspensión del tratamiento, motivo de suspensión, ECOG, respuesta al tratamiento según los criterios RECIST, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia a un año, tiempo hasta la máxima reducción del tumor y presencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y su grado.

Se compararon los resultados obtenidos con los del ensayo pivotal ERIVANCE BBC.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes y del programa de dispensación del servicio de Farmacia (Paciwin®).

RESULTADOS

Se incluyeron 3 pacientes, dos mujeres y un hombre, con una edad media de $88,3 \pm 6,1$ años. Todos ellos fueron intervenidos previamente en varias ocasiones, con cirugías de alta mutilación. Uno recibió radioterapia. La duración media del tratamiento fue de $9,0 \pm 2,6$ meses. Dos pacientes suspendieron definitivamente el tratamiento, ambos porque pasaron a seguimiento tras consecución de respuesta completa. Todos presentaron un ECOG entre 0 y 1. Dos presentaron respuesta completa al tratamiento y uno parcial. La mediana de SLP fue de 11,5 meses, la tasa de supervivencia a un año del 100% y la media de tiempo hasta la máxima reducción del tumor de $8,9 \pm 1,7$ meses.

Todos presentaron una o más RAM: hiporexia (3), disgeusia, pérdida de peso, náuseas y disnea (2) y astenia y eritema generalizado (1), en todos los casos de grado 1-2.

Cuando los comparamos con los del ensayo pivotal, encontramos diferencias en la edad (88 vs 62 años) y en el sexo (en el ensayo mayoritariamente hombres), asemejándose en los tratamientos previos recibidos. La SLP fue ligeramente superior (11,5 vs 9,5 meses). Los resultados también fueron favorables en cuanto a respuesta al tratamiento y progresión de la enfermedad (todos obtuvieron respuesta completa o parcial frente al 54% que presentaron respuesta en el ensayo). Las tasas de supervivencia a un año fueron superiores (100 vs 79-93%) y el tiempo hasta la máxima reducción del tumor fue ligeramente superior (9 vs 5-7 meses). Todas las RAM coincidieron con las descritas como muy frecuentes en el ensayo pivotal.

CONCLUSIONES: Los pacientes mayores con CCB localmente avanzado o metastásico tratados con vismodegib consiguen respuesta completa o parcial al tratamiento. La suspensión del tratamiento cuando los pacientes alcanzan respuesta completa plantea una posibilidad de manejo de esta patología, no agresiva de modo sistémico, donde prima el control local.

La tolerancia al tratamiento es buena. Aunque presentan RAM, éstas no son graves.

Los resultados de efectividad y seguridad obtenidos en práctica clínica real con pacientes mayores se asemejan a los obtenidos en el ensayo pivotal, incluso la efectividad es ligeramente superior, pero es necesario confirmar estos datos con otros estudios que incluyan un número de pacientes más elevado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1009. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE POMALIDOMIDA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: Pascual Barriga M, Nájera Pérez MD, Gómez Gil A, Selvi Sabater P, Soria Soto M, Alonso Domínguez MT. HOSPITAL MORALES MESEGUER. AV/ MARQUES DE LOS VELEZ S/N. Murcia. España

OBJETIVO: Pomalidomida es un agente inmunomodulador y antiangiogénico que inhibe la proliferación e induce la apoptosis de células hematopoyéticas tumorales del Mieloma Múltiple (MM). Está clasificado como medicamento huérfano para el tratamiento de tercera línea del Mieloma Múltiple en 2013.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de Pomalidomida en pacientes con Mieloma Múltiple.

MATERIAL Y METODOS.

Estudio retrospectivo observacional que incluye a los pacientes con MM en tratamiento con Pomalidomida-Dexametasona desde el inicio de su tratamiento, en un hospital regional de 415 camas que asiste a una población de 250.000 habitantes. La recogida de datos se llevó a cabo mediante la revisión de las historias clínicas informatizadas en el programa Savac®. Se extrajeron los siguientes datos: Edad, sexo, tipo de mieloma y estadio, nº de línea de tratamiento, semanas de Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y efectos adversos (EA) desarrollados. Los criterios de inclusión fueron presentar la enfermedad en recaída o refractariedad, haber recibido al menos dos terapias previas, entre ellas Lenalidomida y Bortezomib, y haber mostrado progresión durante el último tratamiento.

Todos los datos de los pacientes fueron tratados de manera confidencial.

RESULTADOS.

Desde el 28 de septiembre de 2015, hasta la actualidad han recibido Pomalidomida para el tratamiento del MM 6 pacientes, 3 varones (50%) y 3 mujeres (50%), con una edad media de 78,3 años (rango 67-85). Cuatro pacientes fueron diagnosticados de MM Ig G kappa (66,7%) y los dos restantes de MM Ig A lambda (33,3%). Todos presentaban un estado funcional ECOG=0-2. En 4 pacientes Pomalidomida supuso la 4ª línea de tratamiento (66.66%), mientras que en 2, supuso la 3ª y la 5ª línea. Todos habían progresado a Lenalidomida y Bortezomib. Dos continúan en tratamiento en la actualidad tras 11 y 8.14 semanas de SLP. El resto han progresado tras 16.42 semanas, 16.7 semanas, 16.14 semanas y 12 semanas respectivamente. Los EA más frecuentes fueron anemia (83,33%), trombopenia (83,33%), neutropenia (33,33%), empeoramiento de la función renal (33,33%), un caso de Herpes-Zoster costal y otro de neumonía lóbulos y fiebre neutropénica. En todos Pomalidomida fue suspendida por progresión pero no por toxicidad.

El tratamiento supuso un gasto de 2221,46 €/semana, durante una media de 13,4 semanas, generando un gasto medio por paciente de 29767,56€.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes que recibieron Pomalidomida cumplieron los criterios definidos en el IPT.

Un 50 % superaron la SLP establecida del ensayo pivotal, y del 50 % restante, 1 paciente progresó antes de las 15,7 semanas y los 2 restantes aún permanecen en tratamiento.

Pomalidomida produjo EA en todos los pacientes, pero pudieron ser manejados con tratamientos farmacológicos y/o transfusionales.

La limitación fue el bajo número de pacientes, pero dada la posición del fármaco en el esquema terapéutico de la enfermedad (3ª línea), su elevado coste (2221,46 €, por SLP), y las alertas de seguridad generadas, se hace necesario un mayor seguimiento de los resultados en la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1140. EFECTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES: MORENO GIL Q, GARCIA SANCHEZ V, Miarons Font M, Marin Rubio S, Sanchez Ulayar A, Gurrera Roig T. HOSPITAL DE MATARÓ. C/ Cirera s/n. Barcelona. España

INTRODUCCIÓN: Nivolumab es un nuevo fármaco inmunoterápico, que se une al receptor de muerte programada 1 (PD-1) y bloquea su interacción con PD-L1 y PD-L2. Antes de su autorización para el CPNM el laboratorio fabricante disponía de un programa de uso expandido que permitía el acceso al fármaco. Nivolumab se administra por vía endovenosa 3mg/kg cada 2 semanas y no se permiten realizar reducciones de dosis.

OBJETIVO: El objetivo de estudio es evaluar el perfil de efectos adversos y la seguridad de nivolumab en pacientes con CPNM.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con nivolumab para CPNM. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, analíticas y tratamiento. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y del programa de gestión de mezclas quimioterápicas Farmis®.

RESULTADOS: En nuestro centro han recibido tratamiento con nivolumab para CPNM en uso expandido un total de 14 pacientes en estadio IV. Trece pacientes presentaban histología de adenocarcinoma y uno histología escamosa. Las características de los pacientes eran las siguientes: 11 hombres y 3 mujeres, con una edad media de 59.71 ± 11.27 años. Dos pacientes presentaban un ECOG al inicio del tratamiento de 2, siete pacientes tenían un ECOG de 1, dos pacientes de 0 y no se dispone de esta información en el caso de tres pacientes. 10 pacientes recibieron tratamiento con nivolumab como segunda línea y 4 como tercera. Los pacientes recibieron de media 5.2 ciclos (2-15), 3 pacientes continúan actualmente en tratamiento y 11 han discontinuado por progresión. Los pacientes en segunda línea recibieron una media de 5.6 ciclos (2-15) y los de tercera línea de 3.75 (2-6).

El 85,7% (n=12) de los pacientes presentaron algún efecto adverso. Los 2 efectos adversos más frecuentes fueron la diarrea y la leucocitosis con neutrofilia, ocurriendo en un 35.7% de los casos (n=5). Otros efectos adversos observados fueron: anemia y astenia con un 21.4% (n=3), y anorexia, estreñimiento, toxicidad cutánea e infección respiratoria en un 14,2% de los casos (n=2). Los efectos adversos que sólo se presentaron en un paciente fueron plaquetopenia grado 2, insuficiencia renal grado 1, transaministis grado 1, náuseas y disgeusia.

En 2 pacientes fue necesario retrasar el ciclo de inmunoterapia por efecto adverso, uno por anemia grado 3 y otro por infección respiratoria. 2 pacientes requirieron tratamiento con corticoides, uno realizó tratamiento con prednisona vía oral por anorexia grado 2 persistente. Otro paciente presentó toxicidad cutánea grado 3 y requirió tratamiento con corticoides tópicos. Solo hubo un efecto adverso de grado 3 (anemia) y ninguno de grado 4. Ningún paciente presentó pneumonitis ni hipotiroidismo.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que se trataron con nivolumab en tercera línea recibieron menos ciclos que aquellos que lo hicieron en segunda línea, debido a que la progresión de los primeros es más temprana.

Ningún paciente tubo que discontinuar el tratamiento por su toxicidad. Ésto, juntamente con el perfil de efectos adversos observado, nos hace pensar que podría ser mejor tolerado que la quimioterapia convencional.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

196. EFICACIA Y SEGURIDAD DE CRIZOTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES: Bravo García-Cuevas L, Guillén Alvarez P, Medina Comas R, Briegas Morera D, Garcia Lobato E, Rangel Mayoral JF.

HOSPITAL INFANTA CRISTINA. Avenida de Elvas s/n. Badajoz. España

OBJETIVO: Evaluar eficacia y seguridad de Crizotinib en pacientes con Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo.

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CPNM tratados con Crizotinib en nuestro hospital, desde Mayo de 2013 hasta Abril de 2016.

Variables recogidas de la historia clínica: Sexo, edad, hábitos tabáquicos, Performance Status (PS) al inicio del tratamiento con Crizotinib, histología, mutación del gen ALK, estadio del tumor, tratamientos previos y fechas de inicio y de fin del tratamiento con Crizotinib.

En el análisis de eficacia sólo se incluyeron aquellos pacientes en los que se había evaluado la respuesta al tratamiento.

La eficacia se evaluó mediante la supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y la mejor respuesta obtenida al tratamiento, según criterios RECIST v1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors), respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) o no respuesta (NR).

La seguridad se evaluó mediante las reacciones adversas (RA) registradas por el clínico para Crizotinib, en todos los pacientes tratados.

El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS 22®. La SG y la SLP se determinaron por el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se incluyeron 8 pacientes, 87.5% hombres, con una edad media ($\pm$ DE) de 60 $\pm$ 14 años. El 87.5% tenían un PS 0-1 y el 62.5% habían sido fumadores.

El 75% eran CPNM estadio IV (un 25% con metástasis cerebrales), 87.5% eran ALK+ y el 12.5% ROS1+.

En el 37.5% de los pacientes Crizotinib se utilizó en primera línea de tratamiento, en el 25% en 2ª línea, tras progresión a quimioterapia, y en el 37.5% restante, se utilizó tras progresión a quimioterapia y a Erlotinib o Gefitinib. La duración media del tratamiento fue de 9 $\pm$ 7 meses.

En el análisis de eficacia se incluyeron 7 pacientes.

El 71.4% de los pacientes respondieron al tratamiento (28.6% EE, 28.6% RP y 14.3% RC).

La mediana de la SLP fue de 9 meses (IC 95%, 3 a 15) y la mediana de la SG fue de 15 meses (IC 95%, 5 a 25). El porcentaje de censurados fue de 14.3% y 28.6% respectivamente.

Las RA mas comunes fueron: Astenia en el 62.5% de los pacientes (motivó reducción de dosis y posterior retirada de Crizotinib en un paciente), infección respiratoria 50%, edemas 37.5% (motivó retirada del tratamiento en un paciente), hepatotoxicidad 25% (motivó reducción de dosis en un paciente), alteraciones gastrointestinales 25%, rash 12.5% y anemia 12.5%.

CONCLUSIONES: El reducido tamaño muestral es la principal limitación de este estudio, pero es difícil de salvar, debido al reducido número de pacientes candidatos a tratarse con Crizotinib ya que sólo alrededor del 5% son ALK+. Crizotinib fue aprobado basándose en los resultados del estudio PROFILE (SLP 7.7 meses, SG 20.3 meses y tasa de respuesta 66%). Comparando nuestros resultados con los del estudio PROFILE vemos que son similares.

Aunque Crizotinib fue bien tolerado, cabe destacar el alto porcentaje de pacientes con astenia, más alto que en los estudios pivotaes y en la ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

367. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ERIBULINA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA METASTASICO

AUTORES: NIETO-SANDOVAL MARTIN DE LA SIERRA P, ANDRES NAVARRO N, SANCHEZ SERRANO JL, GOMEZ LLUCH MT, ZAMORA FERRER E, HEREDIA BENITO M.

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. AVENIDA DE LA CONSTITUCION N°3. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: La eribulina es un inhibidor no taxano de la dinámica de los microtúbulos que pertenece a la clase de antineoplásicos de la halicondrina.

Los objetivos de este estudio fueron:

- Evaluar la eficacia y seguridad de la eribulina en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama metastásico (CMM).
- Comparar los resultados obtenidos con los del ensayo pivotal EMBRACE con nuestra población muy pretratada.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de las pacientes con CMM tratadas con eribulina hasta el 1 Abril del 2016.

Las variables recogidas mediante el programa de prescripción electrónica de quimioterapia Farmatools® y de historias clínicas Mambrino XXI®, fueron: edad, histología, localización de las metástasis, líneas previas de quimioterapia, número de ciclos, toxicidades y motivo de suspensión (toxicidad, progresión o exitus).

El esquema utilizado de eribulina fue de 1,23 mg/m² los días 1 y 8 cada 21 días.

La eficacia se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el programa estadístico SPSS® v.18.

LA SEGURIDAD SE EVALUÓ SEGÚN LOS CRITERIOS DE TOXICIDAD COMÚN NCI CTCAEV.4.0.

RESULTADOS: En el periodo de estudio recibieron eribulina 13 pacientes con CMM con una edad media de 61 años (rango: 42-86). El 76% de las pacientes presentaban histología de carcinoma ductal infiltrante y el 24% de carcinoma lobulillar infiltrante.

Localización metástasis: óseas (38,5%), hepáticas (38,5%), pulmonares (30,7%), cutáneas (23%) y cerebrales (7,7%).

Las pacientes habían recibido una media de 3,5 (rango: 2-7) esquemas de quimioterapia previamente a la eribulina. El 77% de las pacientes habían recibido antraciclinas y taxanos. Todas las pacientes menos una habían recibido capecitabina previamente y lo mismo ocurrió con la vinorelbina.

La media de ciclos administrados fue de 5 (rango: 1-12). En 4 pacientes (30,7%) hubo que retrasar la administración y en 3 (23,1%) se redujo la dosis, generalmente motivado por neutropenias graves.

La mediana de SLP fue de 1,84 meses (IC 95%, 1,5-2,2) y la de SG de 10,96 meses (IC 95%, 8,9-18,4). La mortalidad fue del 23%.

Las reacciones adversas de cualquier grado ocurrieron en el 77% de los pacientes, destacando: neutropenia, principalmente grado 2 y 3 (el 38,5% de los pacientes), anemia grado 3 (23%), náuseas grado 2 (23%), astenia grado 1 (23%) y otras menos frecuentes fueron trombopenia, toxicidad cutánea y neuropatía periférica.

El tratamiento fue suspendido por toxicidad después del primer ciclo en 2 de los pacientes (15,4%), por neutropenia grado 3 y toxicidad cutánea (lesiones ampollosas y necrosis en un pie) respectivamente.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados de SG y SLP fueron inferiores a los descritos en el estudio EMBRACE donde encontraron 13,1 y 3,7 meses respectivamente, a pesar de que el 92% de nuestras pacientes habían recibido capecitabina, subgrupo que en el ensayo obtuvo incluso mayor beneficio.

El tratamiento con eribulina fue en general mejor tolerado que en los pacientes del estudio EMBRACE donde el 99% sufrieron alguna reacción adversa. Sin embargo, encontramos una toxicidad cutánea grave no descrita en ficha técnica, consistente en lesiones ampollosas evolucionando hasta necrosis.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1061. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ESCAMOSO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES: Navarro Pardo I, Uriarte Pinto M, Larrodé Leciñena I, Galindo Allueva M, Castiella García M, Agustín Ferrández MJ.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica, 1-3, 50009. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) escamoso localmente avanzado o metastásico tratados en un hospital de tercer nivel, comparando los resultados obtenidos con los del estudio pivotal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con CPNM escamoso tratados con nivolumab entre mayo-2015 y abril-2016. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, estadio, ECOG, número de ciclos y dosis de nivolumab. La efectividad fue evaluada según respuesta, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Se registraron los eventos adversos (EA) y su gravedad según criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v.4.0), así como retraso de dosis.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, 7 pacientes con CPNM escamoso iniciaron tratamiento con nivolumab. El 100% eran hombres, 100% ex/fumadores, con una mediana de edad de 62 años (56-77). Al inicio de tratamiento, el 100% de los pacientes presentaba ECOG 1, 5 pacientes (71,43%) presentaban enfermedad localmente avanzada y 2 (28,57%) metastásica. Los pacientes recibieron nivolumab en 2ª línea (42,86%), 3ª línea (42,86%) y 4ª línea (14,28%). La mediana de ciclos de nivolumab fue de 16 (2-23). A fecha fin de estudio, 3 pacientes continúan en tratamiento, uno de ellos habiendo recibido 23 ciclos de nivolumab (11 meses).

Efectividad: El 57,14% (4/6) presentaron enfermedad estable (EE), 28,57% (2/6) progresión enfermedad (PE) y un paciente pendiente de evaluación de respuesta. La mediana de SLP fue de 7,57 meses. De los 4 pacientes con EE, 3 presentaron aumento inicial del tumor hasta el 4º-5º ciclo. Los 2 pacientes que no respondieron a nivolumab presentaban metástasis, de los cuales uno fue éxito y otro inició tratamiento de 3ª línea, recibiendo un total de 2 y 4 ciclos de nivolumab, respectivamente. No se ha alcanzado la mediana de SG (éxito: 1).

Seguridad: 100% de los pacientes presentaron algún EA G1-2: neumonitis (14,28%), dolor ocular con cefalea (14,28%), debilidad y dolor de extremidades inferiores (14,28%), plenitud gástrica (14,28%), plaquetopenia y epistaxis (14,28%), hemoptisis (14,28%), astenia (42,86%), queratitis actínica (14,28%), proctitis (14,28%), lesiones cutáneas herpetiformes (14,28%), prurito (28,57%) y mucositis (14,28%). Se retrasó el tratamiento en dos pacientes por sospecha de conjuntivitis e hipertensión ocular que, posteriormente, no fue relacionado con nivolumab, y por lesiones cutáneas herpetiformes. No se produjeron EA G3-4.

CONCLUSIONES: La mediana de SLP observada en nuestra reducida muestra es superior a la observada en el ensayo CheckMate 017 (7,57 vs 3,5 meses, respectivamente), posiblemente debido a que 5 pacientes (71,43%) presentaban enfermedad localmente avanzada. Se ha descrito respuesta no convencional con nivolumab (aumento inicial del tamaño de la lesión o aparición de nuevas lesiones y posterior respuesta), también observada en 3 de los pacientes del estudio. El 58% de los pacientes del ensayo presentaron EA, de los cuales 7% presentaron G3-4. Observamos

mayor porcentaje de EA en nuestro estudio, aunque todos fueron G1-2. También hemos observado EA inmunorre-lacionados descritos en el ensayo, como neumonitis o proctitis. En general, el tratamiento con nivolumab fue bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

395. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE BEVACIZUMAB EN GLIOMAS RECURRENTES DE ALTO GRADO

AUTORES: LÁZARO CEBAS A, CARO TELLER JM, PABLOS BRAVO S, FERNANDEZ REDONDO D, CORTIJO CASCAJA-RES S, FERRARI PIQUERO JM.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. Carretera de Andalucíakm 5y4. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la eficacia y la seguridad del bevacizumab en el tratamiento de gliomas recurrentes de alto grado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional que incluyó a todos los pacientes con gliomas recurrentes de alto grado que iniciaron tratamiento con bevacizumab 10 mg/kg bisemanal entre julio de 2011 y diciembre de 2015. EL uso fuera de Ficha Técnica (FT) fue autorizado por la Dirección Médica del hospital.

Para la recogida de datos se emplearon las herramientas de prescripción electrónica Oncofarm® y HCIS®.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), diagnósticas (tipo de resección del tumor) y terapéuticas (línea de tratamiento y número de ciclos de bevacizumab).

Para la evaluación de la eficacia se tomaron como variables la mediana de supervivencia global (SG) y la tasa de supervivencia a los 12 meses. Se realizó análisis de la SG en función del sexo mediante un modelo de Cox. La seguridad se evaluó registrando y clasificando los efectos adversos relacionados con bevacizumab de acuerdo al Common Toxicity Criteria v4.0.

El análisis estadístico se realizó empleando Stata®14.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio; 43 pacientes (58% hombres), con una edad media de 56±10 años comenzaron tratamiento con bevacizumab. Todos los pacientes habían recibido como tratamiento de primera línea quimiorradioterapia con temozolomida. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 6 meses (0,5-51,6).

En el 90,7% de los pacientes se realizó una resección del tumor en el momento del diagnóstico; la resección fue completa en el 46,5% de los casos, el resto fueron resecciones parciales o subtotaes. El 9,3% de los pacientes presentó un tumor irresecable. El diagnóstico anatomopatológico en un 79% de los casos fue de glioblastoma; el resto, fueron otro tipo de tumores de alto grado.

Bevacizumab fue empleando principalmente como segunda o tercera línea de tratamiento (79%), la mediana del número de ciclos recibidos fue de 6 (1-51).

La mediana de SG fue de 7 meses (IC 95% 4,3; 11,9). En el análisis de subgrupos se observó una menor mediana de SG en los hombres (HR 2,2 IC 95% 0,9; 5,3), diferencia no estadísticamente significativa. La tasa de supervivencia a los 12 meses fue del 32%.

Los efectos adversos más frecuentes fueron hipertensión (25%), astenia (25%) y proteinuria (22,2%). Otros efectos adversos fueron: epistaxis (8%), eventos tromboembólicos (5,6%), estatus epiléptico no convulsivo (5,6%), mialgias (5,6%), y diarrea (2,9%). Los efectos adversos fueron mayoritariamente de grado 1-2. Los estatus epilépticos no convulsivos, los eventos tromboembólicos y una crisis hipertensiva grave fueron de grado 3 por requiriendo ingreso y suspensión del tratamiento. Dos pacientes con enfermedad estable tras tratamiento con bevacizumab lo suspendieron por desarrollo de leucoencefalopatía multifactorial.

CONCLUSIONES: La eficacia obtenida fue similar a la publicada en otros estudios. La diferencia en la supervivencia entre hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa. Los efectos adversos reportados fueron similares a los recogidos en la FT. En base a nuestra experiencia, bevacizumab puede considerarse una opción efectiva y segura en el tratamiento de gliomas recurrentes de alto grado tras fracaso de quimiorradioterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

498. ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN POSTQUIMIOTERAPIA

AUTORES: MATEOS SALVADOR M, FERNÁNDEZ GABRIEL E, CALLEJA CHUCLÁ T, BUSTO FERNÁNDEZ F, BALEA FILGUEIRAS J, MARTÍN HERRANZ MI.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. A CORUÑA (CHUAC). Xubias de Arriba 84. A Coruña. España

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad asociadas al tratamiento de enzalutamida en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración (CPRCm) que han recibido quimioterapia previa. Comparar los resultados con el estudio pivotal AFFIRM (post-docetaxel).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo del 100% de pacientes con CPRCm que han recibido tratamiento con enzalutamida postquimioterapia desde su comercialización hasta marzo 2016. Fuentes de datos: aplicativo informático Silicon®, historia clínica informatizada IANUS®. Variables recogidas: edad, tiempo desde diagnóstico de CPRCm, tratamientos previos y duración de la respuesta hormonal, al inicio del tratamiento con enzalutamida: ECOG, Gleason, localización de metástasis, tiempo de doblaje de PSA, LDH y fosfatasa alcalina(FA). Dosis, pauta posológica, fecha inicio y fin de tratamiento. Motivo de suspensión. Evaluación de respuesta: PSA al inicio, a las 4, 8 y 24 semanas. Cálculo reducción PSA50% o PSA90%. Evaluación de eficacia: supervivencia libre de progresión (SLP) (bioquímica por PSA). Evaluación de seguridad: registro de efectos adversos (EA) en la historia clínica (según CTCAE v4.0). Estadística: análisis descriptivo de variables (SPSSv19.0); variables cualitativas (mediana/rango) y cuantitativas (porcentaje).

RESULTADOS: 14 pacientes. Edad[mediana (rango)]: 79 (64-88)años. Tiempo desde el diagnóstico de CPRCm [mediana (rango)]: 14.2 (1.4-27.5) meses. 100% de pacientes fueron tratados con combinación de agonista LHRH-antiandrogénico (respuesta>12 meses). 10/14 (71.4%) recibieron una única línea de quimioterapia (docetaxel), y 4/14 (28.6%) una segunda línea con cabazitaxel. Al inicio: ECOG: 0-1 (12 pacientes), 2 (2 pacientes), 50% Gleason≤7, localización de metástasis: exclusivamente óseas(64.3%), exclusivamente ganglionares(21.4%), afectación ósea y ganglionar(14.3%), 85.7% pacientes presentaba un tiempo de doblaje del PSA largo(>55días), 42.9% de pacientes mostraron sólo progresión del PSA, mientras que el 57.1% mostraron además progresión radiológica, FA [mediana (rango)]: 362 (166-2297) UI/L, LDH [mediana (rango)]: 589 (282-1445) UI/L. El 100% de los pacientes recibió enzalutamida 160mg una vez al día. RESPUESTA/EFICACIA. Mediana (rango) PSA: inicio=181.9 (21.0-3639.0) ng/mL, 4 semanas=62.0 (29.0-2836.0) ng/mL, 8 semanas=66.5 (4.0-2201.0) ng/mL, 24 semanas (6 pacientes)=222.7 (2.0-616.0) ng/mL. Un 71.4% (10 pacientes) presentó una reducción del PSA50% del valor basal (AFFIRM: 52.5%), y un 14.3% (2 pacientes) una reducción del PSA90% (AFFIRM: 23.9%). Los otros 2 pacientes: 1 no respuesta, 1 reducción PSA35%. SLP (9 pacientes) [mediana (rango)]: 4.0 (3.6-8.2) meses (AFFIRM: 8.3meses). 5 pacientes continúan actualmente a tratamiento: mediana (rango)=8.2 (2.0-9.6) meses. Motivos de fin de tratamiento (9 pacientes): progresión de enfermedad (5 pacientes), toxicidad inaceptable (1 paciente), exitus (3 pacientes). SEGURIDAD. EA observados: astenia (G1: 5 pacientes, G2-3: 2 pacientes), anorexia G1 (2 pacientes), náuseas G1 (1 paciente), edema G1 (1 paciente), hipertensión G2 (1 paciente), hematuria G1 (1 paciente). 35,7% de pacientes no presentaron EA.

CONCLUSIONES: En el tratamiento del CPRCm, los resultados muestran que enzalutamida es una opción terapéutica válida post-docetaxel, con un buen perfil de seguridad. En la comparativa con el ensayo pivotal, los resultados obtenidos en nuestro centro, en términos de SLP bioquímica, son sensiblemente inferiores. Estas diferencias pueden ser debidas al reducido tamaño muestral y a que en nuestra práctica asistencial, los pacientes podían haber recibido una segunda línea de quimioterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

623. ESTUDIO DE LA POLIFARMACIA CONCOMITANTE EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA.

AUTORES: SANTAOLALLA GARCIA I, RUBIO CEBRIAN B, escribano valenciano I, picazo sanchiz G, martin casasempere I, moriel sanchez C.

HOSPITAL UNIV. DE MOSTOLES. C/RIO JUCAR 2. Madrid. España

OBJETIVO: Detectar y analizar las interacciones entre los inhibidores de la tirosina quinasa (ITQ) y la medicación crónica de los pacientes que acuden a la consulta de pacientes externos.

Método: Se diseñó un estudio prospectivo revisando los pacientes a los que se les dispensó un ITQ en la consulta de pacientes externos de un hospital de segundo nivel durante el año 2015. Las variables registradas fueron: edad, sexo, ITQ y fármacos crónicos. Para la recogida de datos, se utilizó el módulo de gestión de pacientes externos de Farmatools® y la aplicación informática Horus®. Para la detección de las interacciones medicamentosas se utilizó la base de datos Lexi-interact de Lexicomp®, que clasifica las interacciones en 5 categorías según la recomendación: A y B (ninguna o poca evidencia de interacción), C (monitorizar terapia), D (considerar modificación de la terapia) y X (evitar combinación). Se determinó la prevalencia de las mismas y se seleccionaron las relevantes para su análisis. Cuando una interacción analizada resultó ser de relevancia clínica, se buscó si dicha interacción pudo ser objeto de una intervención de recomendación desde el servicio de farmacia, con la mejor alternativa farmacoterapéutica no sujeta a interacción farmacológica.

RESULTADOS: Se entrevistaron a un total de 60 pacientes, de los cuales el 56,67 % eran hombres. La edad media fue de $63,5 \pm 12,24$ años. El 56,6 % de los pacientes fueron polimedcados con una media de $5,72 \pm 4,47$ medicamentos por paciente. Se analizaron un total de 345 líneas de tratamiento encontrándose que el 55,93 % de los pacientes presentaban una interacción en sus tratamientos, 0,98 interacciones por paciente. Según la gravedad de

las interacciones, el 64,49 % fueron C, el 10,17 % D y tan solo se encontraron 9 interacciones de la categoría X. Las interacciones a través del citocromo P4503A4 fueron las más frecuentes, presentándose en un 33,93% del total de interacciones detectadas. Por grupo terapéutico, los medicamentos más implicados en las interacciones farmacológicas pertenecieron en un 29,81 % al Sistema Musculoesquelético, seguido del Sistema Cardiovascular (28,07 %) y del Sistema Digestivo y Metabolismo (17,54 %) Los fármacos más implicados en la aparición de las interacciones fue paracetamol (23,21%), seguido de omeprazol (10,71%) y atorvastatina (8,93 %). Se realizaron 59 intervenciones, de las cuales se aceptaron el 82,14%.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los pacientes estudiados tienen al menos 1 interacción. No obstante, aunque todas se consideraron de relevancia clínica, sólo 14 interacciones (D y X) requirieron modificación de la terapia o supresión de la misma. En estos casos, el farmacéutico juega un papel muy importante en la prevención, detección y seguimiento de interacciones en este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

543. ESTUDIO DE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA INTRATECAL CON METOTREXATO, CITARABINA E HIDROCORTISONA EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN

AUTORES: RODRÍGUEZ CAJARAVILLE L, CASTAÑO RODRÍGUEZ B, JIMÉNEZ CABRERA S, VILLACAÑAS PALOMARES MV, SÁNCHEZ NIETO D, CORRAL ALAEJOS Á.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. Pº. San Vicente, 182. Salamanca. España

La terapia intratecal (TIT) constituye una herramienta esencial en el tratamiento y profilaxis de la infiltración leucémica y linfomatosa en el SNC. Sin embargo, aunque su uso está ampliamente aceptado, la escasa bibliografía y los pocos estudios de estabilidad en nuestro medio hacen que exista mucha variabilidad en aspectos relacionados con su preparación y administración. El objetivo de este estudio es conocer estos aspectos en la práctica clínica habitual de los hospitales de Castilla y León.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la bibliografía existente y se elaboró un breve cuestionario que se envió a 14 hospitales públicos de Castilla y León. En él se recogieron los siguientes ítems: 1) validación: existencia de protocolos adultos/pediátricos en el centro y su solidez científica, nº de preparaciones/año, fármacos a administrar y su dosificación; 2) Preparación: mezcla de fármacos en la misma jeringa o separados en jeringas individuales, disolventes y modo de reconstitución empleado (uso de filtro, volumen final y ajuste de pH). 3) Administración: secuencia de administración.

RESULTADOS: Los 14 hospitales respondieron al cuestionario. Trece centros elaboran la TIT para pacientes adultos y sólo 5 la preparan también para población pediátrica. Únicamente un hospital no utiliza actualmente este tipo de tratamiento. El número de preparaciones por año varía entre 1-180 para adultos y 17-60 para niños. La dosificación empleada es estándar en todos los centros ya que se basa en los protocolos de los grupos cooperativos PETHEMA y SEHOP. Otras fuentes bibliográficas utilizadas para la preparación fueron: Am J Hosp Pharm 1984; 41:1802-6, Trissel, Lexicomp, Guía Clínica ASHP, capítulo 797 USP y Farm Hops 2005 vol 29(3)185-90. La preparación se realiza en jeringas individuales en 4 hospitales para adultos, y sólo 1 para niños. El resto de centros elaboran la mezcla de fármacos en una misma jeringa. Se encontró una enorme diversidad en el procedimiento de reconstitución, utilizándose distintos volúmenes de agua para inyección, suero fisiológico o bien mezcla de ambos. Únicamente dos hospitales añaden bicarbonato y ninguno comprueba el pH. Sólo 5 centros usan filtro de 0,22 micras para la elaboración. Respecto al volumen final de la preparación, oscila entre 2-5 mL para niños y 3-8 mL para adultos. En todos los hospitales donde se preparan jeringas individuales, el orden de administración es 1º metotrexato, 2º citarabina y 3º hidrocortisona.

CONCLUSIONES: Este cuestionario viene a demostrar la gran heterogeneidad en la preparación de la TIT basada en metotrexato, citarabina e hidrocortisona en los hospitales públicos de Castilla y León, debido en gran medida a la falta de bibliografía. Dada su posible repercusión tanto en la eficacia como en la toxicidad de esta terapia, sería necesaria su estandarización, así como la realización de estudios de estabilidad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

236. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS ORALES CUANDO LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ES MENOR O IGUAL A TRES MESES

AUTORES: MARTIN GOZALO EM, FORTE PEREZ MINAYO M, CASTILLO BAZAN E, HERNÁNDEZ SEGURADO M, GARCÍA JIMÉNEZ L, PANADERO ESTEBAN MI.

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. AVDA REYES CATÓLICOS 2. Madrid. España

OBJETIVO: Uno de los criterios de exclusión en los ensayos clínicos en el campo de la oncohematología es tener una esperanza de vida mínima de 3 meses (180 días). El objetivo de este estudio es evaluar si nuestros pacientes se ajustarían a este criterio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional retrospectivo desde enero 2014 hasta abril 2016. Los criterios de inclusión fueron: pacientes que fallecieron en el periodo del estudio y que estuvieron en tratamiento con antineoplásicos orales para un periodo menor o igual a 3 meses. Variables recogidas: a) Demográficas: edad, b) Clínicas: diagnóstico, si enfermedad metastásica, fármaco, días tratamiento dispensado, fecha éxitus. Se evaluó: causa de interrupción, supervivencia global (SG) y el tiempo transcurrido desde fin de tratamiento hasta éxitus.

RESULTADOS: En el periodo de estudio fueron tratados 600 pacientes con antineoplásicos orales. 143 fallecieron durante este periodo y finalmente, se incluyeron 77 pacientes (tratamiento durante periodo $\leq$ 3 meses). Mediana de edad: 69 años. Entre los tumores estudiados cabe destacar: 5 pacientes Mieloma múltiple, 16 mama, 2 colangiocarcinoma, 16 colon, 8 gástrico, 7 hepatocarcinoma, 13 páncreas, 2 próstata, 11 pulmón, 2 recto y 6 pacientes con otros tumores. 5 pacientes fueron tratados para enfermedad no metastásica (4 hepatocarcinomas, 1 neo recto), 67 metastásicos, y en 4 no aplicaba esta clasificación. En el análisis global se obtuvieron los siguientes datos: Mediana de días de tratamiento 43.88 días. Las causas de interrupción fueron las siguientes: 22 éxitus durante el tratamiento (28,57 %), 41 progresiones de la enfermedad (53,24 %), 8 por efectos adversos (10,38 %), 1 por decisión de la paciente (1,29 %) y 5 por pérdida del seguimiento (6,49 %). La mediana de supervivencia global fue 175,04 días.

En el análisis por subgrupos se obtuvieron los siguientes **RESULTADOS:** La mediana de SG en el subgrupo de pacientes que fallecieron durante el tratamiento fue de 48 días, y el tiempo desde la finalización del tratamiento hasta éxitus 8 días. En el subgrupo que finalizaron el tratamiento por efectos adversos la mediana de SG fue 291 días, y el tiempo hasta éxitus fue de 261 días. Para el subgrupo que progresó, la mediana de SG fue de 177,5 días y el tiempo hasta éxitus 130 días. La paciente que suspendió por decisión propia tuvo una SG de 158 días y el tiempo hasta fallecimiento fue de 128 días. En el subgrupo de pérdida del seguimiento, la SG fue de 468 días y el tiempo hasta fallecimiento 429 días.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes que fallecieron durante el tratamiento fue de 28.57 % y la SG 48 días. A la hora de seleccionar tratamientos sería importante tener en cuenta si el paciente se va a beneficiar del tratamiento, si el paciente cumpliría criterios de inclusión de los ensayos como esperanza de vida mayor a 3 meses; con el objetivo de optimizar recursos y evitar a los pacientes exposiciones y efectos adversos innecesarios.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1093. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CRIZOTINIB: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

AUTORES: RUIZ GOMEZ MA, OBISPO PORTERO BM, SANCHEZ TORRES JM, RUIZ LOPEZ M, LORENZO GARCIA MP, MORELL BALADRON A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. Diego de León, 62. Madrid. España

OBJETIVO: Crizotinib está indicado en el tratamiento del carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado, positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) en primera línea o pacientes previamente tratados. En España, la incidencia de tumores de pulmón con presencia de la fusión de ALK es del 3-4%. El objetivo del presente estudio es describir la utilización de crizotinib en la práctica clínica habitual y evaluar su efectividad, seguridad y adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con crizotinib desde la primera adquisición del hospital (abril 2014) a marzo 2016. Variables recogidas de historia clínica: sexo, edad, tabaquismo, ECOG, diagnóstico y estadio, histología, reordenamiento ALK, mutación EGFR, número de localizaciones metastásicas y presencia de metástasis cerebrales al inicio del tratamiento, existencia de línea de tratamiento previa para el estadio en que se inicia crizotinib, tiempo en tratamiento y dosis, tiempo que tardó en alcanzarse la mejor respuesta observada y tipo de respuesta (estabilización de la enfermedad, respuesta parcial, progresión), reacciones adversas y gravedad. Se desestimó el uso de supervivencia libre de progresión para evaluar efectividad porque todos los pacientes continuaban en tratamiento. La adherencia se valoró mediante registro indirecto del programa de dispensación a pacientes externos Dominion®, en aquellos pacientes que llevaran al menos 4 meses de tratamiento. Se revisaron los tratamientos según ficha técnica (FT).

RESULTADOS: se incluyeron 7 pacientes y en todos fue valorable adherencia. El 71,43% eran mujeres y la mediana de edad 70 (55-74) años. Eran exfumadores 3 pacientes y 4 nunca habían fumado. El ECOG en 4 pacientes era 0 y en 3 pacientes era 1. Al inicio de tratamiento, todos estaban diagnosticados de adenocarcinoma de pulmón en estadio IV mutación ALK positiva y EGFR negativo. 3 pacientes presentaban metástasis cerebrales y 6 eran plurimetastásicos. Mediana de la duración del tratamiento con crizotinib 250mg/12h: 14,8 (4,57-16,83) meses, siendo en 3 pacientes

primera línea. Al estudiar la efectividad, se observó que mediana de tiempo hasta mejor respuesta observada de 2,2(1,37-2,64)meses y ésta fue respuesta parcial en 5 pacientes (71,43%) y estabilización de la enfermedad en 2(28,57%).Ningún paciente había progresado. Seguridad:4 pacientes presentaron RA de grado 1 que no requirieron ajuste de dosis(Astenia:2. Dolor abdominal:1.Lesiones eritematoescamosas:1).Los otros 3 no han presentado hasta el momento ninguna RA. Mediana de adherencia: 100%(99,17-100).Valor mínimo:91,88%.Las adherencias más bajas corresponden a los pacientes de más tiempo en tratamiento y astenia.

Todas las RA presentadas por los pacientes del estudio están descritas como □muy frecuentes□ en FT y no se requirió ajuste de dosis. En cuanto a datos de eficacia referidos en FT, la mediana de duración de la respuesta en meses fue 11,3 (8,1-13,8)en pacientes sin tratamiento previo y 7,4 (6,1-9,7) en previamente tratados.

CONCLUSIONES:Crizotinib se utilizó según las condiciones autorizadas.Comparados con los datos de ficha técnica, en la práctica clínica real presenta excelente efectividad y tolerancia, sin siquiera requerir ajuste de dosis, lo que contribuye a la buena adherencia al tratamiento.La mejor respuesta observada se alcanza a los 2,2 meses, lo que permite evaluar la efectividad y evitar tratamientos innecesarios.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

124. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: APARICIO RUBIO C, DE LA VEGA ZAMORANO I, CARRASCOSA PIQUER O, CORNEJO UIXEDA S, GARCIA DEL BUSTO ENGUER N, SANCHEZ ALCARAZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CTRA. CORBERA KM 1. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de regorafenib en el tratamiento de cáncer colorrectal metastásico (CCRm) y comparar los resultados con los estudios pivotales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron los pacientes diagnosticados de CCRm y en el que se evaluaron los tratamientos con regorafenib (160mg/día durante 21 días y una semana de descanso) iniciados desde la comercialización en España hasta Abril de 2016.

Los datos fueron obtenidos desde la Historia Clínica Electrónica (SIAS®) y el programa Abucasis® de dispensación electrónica. Las variables recogidas fueron las siguientes: edad, sexo, gen KRAS nativo o mutado, supervivencia libre de progresión (SLP), reacciones adversas (RA), causas de suspensión del tratamiento y supervivencia global (SG).

Los datos se compararon con los resultados obtenidos en el estudio CORRECT para CCR (mediana de SLP 1.9 meses y una SG de 6.4 meses).

RESULTADOS: El tratamiento se solicitó para 13 pacientes, 3 de ellos no se autorizaron por no cumplir criterios, 1 fue exitus antes de iniciarlo y 9 iniciaron el tratamiento. La distribución de los pacientes que iniciaron tratamiento fue: 5 mujeres (55,6%) y 4 hombres (44,4%), edad media 66 años (40-75). El 44,4% presentaba el gen KRAS mutado, 44,4% nativo y el 11,2% sin determinar.

Todos los pacientes que iniciaron el tratamiento habían recibido previamente otros esquemas. La mediana de líneas previas recibidas fue de 3 (3-5) y los principales tratamientos recibidos fueron fluorouracilo-irinotecan, fluorouracilo-oxaliplatino y capecitabina-oxaliplatino, todos ellos combinados con bevacizumab.

Durante el tratamiento todos los pacientes (100%) sufrieron acontecimientos adversos. El 77,7% de estos pacientes sufrieron astenia, el 55,5% rigidez musculoesquelética, el 44,4% disminución del apetito y el 22,2 % disfonía. Otros efectos de menor incidencia fueron: disnea, mucositis e hipertensión arterial. Estos acontecimientos provocaron una reducción de dosis a 120mg/24h en el 33.3% de los pacientes.

En la fecha de la realización del estudio, el tratamiento se había suspendido a 7 pacientes (77,7%) y 2 continuaban. La causa de suspensión del tratamiento a estos pacientes fue por progresión de la enfermedad (100%).

La mediana de SLP fue de 2,9 meses (IC95% 0,63-11,43) y la mediana de SG fue de 4 meses (IC95% 1,98-8,55). El 77.7% de los pacientes fueron exitus.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados, comparados con el ensayo CORRECT, muestran un ligero aumento en la SLP pero una SG inferior a la obtenida en dicho estudio, aunque debemos tener en cuenta la limitación del tamaño muestral (n=9). Respecto al perfil de seguridad aparecieron reacciones descritas en ficha técnica como frecuentes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1272. ESTUDIO DEL PERFIL DE TOXICIDAD ASOCIADO A LA ADMINISTRACIÓN DE L-ASPARAGINASA EN PACIENTES ADULTOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

AUTORES: Martín Cerezuela M, Montesinos Fernández P, Albert Marí MA, Borrell García C, Pérez Huertas P, Poveda Andrés JL.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Determinar la incidencia, gravedad y manejo de las reacciones adversas tras la administración de L-Asparaginasa. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) tratados con L-Asparaginasa según los protocolos PETHEMA en un hospital terciario. El periodo de estudio fue 2008-2015. Se revisó la historia clínica en papel y electrónica mediante el aplicativo informático OrionClinic® y el módulo de prescripción electrónica en pacientes oncológicos (Oncofarm®). Se elaboró un formulario de registro y se recogieron los datos en una base de datos Access 2003 de Microsoft®. Se analizaron variables demográficas: edad, sexo, índice de masa corporal y los parámetros analíticos: hemoglobina, leucocitos, plaquetas, TTPA, Índice de Quick, fibrinógeno, glucemia, BUN, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, transaminasas y albúmina en el momento del diagnóstico. Se registró grupo de riesgo y protocolo aplicado, así como fecha de administración, tipo, vía y dosis acumulada de Asparaginasa por cada paciente y ciclo. Si fue necesaria una segunda línea por toxicidad, también se recogieron estos datos de la presentación alternativa. Se analizaron de manera evolutiva la glucemia para evaluar la hiperglucemia; bilirrubina, fosfatasa alcalina y transaminasas para la hepatotoxicidad, los niveles de fibrinógeno para la hipofibrinogenemia, albúmina plasmática para la hipoalbuminemia y colesterol y triglicéridos para valorar la dislipemia. Se recogió la presencia de reacciones de hipersensibilidad, trombosis y hemorragia. Se registró la fecha de aparición de cada reacción adversa, el grado de toxicidad (según criterios de toxicidad de Cancer Institute Common Toxicity Criteria versión 4.03), las medidas instauradas (suspensión de la administración, reducción de dosis, cambio de presentación o manejo sintomático) y la respuesta (resuelto, resuelto con secuela, no resuelto con toxicidad o exitus por toxicidad). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital. **RESULTADOS:** Se incluyeron 38 pacientes que habían recibido al menos una dosis de Asparaginasa en cualquiera de sus tres presentaciones. La mediana de edad fue 32,5 (15-68) años. El 60% eran varones. El 89,5% recibieron en primera línea Asparaginasa de E.coli. El resto de pacientes iniciaron tratamiento con PEG-Asparaginasa. La reacción adversa más frecuente fue hepatotoxicidad en los ciclos de inducción (95%) y consolidación (78%) y la dislipemia (53,5%) durante el mantenimiento. La hepatotoxicidad provocó en inducción la suspensión de L-Asparaginasa en un caso y de PEG-Asparaginasa en dos pacientes. La hipersensibilidad se observó mayoritariamente en los primeros ciclos de consolidación (28%), lo que provocó el cambio de L-Asparaginasa por Erwinia en 15 pacientes (23,5%). En cuanto a gravedad, el daño hepático registró el mayor número de acontecimientos grado 3-4 (31,6%). **CONCLUSIONES:** La reacción adversa más frecuente, y con mayor porcentaje de reacciones grado 3-4 fue la hepatotoxicidad durante inducción. La hipersensibilidad apareció mayoritariamente en consolidación. La L-Asparaginasa supone gran beneficio terapéutico para pacientes diagnosticados de LLA pero debido a su gran incidencia de reacciones adversas sería necesario establecer criterios para su manejo profiláctico y terapéutico.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

699. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Espinosa Bosch M, Garrido Siles M, Vega Coca MD, Nieto Guindo P, Gavira Moreno R, Cantillana Suarez MG.

Hospital Regional Universitario de Málaga. Avda. Carlos Haya s/n 29010. Málaga. España

OBJETIVOS: Describir la experiencia de uso de brentuximab vedotín (BV), en relación con su efectividad y seguridad, para el tratamiento del Linfoma de Hodgkin (LH) o Linfoma anaplásico de células grandes (LACG) en recaída o refractario según las condiciones autorizadas en la ficha técnica en varios centros hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico desde Enero de 2013 a Marzo de 2015 de los pacientes que iniciaron tratamiento con BV en varios hospitales de una misma región. Las variables analizadas fueron sexo, edad, diagnóstico, tratamientos previos, dosis y número de ciclos de BV administrados, trasplante alogénico posterior, efectividad medida como supervivencia libre de progresión (SLP) y efectos adversos graves.

RESULTADOS: Se incluyeron 22 pacientes (59% varones, edad mediana 35 años (rango 20-68)) procedentes de 6 hospitales. 20 pacientes tenían diagnóstico de LH y 2 son diagnosticados de LACG. La mediana de ciclos previos fue de 4 (rango 1-8). Los tratamientos previos más frecuentes (incluyendo trasplante) fueron: ABVD (17/22), ESHAP (12/22), IGEV (12/22), GPD (8/22). La mediana de ciclos de BV recibidos fue de 5 (rango 1-16). En 13 pacientes se llevó a cabo trasplante alogénico posterior. La SLP mediana de los pacientes fue de 10,8 meses (rango 0,1 - 35,7; con 7 casos censurados). En los pacientes que fueron trasplantados la mediana de SLP es estadísticamente superior a los que no se trasplantaron (mediana 14,17 vs 3,71; HR = 0,1691, p = 0,0027). Aún no se ha alcanzado la mediana de supervivencia global.

Los efectos adversos graves provocaron exitus en 2 pacientes (un paciente fallece por complicaciones derivadas de pancitopenia severa y otro por fallo multiorgánico secundario a lisis tumoral masiva) y suspensión del tratamiento en

un paciente que al tercer día del primer ciclo presentó trombopenia, hepatitis y colestasis con aumento importante de ferritina.

CONCLUSIONES: Brentuximab vedotín es un tratamiento efectivo como terapia puente al trasplante alogénico en pacientes con LH o LACG, con valores de SLP que superan los publicados en el ensayo clínico principal1 (SLP = 5,6 meses). Sin embargo presenta una toxicidad muy importante siendo incluso causa de exitus en el 9% de los pacientes estudiados.

Se necesitan estudios a más largo plazo para confirmar la supervivencia global y con mayor población para conocer el balance beneficio-riesgo así como identificar los pacientes con mayor probabilidad de respuesta con la menor tasa de efectos adversos graves posible.

1 Younes A, Gopal AK, Smith SE, Ansell SM, Rosenblatt JD et al. Results of a pivotal phase II study of brentuximab vedotin for patients with relapsed or refractory Hodgkin's lymphoma. J Clin Oncol. 2012; 30(18):2183.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

858. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO CON ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

AUTORES: SÁEZ FERNÁNDEZ EM, SÁNCHEZ MARTÍN A, GARCÍA GARCÍA MP, OLIVA OLIVA A, FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ E, JIMÉNEZ CABRERA S.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Paseo de San Vicente 58-182. Salamanca. España

OBJETIVO: La introducción de nuevos fármacos en la terapéutica del cáncer de próstata requiere seleccionar el más adecuado en cada momento para optimizar recursos. Por ello, se plantea analizar el uso y la seguridad de enzalutamida y evaluar el impacto de la realización de Atención Farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de Atención Farmacéutica en pacientes con cáncer de próstata en tratamiento con enzalutamida durante Mayo 2015 □ Abril 2016. La consulta de Atención Farmacéutica se realizó mensualmente coincidiendo con la visita médica en una Unidad de Pacientes Externos. Variables recogidas: demográficas (edad), analíticas (nivel basal de PSA), diagnósticas (Gleason y existencia y localización de metástasis), terapéuticas (líneas de tratamiento previas, co-morbilidades, medicación concomitante, duración del tratamiento), clínicas de eficacia (ECOG e intensidad de dolor) y seguridad (efectos adversos). Programa de Atención Farmacéutica: adecuación de indicación (protocolo de uso aprobado por Comisión de Farmacia y Terapéutica), adherencia (registro de dispensación), efectos adversos (escala CTCAE v4.02) e interacciones medicamentosas (Drugs®, Micromedex®). Para la obtención de datos se utilizó el programa de pacientes externos (Farmatools®) y la historia clínica informatizada. El análisis de los datos se realizó con la aplicación informática Excel®.

RESULTADOS: 25 pacientes fueron incluidos, con una mediana de edad de 75 años (61 □ 87). Al inicio, todos presentaban ECOG

En cuanto a indicación, el 52% se autorizó en primera línea y el 20% tras fracaso a docetaxel. El 28% restante no cumplía las indicaciones aprobadas y requirió evaluación por la Comisión. Tanto la adherencia como la administración fueron correctas en >90% de los pacientes. El 76% tuvieron buena tolerancia, presentando efectos adversos grado leve (1-2) el 34% (mayor frecuencia: cansancio, dolor muscular). Por último, se detectaron 60 interacciones, algunas de las cuales resultaron clínicamente relevantes en el 56% de los pacientes: graves (21,6 %), moderadas (66,7%) y leves (11,7%); fármacos implicados: 47. Relacionadas con enzalutamida 16: 8 graves (fentanilo(4), oxicondona(2), ranolazina(1) y tramadol(1)), 5 moderadas (acenocumarol(2), atorvastatina(2), roflumilast(1)) y 1 leve (eplerenona). 10 interacciones obligaron a intervenir al farmacéutico conllevando suspensión del fármaco en 1 ocasión y cambio de enzalutamida por abiraterona en otra.

CONCLUSIONES: Enzalutamida ocupa un papel importante en la terapéutica del cáncer de próstata, pero en un porcentaje notable (28%), fue necesario un equipo multidisciplinar para posicionarlo. Posee buen perfil de seguridad, sin embargo, presenta elevado número de interacciones farmacológicas al utilizarse en pacientes de edad avanzada (>75 años) y polimedicados (>5 fármacos/paciente). Debido a todo lo expuesto, la intervención farmacéutica puede tener una importante repercusión en el manejo de dicho fármaco.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

707. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PEMETREXED EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE PULMON METASTÁSICO

AUTORES: GARCÍA GIL S, GONZALEZ DE LA FUENTE G, GONZALEZ GARCIA J, NAZCO CASARIEGO GJ, VIÑA ROMERO MM, GUTIERREZ NICOLAS F.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. Carretera de Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Uno de los esquemas estándares para el tratamiento del adenocarcinoma de pulmón no microcítico metastásico (CPNM) es el derivado del estudio PARAMOUNT que consiste en una fase de inducción de cuatro ciclos con cisplatino más pemetrexed, y un mantenimiento, hasta progresión, con pemetrexed. El objetivo principal del presente estudio ha consistido en analizar la efectividad de dicho esquema en un hospital del tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico de 6 años de duración (marzo 2010-marzo 2016), en el que se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de pulmón tratados con el esquema descrito en el ensayo PARAMOUNT. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes fueron obtenidos de las historias clínicas a través del aplicativo informático SAP®. El cálculo de la mediana de supervivencia libre de progresión se realizó mediante una estimación de tipo Kaplan-Meier empleando el programa G-Stat 2.0

RESULTADOS: En el estudio fueron incluidos 217 pacientes, de los cuales el 73% fueron hombres. La edad media fue de 61,2 años (25-82) y un 91,3% de los pacientes presentó un ECOG 0-1 al inicio del tratamiento. El 43,31% (n=94) de los pacientes no superó la inducción basada en cisplatino-pemetrexed. La mediana de SLP para la población global fue de 3,1 meses. La SLP en los pacientes que lograron superar la fase de inducción fue de 7,2 meses. Ni la edad ($p=0,5567$), ni el sexo ($p=0,423$) tuvieron significancia sobre la eficacia del tratamiento. Sin embargo, el ECOG tuvo influencia sobre el mismo: un 66,6% de los pacientes con ECOG 0 superaron la inducción, mientras que en los pacientes con ECOG 1 tan solo lo hicieron el 36,3% ($p < 0,001$). En el subgrupo de pacientes con ECOG 2 únicamente un 5,2% logró superar dicha fase ($p < 0,001$). De tal forma que los pacientes con un ECOG de 0 mostraron una PFS de 5,3 meses mientras que los pacientes con ECOG de 1 su PFS fue de 3,1 meses ($p=0,012$).

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados muestran que la efectividad del pemetrexed para el tratamiento del adenocarcinoma de pulmón metastásico en nuestro entorno, fue similar a la eficacia publicada en los ensayos pivotaes para la aprobación del fármaco. Este dato parece indicar una correcta selección de los pacientes a la hora de prescribir el tratamiento. Trabajos de este tipo permiten asentar las bases para generar la información necesaria en el conocimiento de resultados en salud que estamos logrando en los hospitales con las terapias antineoplásicas.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1041. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ELTROMBOPAG

AUTORES: IGLESIAS LAMBARRI A, mora atorrasagasti O, Nuñez Ceruelo I, cardenas sierra M, ibarrondo larramendi I, Lopez de torre querejazu A.

HOSPITAL DE GALDAKAO. Barrio Labeaga s/n. Vizcaya. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de eltrombopag en el tratamiento de la trombocitopenia por diferentes causas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes que han recibido eltrombopag durante el año 2015. Se evaluó la efectividad a través del incremento máximo en la concentración de plaquetas, el tiempo medio necesario para alcanzar éstas concentraciones máximas y la respuesta mantenida. Se recogieron además efectos adversos.

RESULTADOS: Se incluyeron diez pacientes (tres varones y siete mujeres). La media de edad fue de 77 años (rango 63-85). Cuatro pacientes tenían indicación de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) y 6 trombocitopenias graves por otras causas (3 aplasias medulares una por imatinib). La media de la concentración de plaquetas al inicio del tratamiento fue de 30.750 plaq/ μ l (rango 6.000-36.000) para PTI y de 11.500 plaq/ μ l (rango 6.000-18.000) para resto de trombocitopenias. En los pacientes con PTI, la media de concentración máxima alcanzada fue de 262.000 plaquetas/ μ l; el tiempo medio para alcanzar la concentración máxima fue 2 meses (excepto un caso a los 13 meses) y la media de la concentración mantenida en el tiempo fue de 113.600 plaq/ μ l en 3 de los casos con una dosis media de mantenimiento de 25mg/día (un paciente no consiguió respuesta mantenida a pesar de haber tenido una respuesta máxima al mes del inicio). En los pacientes con trombocitopenia grave y/o aplasia medular la media de concentración máxima alcanzada fue de 177.286 plaq/ μ l (rango 44.000-644.000); el tiempo medio para alcanzar la concentración máxima fue 9 meses y la media de la concentración mantenida en el tiempo entre los respondedores fue 111.000 plaq/ μ l (75.000-154.000) con dosis media de mantenimiento de 50mg/día. Dos pacientes no consiguieron una respuesta adecuada (media de concentración mantenida de 20.000 plaq/ μ l) y que eran los mismos cuyas concentraciones máximas alcanzadas eran inferiores a 50.000 plaq/ μ l).

Seguridad: un paciente no presentó ningún efecto adverso. Los dolores abdominales y/o náuseas y/o vómitos se presentaron en 6 pacientes; 5 pacientes describieron dolor lumbar, de hombros y brazos; 3 pacientes con insomnio; 1 paciente presentó síndrome ansioso-depresivo con tratamiento antidepresivo; 4 describieron cansancio, 2 anorexia, 2 edemas y 3 pacientes describieron tos. Ningún paciente presentó elevación de los niveles de transaminasas ni bilirrubina y tampoco se describió ningún evento trombótico (efectos adversos más graves descritos). Durante el tratamiento con eltrombopag se necesitó administrar concentrados de plaquetas a 4 pacientes (tres pacientes con

aplasia medular y uno con trombocitopenia grave). Ningún paciente con PTI necesito la administración de concentrados de plaquetas.

CONCLUSIONES: eltrombopag fue eficaz en 7 de diez pacientes (75% de eficacia en PTI, 67% en trombocitopenias graves y/o anemia aplásica). Los pacientes con trombocitopenias graves y/o aplasia medular partían de una plaquetopenia más severa y 4 de ellos han necesitado transfusiones de concentrados de plaquetas. En ambas indicaciones los niveles de concentraciones mantenidas de plaquetas son similares, aunque la dosis de mantenimiento necesaria es mayor en aplasia medular. Los efectos adversos comunicados son numerosos pero ninguno grave.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

383. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON PLATINO/PEMETREXED SEGUIDO DE MANTENIMIENTO CON PEMETREXED EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES: CABALLERO REQUEJO C, GARRIDO SILES M, VILLATORO ROLDAN R, ALVARO SANZ E, GARCÍA-MOLINA SÁEZ C, TORTAJADA GOITIA B.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVÍA A-7 KM 187. Málaga. España

OBJETIVO: El tratamiento en primera línea del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) no escamoso incluye entre otras opciones la utilización de platino/pemetrexed seguido de mantenimiento con pemetrexed. Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar la eficacia de dicho tratamiento y comparar los resultados en práctica clínica habitual con los publicados en el estudio PARAMOUNT, así como ver las causas de suspensión del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de nivel 2. Se incluyeron todos los pacientes con CPNM no escamoso estadios IIIB o IV que iniciaron tratamiento de primera línea basado en un platino más pemetrexed, seguido de mantenimiento con pemetrexed entre diciembre 2009 y marzo 2016. Los pacientes del estudio fueron extraídos del programa de prescripción electrónica Farmis-Oncofarm®.

Las variables del estudio fueron supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). La fecha y las causas de suspensión del tratamiento así como la fecha de éxito fueron recogidos de los informes médicos y del programa de historia clínica electrónica de atención primaria.

RESULTADOS: Se incluyeron 33 pacientes, todos ellos con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón (en el ensayo PARAMOUNT el 85% de los pacientes tuvieron diagnóstico de adenocarcinoma y el 7% de cáncer de pulmón de células grandes). El 66,7% fueron hombres y la mediana de edad fue de 60 años (rango:35-80). El 84,8 % de los pacientes tenía menos de 70 años. El 51,5% de los pacientes presentaban un ECOG 0, el 39,4% un ECOG 1, y el 9,1% un ECOG 2. Comparado con las características basales de los pacientes del PARAMOUNT, se observan valores similares en cuanto a edad, aunque en la práctica clínica de nuestro hospital se trataron un 9,1% de pacientes con ECOG 2 y en el ensayo todos los pacientes presentaban ECOG 0 (32%) o 1 (67,3%).

Respecto a eficacia, la mediana de SLP fue de 5,7 meses (rango: 3,5-20,5), siendo de 6,9 meses (rango:6,2-7,5) en el estudio PARAMOUNT. La mediana de SG en los 22 pacientes que fueron éxito fue de 11,9 meses (rango: 3,9-49,7), mientras que en el PARAMOUNT fue de 13,9 meses (rango:12,8-16).

La mediana de ciclos de mantenimiento con pemetrexed fue de 4 (rango:1-23) al igual que en el estudio PARAMOUNT.

Los principales motivos de suspensión del tratamiento fueron: progresión radiológica en el 57,6% de los pacientes, progresión clínica en el 18% y toxicidad en el 12%.

CONCLUSIONES: Los datos de SLP y SG obtenidos en pacientes en práctica clínica habitual en nuestro Centro fueron inferiores a los obtenidos en el estudio PARAMOUNT.

La principal causa de suspensión del tratamiento fue progresión de la enfermedad evidenciada por pruebas de imagen.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1191. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE AFLIBERCEPT EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: Castiella García M, Uriarte Pinto M, Agustín Ferrández MJ, Navarro Pardo I, Escolano Pueyo A, Gasso Sanchez A.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel la Católica 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: aflibercept en combinación con irinotecan/5-fluorouracilo/ácido folínico (FOLFIRI), está indicado en adultos con cáncer colorrectal metastásico (CCRM), que es resistente o ha progresado después de un régimen con oxaliplatino. El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia y seguridad de aflibercept en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de pacientes tratados con aflibercept en nuestro centro, en el año 2015. Variables recogidas: edad, sexo, estado KRAS, tratamientos previos, número de ciclos, dosis, inicio y fin de tratamiento, fecha de progresión y fallecimiento. Como medida de eficacia se evaluó la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y de supervivencia global (SG). En cuanto a la seguridad, se registraron los retrasos y reducciones de dosis. La información se obtuvo del programa informático Oncowin y de la historia clínica. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS: 28 pacientes, 60,7% hombres, con CCRM fueron tratados con aflibercept. La mediana de edad fue de 67 años (39-82) y 66,7% presentaba KRAS mutado. 64,3% recibió tratamiento previo con bevacizumab y 21,4% con cetuximab. En el 78,6% de los casos se empleó como segunda línea de tratamiento y en todos los pacientes se había utilizado oxaliplatino previamente. La media de ciclos fue de 7 (1-23) y el 100% empezó con dosis de 4mg/kg. La mediana de SLP fue de 5,7 meses (IC 95%: 1,98-9,26) y la mediana de SG de 8,2 meses (IC 95%: 4-12,37). No se encontraron diferencias en supervivencia entre los pacientes pretratados con o sin bevacizumab. En cuanto a la seguridad, en el 10,7% de los pacientes se redujo la dosis y en el 75% se retrasó la administración de algún ciclo por toxicidad hematológica, diarrea o hemorragias.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados en cuanto a SLP y SG son inferiores a los obtenidos en el estudio pivotal fase III del fármaco (VELOUR) con valores de 5,7 vs 6,9 y 8,2 vs 13,5 meses, respectivamente. Con los datos analizados, esta diferencia se podría atribuir al mayor porcentaje de pacientes previamente tratados con bevacizumab 64,3% vs 30,4%, ya que, aunque no se encontraron diferencias con significación estadística, en el estudio VELOUR se observó tendencia a obtener menor beneficio en SG en los pacientes pretratados con bevacizumab. En cuanto a la toxicidad, no se objetivaron efectos no descritos previamente. No obstante, la elevada proporción de pacientes con retraso en la administración de ciclos pone de manifiesto la mala tolerancia del régimen, coincidiendo con la información extraída del estudio pivotal (99,2% experimentó toxicidad relacionada con el tratamiento).

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

736. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. COMPARACIÓN CON RESULTADOS PREVIOS

AUTORES: Castiella García M, Agustín Ferrández MJ, Uriarte Pinto M, Navarro Pardo I, Escolano Pueyo A, Olier Martínez P.

HOSPITAL UNIV. MIGUEL SERVET. Paseo Isabel La Católica 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: la eribulina es un fármaco indicado en cáncer de mama localmente avanzado o metastásico. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con eribulina en nuestro hospital, tras varios años de experiencia con el mismo y comparar los datos obtenidos con estudios previos.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de las pacientes en tratamiento con eribulina en el año 2015. Se recogieron los siguientes datos: edad, expresión de HER2 y receptor hormonal (RH), tratamientos quimioterápicos previos, fecha de inicio y fin, dosis y número de ciclos con eribulina, motivo de suspensión del tratamiento, fecha de progresión y fallecimiento. Como medida de eficacia se calculó la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). Como medida de seguridad, se registraron las reducciones de dosis y las toxicidades. Los resultados se compararon con el estudio realizado en el mismo centro con pacientes en tratamiento con eribulina entre junio de 2011 y marzo de 2014. Se empleó el programa Oncowin y la historia clínica para obtener la información necesaria. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

RESULTADOS: En 2015, 23 mujeres con cáncer de mama metastásico fueron tratadas con eribulina. La media de edad fue de 54 años (35-76). El 30,4% eran HER2+ (7/23) y el 73,9% presentaba RH+ (17/23). La media del número de líneas previas fue de 4 (1-9) y 4,3%(1/23) de las pacientes recibió 1 línea previa. La dosis inicial de eribulina fue 1,23 mg/m² en el 73,9% de las pacientes y en el resto 0,97mg/m² por insuficiencia hepática leve. La media de ciclos recibidos fue de 5,2 (1-17). 100% recibió capecitabina en líneas previas, 91,3% taxano y 60,9% antraciclinas, incluyendo tratamiento adyuvante y metastásico. La SG a los 6 meses fue del 60,9 % (14/23). La mediana de SLP y SG fue de 2,3 meses (IC95%: 1,45-3,2) y 11,4 meses (IC 95%:3,18-19,56), respectivamente. No se encontraron diferencias por subgrupos según estado HER2 ni según líneas previas (

CONCLUSIONES: Se han obtenido mejores resultados en SLP y SG que en estudios previos del centro 2,1 y 7,5 meses, respectivamente vs 2,3 y 11,4 meses. Esto se puede atribuir tanto al menor número de líneas previas (4 vs 6), como a un mejor manejo del fármaco por la experiencia adquirida. Los valores de supervivencia son menores que los obtenidos en los estudios EMBRACE Y 301 por la mayor proporción de pacientes más pretratadas y % de HER2+. Los resultados sugieren la mejora en la selección de las pacientes que más se pueden beneficiar del tratamiento con eribulina. El porcentaje de pacientes con reducción de dosis ha sido inferior al descrito en el ensayo pivotal EMBRACE y estudio 301 (13% vs 29 y 32%), lo que refleja el fácil manejo de la toxicidad.

1160. EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN PARA PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL CON CETUXIMAB EN TERCERA LÍNEA EN MONOTERAPIA

AUTORES: CAMEAN CASTILLO M, MARTÍNEZ DÍAZ C, GIL SIERRA MD, PALOMO PALOMO C, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. Ctra. Nacional IV, km 665. Sevilla. España

OBJETIVO: Estudiar la mediana de supervivencia libre de progresión real en pacientes en tercera línea de cáncer colorrectal con cetuximab en monoterapia comparada con el resultado del ensayo pivotal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes que recibieron cetuximab (400mg/m² dosis inicial y 250mg/m² dosis mantenimiento), en monoterapia, en tercera línea para el diagnóstico de cáncer de colon o recto entre el 1 de Enero de 2013 y 31 de Diciembre de 2015. Se recogieron datos de pacientes correspondientes a edad, sexo, KRAS, PS, tratamiento previo, rash y primera y última administración de cetuximab a partir de la aplicación para la gestión de quimioterapia (Farmis ® versión 2011 0.4.6) y la Historia Única Digital del SAS (Diraya). Se comparó el resultado obtenido de mediana de supervivencia libre de progresión en meses con el resultado del ensayo pivotal (CA225025).

RESULTADOS: Durante el período de estudio 20 pacientes fueron tratados con cetuximab en monoterapia en tercera línea con una edad media de 68,9 años de los cuales el 70% eran hombres. El PS de los pacientes fue inferior a 2 en el 95% de ellos. El 65% de los pacientes tenían el KRAS nativo, del otro 35% no se consiguieron datos. El 100% de los pacientes fueron tratados con irinotecán previo, el 95% con oxaliplatino, el 65% con fluoropirimidinas y el 100% con capecitabina y/o bevacizumab. El rash de los pacientes fue inferior a 2 en el 85% de ellos siendo el valor 1 el predominante con un 50% de casos. La mediana de supervivencia libre de progresión alcanzada fue de 5,6 meses, resultando una diferencia de 1,9 meses respecto a la supervivencia libre de progresión del ensayo pivotal que era de 3,7 meses para pacientes KRAS nativo.

CONCLUSIONES: 1.El estudio refleja una mediana de supervivencia libre de progresión mayor que la del ensayo pivotal aunque el número de pacientes es muy inferior.

2. El esquema está incluido en el protocolo del centro y parece superar las expectativas que motivaron su inclusión en la guía oncológica del hospital.

606. EVALUACION DE RESULTADOS EN SALUD DE AZACITIDINA EN SINDROME MIELODISPLÁSICO

AUTORES: Mangues Bafalluy I, Marco Betes V, Rius Perera J, Parada Saavedra FJ, García Cerecedo T, Schoenenberger Arnáiz JA.

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. Avda Alcalde Rovira Roure 198. Lleida. España

OBJETIVO: Determinar efectividad y toxicidad de azacitidina en pacientes diagnosticados de síndrome mielodisplásico (SMD).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, unicéntrico y observacional que incluyó los pacientes que cumplieron criterios de inclusión del registro del grupo español de síndromes mielodisplásicos (GESMD) desde Marzo 2010 hasta Marzo 2016. La recogida de datos se realizó a partir de la revisión de la historia clínica informatizada (SAP) y del programa de prescripción electrónico Oncofarm ®. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, fecha de diagnóstico, duración del tratamiento, evaluación de la respuesta, toxicidad y fecha éxito.

La efectividad se calculó en base a:

- a) supervivencia global (SG) desde inicio de tratamiento con azacitidina hasta éxito
- b) supervivencia libre de progresión (SLP) desde inicio de tratamiento hasta interrupción por cualquier causa.
- c) tasa de respuesta: respuesta completa + respuesta parcial medida mediante los criterios de respuesta para SMD modificados del International Working Group (IWG) (Cheson et al. 2006)
- d) reducción de las necesidades transfusionales

La seguridad se evaluó en base al perfil de toxicidad acontecido.

RESULTADOS: Se analizaron 31 pacientes, 71% (n=22) hombres con una media de edad de 72 ± 10,2 años. El protocolo habitual de administración de azacitidina subcutánea fue de 75 mg/m² x 7 días (5-0-2) cada 28 días durante 6-12 ciclos seguidos de 75 mg/m² x 5 días (5-0-0) cada 28 días o hasta progresión o toxicidad.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio de azacitidina fue para un 71 % (n=22) de los pacientes inferior a un año.

La SG fue de 22,2 meses (IC95%: 12,5-32,0). La SLP (mediana) fue de 15,3 meses (IC95%: 9,5-21,2). Un 74,2% (n=23) de los pacientes fue éxito a lo largo de los 6 años del período de estudio.

La tasa de respuesta completa manteniendo independencia transfusional fue del 58% (n=18). De ellos, 13 pacientes (42%) con necesidad transfusional en el momento de iniciar azacitidina y 5 pacientes (16%) sin necesidad transfusional previa.

Solamente un paciente fue sometido a alotransplante.

Los efectos adversos encontrados fueron citopenias, cutáneos, digestivos, infecciones y hemorragias. Un 9,7 % de los pacientes (n=3) presentaron toxicidad que obligó a la suspensión de azacitidina y 2 de ellos en el contexto de progresión de la enfermedad.

CONCLUSIONES: La efectividad en términos de SG coincide con lo descrito en la bibliografía.

Un 58 % de los pacientes fueron independientes de transfusión lo cual repercutió en una mejora de su calidad de vida.

Los efectos adversos fueron bien tolerados y se corresponden con los referidos en la literatura.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

651. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON EVEROLIMUS (AFINITOR®)

AUTORES: Boada Hernández JM, Raymundo Piñero A, Díaz González M, Pascual Carrasco Á, Gandía Martínez R, Polache Vengud J.

Hospital General Universitario Alicante. Calle Pintor Baeza 12. Alicante. España

OBJETIVOS: Afinitor® (everolimus) es un inhibidor de tirosin quinasa mTOR indicado en carcinoma avanzado de células renales, cáncer de mama con receptor hormonal positivo y tumores neuroendocrinos de origen pancreático. El objetivo de estudio es evaluar la seguridad en los pacientes en tratamiento con everolimus como agente antineoplásico en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional desde abril de 2012 hasta marzo de 2016 que incluye a todos los pacientes tratados con everolimus con indicación antineoplásica en un hospital terciario.

Variables recogidas: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento con everolimus (dosis inicial, dosis reducida, suspensión por toxicidad y/o progresión de enfermedad), reacciones adversas relacionadas con el fármaco a estudio y datos analíticos.

La información se obtuvo de las historias clínicas y de los programas Farmasyst® (módulo dispensación individualizada) y Alta Hospitalaria.

RESULTADOS: Se incluyeron 46 pacientes (14 hombres y 32 mujeres) con edad media de 62,8 años, 20 diagnosticados de carcinoma de mama avanzado con receptor hormonal positivo (43,47%), 20 de carcinoma renal avanzado (43,47%), 4 de cáncer neuroendocrino de origen pancreático (8,7%) y 2 (4,36%) otros diagnósticos.

Los pacientes que presentaron reacciones adversas de grado 2 ó superior debidas a everolimus, fueron 20 (43,47%), las más frecuentes: estomatitis G2/G3 (40%), neumonitis grado 2 (35%), astenia (20%), rash cutáneo (20%), anemia (15%) y neutropenia/trombocitopenia (10%). Para el manejo de estas reacciones, se redujo la dosis de 10 mg a 5 mg diarios en 14 de estos pacientes (70%), continuando con dosis reducida 7 pacientes (50%) y cambiando de tratamiento 6 por progresión de la enfermedad (42,8%), mientras que 1 (7,14%) requirió cambiar a 5 mg/48h que posteriormente suspendió por persistencia de toxicidad (astenia G2 y rash cutáneo G2). En los otros 6 pacientes (30%), se cambió de tratamiento sin reducción de dosis por toxicidad.

De los 26 pacientes (56,52%) que no presentaron efectos adversos de gravedad, 4 (15,38%) continuaron con la dosis de 10 mg libres de progresión, 10 (38,46%) fallecieron y 12 (46,15%) cambiaron de tratamiento por progresión de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Las reacciones adversas más frecuentes encontradas en nuestra población son la estomatitis y neumonitis, conforme a lo recogido en ficha técnica.

La estrategia más efectiva y prevalente para el control de los efectos adversos fue la reducción de dosis.

Destacar el importante papel del farmacéutico en la validación de este tipo de terapias, en la información al paciente acerca de la prevención y manejo de los efectos secundarios y en el seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

610. EVALUACIÓN DEL GRADO DEL CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES

AUTORES: CUERDA CORONEL S, DE JUAN-GARCIA TORRES P, BLANCO CRESPO M, NAVARRO ABAD AI, HORTA HERNANDEZ AM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. Donantes de Sangre, s/n. Guadalajara. España

OBJETIVOS: El empleo de antineoplásicos orales (ANEOS) en los pacientes oncohematológicos es cada vez más frecuente. La vía oral es más cómoda pero requiere una mayor implicación del paciente en el tratamiento, porque es necesaria una buena adherencia para que el fármaco sea eficaz. Además aumenta la probabilidad de aparición de interacciones. Los estudios publicados muestran que un adecuado conocimiento del ANEO por parte del paciente influye positivamente en su cumplimiento.

El objetivo de este estudio es:

Evaluar el grado de conocimiento de la medicación en pacientes o cuidadores con ANEOs antes de iniciar el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo realizado en la consulta de Atención Farmacéutica Oncohematológica (CAFOH) desde el 1 de octubre de 2015 al 15 de abril de 2016.

Se recogió información de los pacientes sobre: edad, sexo, diagnóstico, ANEO prescrito, dosis y pauta a través del programa de prescripción electrónica Oncohematológica.

Se diseñó un cuestionario en el que se preguntaba si conocían y/o recordaban: nombre del ANEO, indicación, posología, administración con o sin alimentos, qué hacer ante un olvido de dosis o emesis, efectos adversos (EA) e interacciones con tratamientos concomitantes o medicina alternativa/fitoterapia.

En la visita de inicio de tratamiento a la CAFOH, el farmacéutico cumplimentó el cuestionario para evaluar el grado de conocimiento del paciente sobre su tratamiento con ANEOs y se proporcionó información oral y escrita sobre el tratamiento para completar la recibida en la consulta médica.

RESULTADOS: Se entrevistaron a 78 pacientes: 55% (43) eran hombres y 45% (35) mujeres, con una mediana de edad de 67,5 años (29-88).

Los ANEOs prescritos fueron: 39% (30) capecitabina, 15% (12) lenalidomida, 6% (5) enzalutamida, 5% (4) vinorelbina, 4% (3) regorafenib, 4% (3) sunitinib, 4% (3) everolimus y 23% (18) otros.

Los diagnósticos fueron: 22% (17) cáncer de colon, 17% (13) mieloma múltiple, 13% (10) cáncer de mama, 12% (9) cáncer de recto, 9% (7) cáncer de próstata y 27% (22) otros.

El 71% (55) de los pacientes conocían el nombre del ANEO; el 92% (72) la indicación, 91% (71) la dosis y pauta del fármaco prescrito y el 56% (44) las condiciones de administración (ayunas/con alimentos).

El 12% (9) de los pacientes sabían qué hacer ante un olvido de dosis y el 68% (53) conocía los EA.

El 94% (73) pacientes tenían tratamientos concomitantes, de los cuales el 8% (6) fue informado sobre las interacciones.

Del 19% (15) de pacientes que tomaban medicina alternativa/fitoterapia, ninguno recibió información sobre posibles interacciones con el ANEO prescrito.

CONCLUSIONES: La información que con mayor frecuencia reciben los pacientes con ANEOs en la consulta médica es la relativa al nombre del fármaco, indicación y posología.

La CAFOH permite completar la información recibida en la consulta médica, reforzando los aspectos relacionados con EA y situaciones de olvido de dosis o emesis.

El farmacéutico oncohematológico juega un papel clave en la detección de interacciones con medicación concomitante y medicina alternativa/fitoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

159. EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS.

AUTORES: OLMOS JIMENEZ R, DÍAZ CARRASCO MS, PASCUAL GAZQUEZ JF, GALERA MIÑARRO A, VALVERREY PULIDO M, ESPUNY MIRÓ A.

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. MADRID-CARTAGENA S/N. Murcia. España

Introducción: Existe gran variabilidad y poca información publicada sobre las condiciones de administración de la quimioterapia triple intratecal (TIT), motivo por el que se estableció un protocolo hospitalario consensuado.

OBJETIVOS: Describir las características del procedimiento de administración de quimioterapia TIT, en pacientes onco-hematológicos pediátricos, para el tratamiento o la profilaxis de la enfermedad leptomeníngea, y valorar el nivel de concordancia con el protocolo establecido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de todas las administraciones de quimioterapia TIT estandarizada realizadas desde el 1/Enero/ 2013 al 30/Junio/2014, en pacientes pediátricos. En el protocolo se definen mezclas TIT estándar en función de la edad, con las dosis de metotrexato, citarabina e hidrocortisona habituales en los esquemas SEHOP-PETHEMA, volúmenes fijos en función de la edad (

RESULTADOS: Se registraron 269 administraciones, el 97% se realizaron como profilaxis de infiltración del SNC. El 98,5% se administraron mediante PL y el 1,5% a través de un reservorio Ommaya. Los pacientes recibieron la PL en

sedestación en el 93,2% de los procedimientos y en decúbito lateral en el 6,8%. Tras el procedimiento, en el 72,5% de los casos el paciente permaneció en decúbito supino, en decúbito prono el 15,5% y en decúbito lateral el 12,1%. Se registró el tiempo de reposo en 29 administraciones, siendo la mediana de 2 horas (rango intercuartílico(RIQ): 1- 2 horas). El volumen administrado fue el definido en el protocolo, siendo la mediana del volumen extraído:

CONCLUSIONES: La vía mayoritaria de administración fue la PL. Se siguieron en general las recomendaciones del protocolo, en lo referente a la posición del paciente durante y tras la administración y en el uso de sedación previa al procedimiento. No hubo concordancia en el tiempo de reposo que fue inferior a las recomendaciones establecidas, ni en el volumen de LCR extraído que fue, en la mayoría de los casos, inferior al administrado.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

125. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ABIRATERONA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PROSTATA.

AUTORES: URDA ROMACHO J, FERNÁNDEZ MARÍN J, GONZÁLEZ VAQUERO D, MARTOS ROSA A, ÁVILA CABRERA F, ACOSTA ROBLES P.

HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. ALMERIMAR S/N. Almería. España

OBJETIVOS: Describir el uso del acetato de abiraterona (AA) en pacientes con carcinoma de próstata resistentes a castración (CPRC) y valorar su seguridad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes con CPRC en tratamiento con AA en un hospital comarcal. Se revisaron los pacientes atendidos en la Consulta Externa de Farmacia diagnosticados de CPRC, entre marzo 2013 hasta diciembre 2015. Datos recogidos: edad, número de pacientes en tratamiento con AA, duración media de tratamiento con AA, líneas terapéuticas previas, PSA, grado de agresividad del tumor (escala Gleason), complicaciones asociadas al tratamiento, fracasos terapéuticos. Fuentes de datos: programa de dispensación de pacientes externos Dominion® v2.5 e historia clínica en soporte digital. **RESULTADOS:** Durante el periodo del estudio se trataron a 15 pacientes con una edad media de 73 años (54-92). La duración media del tratamiento con AA fue 12,2 meses (3-29). De los 15 pacientes, 13 (86,7 %) recibieron AA como segunda línea de tratamiento, siendo el tratamiento combinado de análogos de GnRH junto con antiandrogénicos la opción utilizada como primera línea en 12 de esos pacientes (92,3 %), y solo con análogos de GnRH 1 paciente (7,7 %). 2 pacientes (13,3 %) recibieron AA como tercera línea de tratamiento, siendo en los 2, la primera línea de tratamiento análogos de GnRH junto con antiandrogénicos y como segunda línea estramustina. El PSA inicial medio fue 93,35 ng/ml (5,8-784). Del total de pacientes, 6 (40 %) presentaron tumor de alta agresividad (valor 8-10 escala Gleason). La hipertensión arterial y la astenia fueron los principales efectos adversos que se reportaron durante el tratamiento (2 pacientes (13,3 %) en ambos casos). Actualmente continúan en tratamiento con AA 9 pacientes (60 %). En 3 pacientes (20 %) hubo progresión bioquímica y radiológica de la enfermedad y se realizó cambio de tratamiento. De estos pacientes, 2 (66,7 %) iniciaron enzalutamida y 1 (33,3 %) docetaxel. Durante el periodo del estudio, 3 pacientes (20%) resultaron exitos. **CONCLUSIONES:** AA es un fármaco bien tolerado, con baja tasa de efectos secundarios, y eficaz en el tratamiento de CPRC, donde se utiliza, en general, como segunda línea de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

941. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PERTUZUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES: NIEVES SEDANO M, CORTIJO CASCAJARES S, FERNÁNDEZ REDONDO D, GOYACHE GOÑI MDP, ORTIZ PEREZ S, FERRARI PIQUERO JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. Avda. de Córdoba, s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar la efectividad y el perfil de seguridad en pacientes con carcinoma de mama metastásico en tratamiento con pertuzumab en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes diagnosticados de carcinoma de mama metastásico tratados con pertuzumab hasta Abril de 2016.

Se recogieron las siguientes variables: edad, años de evolución de la enfermedad, ECOG, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), tratamiento previo y tiempo transcurrido hasta la recidiva de la enfermedad, localización y tipo de metástasis. Esquema de tratamiento, ciclos recibidos, supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes que finalizaron el tratamiento y mediana de duración en los que continuaban a la finalización del estudio así como mejor respuesta alcanzada. Motivo de suspensión-interrupción y efectos adversos secundarios. La identificación de los pacientes y recogida de las variables se realizó utilizando el programa de prescripción oncológica FARMIS-ONCOFARM®

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes, con una edad media de 54 años ($\pm 12,50$) y una mediana de 31,40 meses de evolución de la enfermedad.

La mediana de la escala ECOG fue la misma al inicio y al final (ECOG=0). El valor medio de la FEVI era del 65% y del 61% al inicio y al final del estudio respectivamente. El 40% de los pacientes (n=6) recibieron tratamiento en adyuvancia-neoadyuvancia con quimioterapia más trastuzumab con una mediana de tiempo transcurrido desde el último ciclo hasta el inicio con pertuzumab de 37,30 meses (20-80). Las principales zonas con metástasis se dieron a nivel hepático (56,25%), óseo (56,25%), pulmonar (56,25%) y ganglionar (26,67%). El 73,33% de los pacientes (n=11) presentaron algún tipo de metástasis visceral.

Pertuzumab se utilizó en primera línea de tratamiento en todos los pacientes. El esquema Docetaxel-Trastuzumab-Pertuzumab fue el más prescrito (60%). A la finalización del estudio, en el 26,67% de los pacientes (n=4) se había suspendido el tratamiento con una mediana de SLP de 12,03 meses (5,37-17,5) y de 17,5 ciclos. La causa que llevó a su suspensión fue progresión de la enfermedad en todos los casos, falleciendo finalmente 2 de los 4 pacientes. El 73,33% restante continua en tratamiento con una mediana de 14,2 meses (0,87-25,4) y de 22 ciclos. En el 53,33% de los pacientes la mejor respuesta obtenida ha sido parcial mientras que en el 26,67% ha sido completa. En cuanto al perfil de seguridad del fármaco, el 93,33% de los pacientes sufrieron algún tipo de reacción adversa, destacando reacciones de tipo digestivo (73,33%), neurológico (66,67%), generales (66,67%) y dermatológicas (60%). Se demoró el tratamiento en 2 pacientes, por neutropenia febril y diarrea.

CONCLUSIONES: Pertuzumab se utilizó como primera línea de la enfermedad metastásica en todos los casos, observándose un ligero descenso de la FEVI durante el tratamiento con respecto al valor medido inicialmente.

La SLP en nuestros pacientes fue inferior a la de los ensayos clínicos (12,03 vs. 18,5 meses), aunque es necesario completar el seguimiento en aquellos que todavía continúan.

La mayoría de los pacientes experimentaron efectos adversos durante el tratamiento, sin embargo éstos fueron leves, obligando a demorarlo en aproximadamente uno de cada diez pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

156. EXPERIENCE WITH ABIRATERONE ACETATE IN PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER BEFORE CHEMOTHERAPY

AUTORES: Passos Morgado M, Marques Freire I, Pinto Ribeiro J, Moras Alves R, Passos Morgado S, Ferreira Fonseca O.

Centro Hospitalar Cova da Beira. Quinta do Alvito. Internacional. Portugal

Objectives: To analyse the effectiveness and safety of abiraterone acetate (AA) plus prednisolone in the treatment of males with metastatic castration-resistant prostate cancer (MCRPC) without previous chemotherapy.

Material and methods: Retrospective analysis of all patients with MCRPC treated with AA plus prednisolone since its introduction, in November/2013, in our Hospital Centre, to April/2016. Kaplan-Meier curves and estimates of progression-free survival and overall survival were used to analyze data. The adverse effects were classified according to the Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03 (CTCAE).

Results: A total of 10 patients with MCRPC were treated during the studied period. The mean age of patients at the beginning of treatment with AA/prednisolone was 71 (52 $\square$ 90) years. The mean follow-up with AA/prednisolone was 11.0 (0.1 $\square$ 24) months, with a rate of compliance to medication of 99.9%. Of the patients who started treatment with AA/prednisolone, 1 died and 5 discontinued the treatment: 2 due to grade 2 adverse events (hypersensitivity phenomena and mineralocorticoid-related adverse events) and 4 due radiological and clinical or biochemical progression. The prostate-specific antigen (PSA) response rate ($\geq 50\%$ decline in PSA level from baseline) was 55.6%. The mean overall survival was 19.9 months (CI 95%: 14.8 $\square$ 24.9; median not reached). The median radiological and clinical or biochemical free-progression survival was 14 months (CI 95%: 1.8 $\square$ 26.2).

Conclusions: The treatment with AA/prednisolone has been effective in our study and with a high tolerability, according to the relatively low number of dropouts due to adverse effects and high compliance rate.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

806. EXPERIENCIA CLÍNICA CON NINTEDANIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES: Nucete Gallego B, Ramchandani Vaswani A, Lombardero Pin M, Otero Villalustre C, Mateos Egido E, Álamo Medina A.

Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil. Av. Marítima del Sur, S/N. Las Palmas. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de nintedanib como uso compasivo en un hospital de tercer nivel, en combinación con docetaxel para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado, metastásico o localmente recurrente con histología de adenocarcinoma, después de la quimioterapia de primera línea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con nintedanib desde diciembre de 2014 hasta abril de 2016. Mediante la historia clínica electrónica del Hospital (Seline®) y del aplicativo informático Farmatools® se obtuvieron las variables: edad, sexo, ECOG, líneas de tratamiento, reducciones de dosis de docetaxel y/o nintedanib, motivo de suspensión, reacciones adversas (RA) y supervivencia libre de progresión (SLP).

RESULTADOS: En el periodo estudiado, 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres) con una mediana de edad de 60 años (54-75), diagnosticados de adenocarcinoma de pulmón, iniciaron tratamiento con el esquema docetaxel 75 mg/m² el día 1 y nintedanib 200 mg cada 12 horas desde el día 2 al 21. Al inicio del tratamiento, presentaron ECOG= 1 (n=6, 75%), ECOG=2 (n=2, 25%). El 50% de los pacientes, iniciaron nintedanib como segunda línea, 37,5% (n=3) en tercera línea y un paciente lo inició en cuarta línea. Los tratamientos previos incluyeron: paclitaxel-carboplatino, pemetrexed, gefitinib, cisplatino-pemetrexed, MPDL3280A (en ensayo clínico) y vinorelbina-gemcitabina. El 50% de pacientes fueron tratados con 200 mg cada 12 horas de nintedanib y en el resto, la dosis se redujo a 150 mg cada 12 horas. En el 62, 5% (n=5) de pacientes se redujo la dosis de docetaxel. La mediana de SLP fue de 3 meses y la media 4,17 meses. En el 62, 5% (n=5) de pacientes se cambió a otra línea por progresión, en el 25% (n=2) por RA causadas por nintedanib y en el 12,5% (n=1) por causa ajena al tratamiento, no registrándose ningún éxito. En el momento de recogida de datos, ningún paciente estaba en tratamiento con nintedanib y 4 habían sido éxitos. Las RA que ocasionaron suspensión de tratamiento fueron hemoptisis en un caso y diarrea grado 1 en el otro. Se registraron RA en el 62,5% de pacientes: diarrea grado 1 (n=1), diarrea grado 2 (n=1), astenia grado 1 (n=2) astenia grado 2 (n=1), náuseas grado 2 (n=1), emesis grado 2 (n=1), hipertensión arterial grado 1 (n=1).

CONCLUSIONES: En comparación con el estudio pivotal, la efectividad en términos de SLP fue inferior (mediana de 4,2 meses) y en cuanto a seguridad, las RA registradas fueron inferiores (93,6%). Las dosis de docetaxel y nintedanib se redujeron en el 62,5% y 50% de pacientes respectivamente y nintedanib se suspendió en un 25% de pacientes por toxicidad, porcentaje superior al registrado en el pivotal (22,7%). El ECOG de los pacientes al inicio del tratamiento fue superior al del estudio pivotal (ECOG 0-1).

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1271. EXPERIENCIA DE USO DE FOTEMUSTINA EN EL TRATAMIENTO DE GLIOMAS RECURRENTES

AUTORES: ROMERO HERNÁNDEZ I, RODRIGUEZ MATEOS ME, DOMINGUEZ LOPEZ M, BLANCO SANCHEZ G, SUAREZ CARRASCOSA FJ, MARTINEZ BAUTISTA MJ.

HOSPITAL UNIV. PUERTA DEL MAR. Avda. Ana de Viya, 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Describir la experiencia de uso de fotemustina en el tratamiento de gliomas en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Fotemustina es un antineoplásico citostático de la familia de las nitrosoureas, de efecto alquilante y carbamoylante, con un espectro de actividad antitumoral muy amplio. Está indicado en el tratamiento de melanoma maligno diseminado, incluidas las localizaciones cerebrales, para administración en monoterapia. Su utilización ☐ off label ☐ en el tratamiento de gliomas se basa en estudios en fase II y se administra según el esquema: 80mg/m² cada 2 semanas x 5 dosis (fase de inducción), luego 80 mg/m² cada 4 semanas (fase de mantenimiento). Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para analizar el tratamiento con fotemustina en pacientes con astrocitomas o glioblastoma multiforme aprobados por la Comisión de Farmacia Permanente hasta enero 2016 en nuestro hospital. Datos registrados: edad, sexo, ECOG, tratamientos previos y duración de tratamiento, así como efectos adversos.

Fuentes de información: programa de farmacia oncológica e historia clínica digital.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se autorizó fotemustina para 12 pacientes, por falta de respuesta clínica y/o progresión de la enfermedad con líneas anteriores, de los cuales, cuatro no llegaron a administrarse el fármaco. Incluímos en el análisis los ocho pacientes en los que se administró al menos una dosis (7 glioblastomas y 1 astrocitoma): 62% mujeres, mediana de edad de 42,5 años y la mayoría con ECOG 1. Todos se solicitaron en tercera línea, tras tratamiento con radioterapia + temozolomida seguido en segunda línea con irinotecán + bevacizumab, salvo un paciente en el que se solicitó en segunda línea por contraindicación a bevacizumab. Se administraron una media de 3 ciclos (1-5); tres pacientes completaron la fase de inducción y sólo un paciente inició dosis de mantenimiento (una dosis). Los pacientes estuvieron en tratamiento una mediana de 45 días [15-135]. Dos pacientes presentaron como toxicidad al fármaco náuseas y astenia.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, fotemustina ha mostrado una efectividad inferior a la registrada en los ensayos en fase II. Esto se podría explicar porque en la mayoría de nuestros pacientes se ha utilizado en tercera línea. Sin embargo, dado que siguen existiendo pocas alternativas disponibles para el tratamiento de este tipo de tumores, y la buena tolerabilidad registrada, puede mantenerse como una opción de tratamiento en pacientes muy seleccionados con buen performance estatus.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

199. EXPERIENCIA DE USO DE NIVOLUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES

AUTORES: KOPRIVNIK / S, FUSTER SANJURJO L, RODRÍGUEZ PENÍN I, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ AM.

Hospital Arquitecto Marcide, Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Avda. Residencias, s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Describir los resultados de efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en práctica clínica con el uso de nivolumab en el tratamiento del cáncer de pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de pacientes con cáncer de pulmón tratados con nivolumab en un hospital de segundo nivel desde agosto de 2015 a marzo de 2016. Se recogieron datos demográficos, oncológicos (histología, estado EGFR/ALK, estadio y estado funcional al inicio de tratamiento con nivolumab, líneas de quimioterapia previas), tratamiento con nivolumab (número de ciclos, efectividad, tolerabilidad y calidad de vida) y terapias usadas a la progresión. Los datos se recabaron de la historia clínica electrónica (IANUS®) y del programa Farmis®. Evaluación de la respuesta: criterios RECIST. Evaluación del grado de toxicidad: criterios NCI-CTCAE v.4. Valoración de la calidad de vida: cuestionarios EORTC QLQ-LC 13 y EORTC QLQ-C30 con score 0-100 (en la escala funcional y la escala de salud global una puntuación más alta significa mejor capacidad funcional y mejor salud; en la escala de síntomas una puntuación más alta significa mayor sintomatología).

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes [mediana de edad 56 años (54-66), 6 hombres]. Seis pacientes presentaban cáncer de pulmón adenocarcinoma y 1 escamoso. Todos los pacientes presentaban estado EGFR y ALK wild type y estadio IV al inicio del tratamiento con nivolumab. Cinco pacientes presentaban PS 1 y 2 PS 0. La media de líneas de quimioterapia previas fue de 2,7 (2-4) [todos los pacientes recibieron platinos y taxanos, 6 pemetrexed (5 de ellos en inducción y mantenimiento), 4 gemcitabina y 1 nintedanib]. Media de ciclos por paciente: 9,7 (2-12). En 2 pacientes se suspendió tratamiento por progresión (1 éxitus, 1 línea sucesiva con gemcitabina) siendo la supervivencia libre de progresión de 160 y 196 días. El resto de la población continuaba tratamiento con nivolumab a la finalización del estudio (mediana de tiempo de seguimiento: 148 días). La respuesta radiológica no se correspondió con el beneficio clínico, continuándose tratamiento en casos de progresión dudosa por TC.

Los efectos adversos más comunes fueron: toxicidad hepática grado 1 (elevación de enzimas hepáticas n=4), sistema endocrino (aumento/disminución de FSH grado 1 n=3, elevación TSH y descenso de T4 grado 2 n=1, descenso de testosterona grado 1 n=3), astenia grados 1-2 n=3, mialgias grado 1 n=1, reacción cutánea grados 1-2 n=1 y toxicidad renal grado 3 n=1. En 3 pacientes se retrasó el tratamiento por toxicidad: 1 por astenia grado 2, 1 por incremento de creatinina grado 3 que se corrigió con el uso de corticoides y 1 por incremento de TSH y descenso de T4 que requirió tratamiento con levotiroxina.

Resultados percibidos por los pacientes. QLQ C30: escala funcional (estado físico, funcional, emocional, cognitivo y social): 94,2±7; escala de síntomas: 8,3±13,4; salud global: 62±18. QLQ LC 13: escala de síntomas: 10,3±19,6.

CONCLUSIONES: Nivolumab se ha mostrado efectivo en la población estudiada. Nivolumab ha presentado buena tolerancia con un perfil de reacciones adversas diferente a la quimioterapia convencional con buena calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1087. EXPERIENCIA DE USO DE POSACONAZOL EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO CON TOXICIDAD PREVIA A VORICONAZOL

AUTORES: ETXEBERRIA URIZ M, DE MIGUEL GAZTELU M, FONTELA BULNES C, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ J, MONFORTE GASQUE MP, CASTRESANA ELIZONDO M.

Complejo Hospitalario de Navarra. C/Irunlarrea 3. Navarra. España

OBJETIVOS: La indicación de posaconazol oral para la profilaxis antifúngica en pacientes hematológicos, está restringido en nuestro centro a pacientes con toxicidad previa a voriconazol. El objetivo del presente estudio es conocer los motivos del cambio de tratamiento de voriconazol a posaconazol y analizar la evolución de determinados parámetros analíticos hepáticos tras el cambio de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes hematológicos en tratamiento profiláctico con posaconazol oral. Se identificaron los pacientes a través de la aplica-

ción de dispensación electrónica FarHo y se recogieron los siguientes datos de la Historia Clínica Informatizada: Sexo, edad, fecha de inicio de voriconazol y posaconazol, fecha fin de voriconazol y posaconazol, bilirrubina total, alanina aminotransferasa (ALT) y Aspartato aminotransferasa (AST) al inicio de voriconazol, al final de voriconazol y al inicio y final de posaconazol.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 11 pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio, de los cuales 64% eran varones y 36% mujeres, con una edad media de 49.55 años. El 63.64% (7/11) modificaron el tratamiento por hepatotoxicidad a voriconazol, el 27.27% (3/11) por neurotoxicidad y el 9.09% por motivos desconocidos (1/11). La mediana de duración del tratamiento hasta la toxicidad con voriconazol fue de 23 días y la mediana de duración de posaconazol de 84 días (3 pacientes activos a fecha de realización del estudio). Se obtuvo la diferencia de los valores analíticos recogidos al inicio y al final del voriconazol y del posaconazol y se calculó la mediana de la diferencia. Para voriconazol las medianas fueron positivas: 0.1mg/dL bilirrubina, 20 UI/L AST, 17 UI/L ALT. Para posaconazol fueron negativas: -0.2mg/dL bilirrubina, -20 UI/L AST, -41 UI/L ALT. En el subgrupo de pacientes con hepatotoxicidad declarada como motivo de cambio de tratamiento, las diferencias fueron más notables. Para voriconazol: 0.45mg/dL bilirrubina, 39UI/L AST, 65.5UI/L ALT, para posaconazol: -0.2mg/dL bilirrubina, -114.5 UI/L AST, -121.5 UI/L ALT.

CONCLUSIONES: En el 64% de los pacientes la hepatotoxicidad fue la causa de modificación de voriconazol por posaconazol, seguido por la neurotoxicidad en el 27% de los pacientes. Se evidenció descenso de los parámetros analíticos hepáticos tras el cambio de voriconazol a posaconazol, descenso que fue más marcado en los pacientes con hepatotoxicidad previa a voriconazol.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1070. EXPERIENCIA DE USO DE RUXOLITINIB EN LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CORTICORESISTENTE

AUTORES: TOMÁS LUIZ A, FERNÁNDEZ ÁVILA J, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, RUIZ JIMÉNEZ MDM, GARCÍA SOLER JI, DE LA RUBIA NIETO MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid - Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVO: Describir el uso y evaluar la efectividad y seguridad de ruxolitinib como tratamiento fuera de ficha técnica en la enfermedad de injerto contra huésped (EICH) corticoresistente.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con EICH en tratamiento con ruxolitinib. La efectividad se analizó según mejoría clínica, reducción de inmunosupresores y no uso de otros agentes adicionales. La seguridad se analizó cuantificando los efectos secundarios.

RESULTADOS

Niño de 10 años con alotrasplante hematopoyético de donante no emparentado (AloTPH-DNE) por leucemia aguda linfoblástica en segunda remisión. Presenta EICH aguda digestiva grado-IV, cutánea grado-III e índice de severidad IBMRT D refractaria a glucocorticoides y a fotoaféresis extracorpórea. Inicia ruxolitinib 5 mg/12h y terapia con células mesenquimales. Tras un mes de tratamiento se reduce dosis de corticoides y se reevalúa gradación: EICH digestiva grado-I, cutánea grado-II e índice de severidad IBMRT B.

Niño de 14 años con AloTPH de donante emparentado (DE) por leucemia aguda mieloblástica de alto riesgo. Presenta EICH crónica cutánea y digestiva, refractaria a glucocorticoides, micofenolato y etanercept. Inicia tratamiento con ruxolitinib 5mg/12h con buena respuesta, permitiendo reducción de esteroides. Tras 4 meses en tratamiento, requiere reducción de dosis al 50% y posterior suspensión temporal por toxicidad hematológica (trombopenia persistente), produciéndose reactivación de EICH cutánea y digestiva. Tras aproximadamente un mes reinicia tratamiento con progresiva mejoría de las lesiones cutáneas.

Niña de 15 años con AloTPH-DE haploidéntico por leucemia aguda linfoblástica B común de alto riesgo. Presenta EICH aguda grado-III (cutánea grado-III, oral grado-II y hepática grado-II/III) e IBMRT B refractaria a glucocorticoides, micofenolato y fotoaféresis. Inicia ruxolitinib 5mg/12h y pauta descendente de corticoides, suspendiéndolos tras 15 días. Así mismo alcanza valores normales de enzimas hepáticas y tras un mes mejoran las lesiones cutáneas.

Varón de 25 años con AloTPH-DNE por mastocitosis sistémica asociada a hemopatía clonal. Presenta EICH aguda grado-IV (cutánea grado-III y digestiva grado-IV), refractaria a glucocorticoides y fotoaféresis. Inicia ruxolitinib 15mg/día en dos tomas con algo de mejoría aunque continúa sintomático y con dolor abdominal por lo que se le añade 4ª línea de tratamiento con células mesenquimales obteniendo respuesta parcial y reducción progresiva de corticoides.

Varón de 67 años con AloTPH-DE haploidéntico por leucemia linfática crónica B II-B. Presenta EICH crónica grado-III (cutánea grado-II y digestivo grado-III) refractaria a glucocorticoides, micofenolato y fotoaféresis. Inicia ruxolitinib 5mg/12h. Tras un mes de tratamiento se reduce la dosis de corticoides y se reevalúa gradación: EICH grado-II (cutáneo grado-III, digestivo grado-I) en remisión.

La mediana de duración de tratamiento de los pacientes fue de 110 días [39-163].

CONCLUSIONES: Los pacientes con EICH tanto aguda como crónica han presentado un beneficio clínico a nivel de respuesta al tratamiento, aunque en dos casos se ha utilizado una 4ª línea. En todos ellos se redujo el tratamiento inmunosupresor.

Ruxolitinib presenta un buen perfil de seguridad. Sólo en un caso se observó toxicidad hematológica, motivo de suspensión temporal del tratamiento.

La experiencia de uso es muy corta y se deberá continuar con el estrecho seguimiento de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

991. EXPERIENCIA DE USO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: ALMANCHEL RIVADENEYRA M, MENÉNDEZ NARANJO L, TOMÁS LUIZ A, MUÑOZ CONTRERAS MC, VICENTE SÁNCHEZ S, DE LA RUBIA NIETO MA.

VIRGEN DE LA ARRIXCA. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120. Murcia. España

OBJETIVO: 1) Analizar la utilización, la efectividad y la seguridad de ibrutinib en nuestro hospital.

2) Comparar los resultados obtenidos con los del estudio pivotal.

MATERIAL Y METODO:

Estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes tratados con ibrutinib desde su primera utilización en el hospital hasta marzo de 2016. El ámbito del estudio fue un hospital universitario de 880 camas. Se recogieron los siguientes datos: Edad, sexo, diagnóstico, número de líneas previas, duración del tratamiento, reducciones de dosis y toxicidades, clasificada según los criterios CTCAE v. 4.03. Como variable de efectividad se calculó la supervivencia libre de progresión (SLP) mediante el método de Kaplan Meier, para lo que se utilizó el programa SPSS® 22.0. La información fue recogida de la historia clínica electrónica (Selene®) y del programa de dispensación y prescripción electrónica a pacientes externos (Silicon®).

RESULTADOS: Fueron tratados con ibrutinib un total de 7 pacientes (57,14% hombres y 42,86% mujeres) con una mediana de 65 años [45-76]. El diagnóstico fue: Leucemia linfática crónica (LLC) en 5 pacientes, Linfoma de células del manto (LCM) en 1 y macroglobulinemia Waldenström (MW) en otro; las 3 indicaciones actualmente recogidas en la Ficha técnica de ibrutinib.

*Paciente LCM: se utilizó en 3ª línea y se suspendió tratamiento tras 2 semanas por bicitopenia grave persistente.

*Paciente MW: se utilizó en 3ª línea y en el momento del estudio el paciente llevaba 38 días (continúa).

*Los pacientes con LLC habían recibido una mediana de 4 líneas previas [3-5]. La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 233,33 días (IC95% 111.9-354,8). Se suspendió en un paciente por astenia GIV persistente y en otro por sepsis de origen urinario. Se redujo la dosis de 1 paciente de 420mg a 120mg por toxicidad.

Durante el estudio fallecieron 3 pacientes (2 con LLC y un con Manto) y sólo 1 continúa con el tratamiento al finalizarlo. Las reacciones adversas registradas fueron: Neutropenia GI (1 paciente), GII (1 paciente) y GIII (1 paciente); Leucopenia GI (2 pacientes) y GII (2 pacientes); Linfopenia GII (2 pacientes) y GIV (1 paciente); Anemia GI (3 pacientes) y GII (4 pacientes); Trombopenia GI (4 pacientes), GIII (2 pacientes) y GIV (1 paciente); Astenia GI (2 pacientes) y GIV (1 paciente); Náuseas y vómitos (1 paciente); Confusión (1 paciente); Infección urinaria (3 pacientes) y de las vías respiratorias (1 paciente).

CONCLUSIONES: 1. En todos los casos se utilizó el fármaco en alguna de las indicaciones actualmente recogidas en Ficha Técnica.

2. La SLP de este estudio para la LLC fue inferior a la del ensayo clínico pivotal fase III, RESONATE, donde no se alcanzó la media de SLP tras 9,4 meses de seguimiento, aunque nuestro tamaño muestral es mucho menor.

3. En el perfil de seguridad destaca la elevada incidencia de toxicidad hematológica, astenia e infecciones, sin encontrarse ninguna reacción adversa no descrita como frecuente o muy frecuente en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

814. EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE BRENTUXIMAB VEDOTIN EN LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA O REFRACTARIO

AUTORES: VÁZQUEZ BLANCO S, FORTES GONZÁLEZ S, GONZÁLEZ FREIRE L, GARCÍA MAYO ME, OLIVERA FERNÁNDEZ R, CRESPO DIZ C.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. Mourente, s/n. Pontevedra. España

Objetivos. Evaluar la efectividad y seguridad de Brentuximab vedotin (BV) en Linfoma de Hodgkin (LH) CD30+ en recaída o refractario.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con BV desde diciembre del 2011 a marzo del 2016. Los datos se obtuvieron a partir del programa de validación de quimioterapia (Oncofarm-Farmis® versión 2013.0.20.2) y de la revisión de las historias clínicas electrónicas (IANUS®). Las variables recogidas fueron sexo, edad al inicio de tratamiento con BV, diagnóstico, estadio de la enfermedad, líneas quimioterápicas previas, trasplante previo y número de ciclos BV administrados.

Para evaluar la efectividad y la seguridad se valoraron la respuesta confirmada por PET/TAC, la realización de trasplante alogénico posterior (alo-TPH) y el desarrollo de reacciones adversas.

Los resultados se compararon con los publicados en el estudio SG035-0003 (tasa de respuesta objetiva del 75% ; 20% de los pacientes en estadio IV).

Resultados. Durante el período de estudio recibieron tratamiento con BV 6 pacientes (33,3% mujeres) con una mediana de edad de 23 (15-54) años. Fueron diagnosticados de LH clásicos: LH con celularidad mixta 1 paciente (16.7%) y LH escleroso nodular 5 pacientes (83.3%). Todos en estadio IV: tipo A (33.3%), tipo B (50.0%) y tipo E (16.7%). Los pacientes recibieron una media de 3 líneas de tratamiento previas: ABVD (n=5), CVP (n=1), BEACOPP (n=2), ESHAP (n=4), ICE (n=3), IGEV (n=3) y Bendamustina (n=1), cuatro de ellos con radioterapia de consolidación. El 50% de los pacientes (n=3) fueron previamente autotrasplantados.

BV se administró a dosis de 1.8 mg/kg cada 21 días en todos los pacientes, con un máximo de 6 ciclos (una media de 4 ciclos por paciente). Se incluyó como premedicación paracetamol 1g IV, dexclorfeniramina (Polaramine®) 5mg IV e hidrocortisona 100 mg IV, como indica la ficha técnica.

La tasa de respuesta objetiva fue del 66,7% (n=4). El 75% fueron respuestas parciales y el 25% alcanzó la remisión completa, permitiendo la posterior realización de alo-TPH.

El resto 33,3% (n=2) de los pacientes progresaron durante el tratamiento.

Los efectos adversos registrados fueron: neutropenia (n=2), elevación de transaminasas (n=2), astenia (n=2), prurito (n=1), anemia (n=1), neuropatía periférica (n=1), dispepsia (n=1) y dolores óseos (n=1). Las neutropenias se manejaron con factores estimulantes de colonias y las anemias con transfusiones de sangre.

Conclusiones. Los pacientes tratados con BV se encontraban en un estadio más avanzado de la enfermedad que los incluidos en el estudio SG035-0003, lo que podría justificar haber alcanzado una tasa de respuesta objetiva ligeramente inferior.

El fármaco presentó un perfil de toxicidad aceptable, que se manejó con tratamiento de soporte sin necesidad de reducción de dosis.

De acuerdo con estos resultados, BV se plantea como otra alternativa terapéutica en pacientes con LH refractario a al menos dos líneas de tratamiento y/o al trasplante autólogo.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

912. EXPERIENCIA DEL USO DE DABRAFENIB EN MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO CON MUTACIÓN BRAF V600

AUTORES: CASTRESANA ELIZONDO M, MONFORTE GASQUE MP, BERISA PRADO S, GUTIERREZ VALENCIA M, LACALLE FABO E, FERNANDEZ GONZALEZ J.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: Los avances en la inmunoterapia y la terapia dirigida han mejorado enormemente los resultados en el melanoma maligno metastásico (MMM). En presencia de la mutación BRAF V600, se dispone de los inhibidores BRAF, dabrafenib o vemurafenib, que han sustituido a la quimioterapia convencional.

El objetivo es evaluar la utilización de dabrafenib en MMM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo observacional de los pacientes con MMM y presencia de la mutación BRAF V600 tratados con dabrafenib 150 mg/12h entre septiembre 2013 y abril 2016.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo, edad, ECOG), relacionadas con la enfermedad (histología, estadio al diagnóstico, estadio previo al inicio de tratamiento, localización de las metástasis y valor LDH) y farmacoterapéuticas (tratamientos previos, línea de tratamiento, toxicidad, reducciones de dosis e interrupciones de tratamiento y sus causas, duración del tratamiento y respuesta obtenida)

Fuentes de datos: Historia Clínica Informatizada y programa de prescripción y validación Farho®.

RESULTADOS: Paciente 1. Varón, 62 años. Diagnosticado de melanoma maligno (MM) superficial estadio IIIB recibe interferón α -2 β (IFN) como terapia adyuvante. Tras progresión a nivel subcutáneo (M1a), inicia 1ª línea de MMM con dacarbazina progresando a nivel ganglionar. ECOG 0 y LDH 299 UI/L(240-280). Inicia dabrafenib en 2ª línea. Excelente tolerancia, refiriendo únicamente dolores articulares leves. Tras 30 meses de tratamiento, permaneciendo la enfermedad estable, se observa un pequeño aumento de las lesiones. Dado que el paciente se mantiene asintomático, continua tratamiento con estrecho seguimiento.

Paciente 2. Varón, 46 años. Diagnosticado de MM nodular, estadio IIIB. Durante la adyuvancia con IFN, progresa a nivel pulmonar (M1b). ECOG 0 y LDH 253 UI/L (240-480). Inicia 1ª línea de MMM con dabrafenib. Destaca toxicidad cutánea (proliferaciones melanocitarias inducidas por dabrafenib) y ocular (diplopía bilateral e irritación conjuntival). El paciente progresa a nivel cerebral tras 4 meses de terapia, falleciendo 3 meses después.

Paciente 3. Mujer, 73 años. Antecedente personal ELA. Diagnosticada de MM superficial estadio IIIB, recibe IFN como terapia adyuvante. Progresión metastásica pulmonar y subcutánea tras 16 meses libre de enfermedad (M1b). ECOG 1 y LDH 215 UI/L (125-220). Inicia 1ª línea de MMM con dabrafenib. Buena tolerancia inicial con xerodermia y rash leve. Tras 2 meses de tratamiento, aparece toxicidad ocular (disminución de la visión cercana y fotofobia) requiriendo disminución de dosis a 100 mg /12h. La paciente continúa actualmente en tratamiento, a dosis ajustadas, alcanzando respuesta parcial.

CONCLUSIONES: La tolerancia al tratamiento con dabrafenib ha sido buena. La única toxicidad descrita fue ocular y cutánea, con un buen manejo de la misma. El paciente con rápida progresión, se trataba de un MMM nodular, con un peor pronóstico que el superficial por su mayor invasión linfática y hematógena.

Los últimos datos publicados demuestran que la asociación de los inhibidores MEK con inhibidores BRAF mejoran las respuestas objetivas y la supervivencia libre de progresión y la global. Esta combinación será la primera opción en pacientes con enfermedad sintomática.

Sin embargo, en los pacientes sin enfermedad sintomática y buen pronóstico (M1a-1b y bajos niveles de LDH), podría considerarse el beneficio de la inmunoterapia en primera línea hasta progresión.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1291. EXPERIENCIA DEL USO DE PAZOPANIB EN SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADO

AUTORES: MONFORTE GASQUE MP, CASTRESANA ELIZONDO M, ELVIRO LLORENS M, MONTESERIN GARRASTA-TXU I, GUTIERREZ VALENCIA M, BELOQUI LIZASO J.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE IRUNLARREA, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: Los Sarcomas de Tejidos Blandos (STB) constituyen menos del 1% de los cánceres en adultos, siendo un grupo muy heterogéneo con más de cien variedades histológicas diferentes. La selección del tratamiento farmacológico depende del tipo histológico que presente cada paciente. Pazopanib es un inhibidor multiquinasas con actividad antiangiogénica, indicado como tratamiento de segunda línea en algunos subtipos de STB avanzado.

El objetivo es evaluar la utilización de pazopanib en STB avanzado en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con STB en tratamiento con desde marzo de 2014 hasta abril de 2016. Se recogieron de la historia clínica informatizada datos demográficos, clínicos y farmacoterapéuticos. Las variables principales de efectividad fueron: tipo de respuesta al tratamiento (según criterios RECIST), supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Los efectos adversos presentados y su gravedad (según CTCAE v4.0) establecieron el perfil de seguridad del fármaco.

RESULTADOS: Fueron incluidos 8 pacientes, 7 mujeres. El diagnóstico fue leiomioma uterino en 6 pacientes y sarcoma indiferenciado pleomórfico en 2 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de 58 años (DE= 11,1; rango 41-77). Pazopanib fue utilizado como tratamiento de segunda línea (62,5%, n=5), cuarta línea (25%, n=2) o quinta línea (12,5%, n=1). Como tratamientos anteriores se incluyeron: adriamicina (primera línea en todos los pacientes), gemcitabina con docetaxel, dacarbacina y trabectedina. La dosis del pazopanib fue de 800 mg al día. El ECOG PS al inicio del tratamiento fue de 1 en el 87,5% de los pacientes (n=7). Siete pacientes progresaron. La respuesta no fue evaluable en una paciente (un mes en tratamiento). La mediana de SLP fue de 1,3 meses (IC 95% 9,4-14,5) y la mediana de SG de 5,5 meses (IC 95% 2,1-23,8). El 62,5% de los pacientes fallecieron (n=5). Las reacciones adversas presentadas fueron: xerodermia grado 2 (n=3), astenia grado 2 (n=2), hiporexia (n=2), aumento transaminasas grado 2 (n=1), hipertensión (n=1) y alteración coloración del pelo corporal (n=1). Fue necesario reducir la dosis (400 mg al día) en dos pacientes, en un caso debido al aumento de las transaminasas y en el otro caso por incremento de la tensión arterial.

CONCLUSIONES: Pazopanib se posiciona como una alternativa para el tratamiento de STB avanzado en pacientes que hayan progresado al menos a una línea de quimioterapia previa (adriamicina en monoterapia o en combinación con ifosfamida). En leiomiomas, pazopanib podría considerarse como una alternativa a trabectedina en segunda línea de tratamiento.

547. EXPERIENCIA DEL USO DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO

AUTORES: Leganés Ramos A, Toro Chico P, Esteban Casado S, Álvaro Alonso EA, Martín de Rosales Cabrera AM, Pérez Encinas M.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Budapest n 1. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de la administración de quimioterapia intraperitoneal (QTIP) en adyuvancia en pacientes con cáncer de ovario (CO).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticadas de CO tratadas con QTIP adyuvante (tras cirugía citorreductora) basada en cisplatino y paclitaxel entre los años 2006 y 2015 en un hospital de segundo nivel.

De la historia clínica Selene® y el programa de historias clínicas oncológicas GestOnc® se obtuvieron datos demográficos (edad), datos clínicos (patología de base, estadio, ECOG, cirugía citorreductora, esquema de quimioterapia, toxicidad, fecha progresión y fecha exitus). Para analizar el historial farmacoterapéutico se utilizó Farmatools® ver2.5.

Como variable de efectividad se determinó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG); y como variable de seguridad las reacciones adversas a la quimioterapia. Los datos se analizaron con PASW Statistics 18® y Microsoft Excel 2007®.

RESULTADOS: Se analizaron 18 pacientes con edad media de 56,9 años [40-71]. El 88,9% fueron diagnosticadas de adenocarcinoma de ovario (1 paciente estadio IIB, 13 pacientes estadio IIIC y 2 pacientes estadio IV) y el 11,1% diagnosticadas de carcinoma de células claras de ovario (1 paciente estadio IIA y 1 paciente estadio IIIC). El 55,6% de las pacientes presentó ECOG 0 al diagnóstico y el 44,4% ECOG 1.

A todas las pacientes se les realizó cirugía citorreductora. Se empleó un esquema de 6 ciclos de QTIP adyuvante en el 77,8% de las pacientes, y un esquema de 3 ciclos de carboplatino-paclitaxel intravenoso neoadyuvante seguido de 3 ciclos de QTIP adyuvante en el 22,2% restante.

El 100% de las pacientes presentó reacciones adversas, siendo las más frecuentes: dolor abdominal (66,7%), náuseas (66,7%), neuropatía en manos y pies (55,6%), neutropenia (50%), astenia (38,9%), diarrea (22,2%), y otras menos frecuentes como candidiasis oral, hiponatremia, hipopotasemia, estreñimiento o disuria. El 44,4% de las pacientes suspendió la QTIP por toxicidad, completando los ciclos intravenosos con carboplatino-paclitaxel.

El 55,6% de las pacientes presentaron progresión de la enfermedad siendo la mediana de SLP de 18,2 meses (IC95% 2,58-33,9). El lugar de la recidiva fue 80% peritoneal, 10% hepático, 10% pulmonar y 10% locorregional. El 44,4% restante continúan en seguimiento, sin evidencia de enfermedad activa. De las pacientes que progresaron, 3 (16,7%) fallecieron en el período estudiado, siendo la mediana de SG 52,3 meses (IC95% 4,1-100,5).

CONCLUSIONES: La QTIP es una buena alternativa como terapia adyuvante tras una óptima cirugía citorreductora en pacientes con CO, manteniéndose la mitad de nuestra población sin recaída en el período estudiado. No obstante, los datos de SLP son ligeramente inferiores a los descritos en la literatura (Deborah K. Armstrong, NEJM, January 5, 2006 354;1), siendo la SLP de 18,2 vs. 23,8 meses. La QTIP produjo una elevada tasa de reacciones adversas, similar a las descritas en la literatura, suspendiéndose prematuramente este esquema en casi la mitad de las pacientes. Cabe destacar la elevada supervivencia obtenida en la serie, con una baja tasa de mortalidad.

764. EXPERIENCIA EN EL USO DE AXITINIB EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

AUTORES: Soria Soto M, Sanchez Catalicio MM, De Béjar Riquelme N, Pascual Barriga M, Manresa Ramón N, Gómez Gil A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. Avda. Marques de los Velez, s/n. Murcia. España

OBJETIVO: Describir la experiencia en el uso de axitinib en el tratamiento del carcinoma de células renales metastásico (CCRM) en un hospital general y evaluar su efectividad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con axitinib desde marzo 2013 a marzo 2016. Para ello se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, estado funcional al inicio del tratamiento (ECOG), diagnóstico, localización de metástasis, tratamientos previos, dosis, modificaciones en la dosis, duración, efectos adversos (EA) y efectividad medida como supervivencia libre de progresión (SLP) (tiempo transcurrido en meses desde inicio de axitinib hasta la progresión radiológica o clínica de la enfermedad) y como supervivencia

global (SG) (tiempo transcurrido en meses desde que el paciente inicia tratamiento hasta que fallece). Los datos se obtuvieron del programa de dispensación de dosis unitaria (Savac®) e historia clínica electrónica (Selene®).

RESULTADOS: Durante el periodo estudiado 8 pacientes (5 hombres y 3 mujeres), con una edad media de 59 años, iniciaron tratamiento con axitinib a 5mg/12horas. Todos ellos diagnosticados de CCRM en progresión a tratamientos anteriores siendo uno de ellos sunitinib o citoquinas siguiendo las indicaciones de la ficha técnica. El ECOG al inicio del tratamiento con axitinib fue: 0 en 1 paciente, 1 en 5 pacientes, 2 en 1 paciente y 3 en el paciente restante. Localizaciones metastásicas: ganglionares (50% de los pacientes), óseas (37.5%), pulmonares (37.5%), hepáticas (12.5%) y cerebrales (12.5%).

Los tratamientos previos incluyeron: sunitinib en todos los pacientes, everolimus en 6 pacientes, sorafenib en 5 pacientes y pazopanib e interleucina-2 en 1 paciente.

La mediana de tiempo de tratamiento hasta el análisis fue de 6.02 meses (1.56-30.8). 2 pacientes continúan el tratamiento con axitinib y los 6 restantes lo suspendieron (4 de ellos por progresión o exitus y los otros 2 pacientes por toxicidad inaceptable: astenia y diarrea).

Las medianas de SLP y SG hasta la fecha del análisis fueron de 7.29 meses (5.66-30.8) y de 20.47 meses (10.1-30.8) respectivamente.

Todos los pacientes presentaron EA siendo los más frecuentes: astenia (62.5%), mucositis (37,5%), hipotiroidismo subclínico (20%), diarrea (12.5%), hipertensión (12.5%) y dolor bucofaríngeo (12.5%). Un 21,5% de las reacciones adversas se clasificaron como grado 3 y un 28,6% como grado 2. El 25% de los pacientes precisaron reducciones de dosis a 4 mg/12h debido a EA.

CONCLUSIONES: Tanto la efectividad medida en términos de SLP y SG como los EA observados más frecuentemente en nuestra serie de pacientes fueron similares a los estudios pivotaes publicados (SLP: 6.8 meses y SG: 20.1 meses). Debido al pequeño tamaño muestral sería necesario obtener una muestra poblacional más amplia para establecer conclusiones definitivas.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

108. FOLFIRINOX VERSUS ERLOTINIB MÁS GEMCITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO

AUTORES: PÉREZ HUERTAS P, DÍAZ BEVERIDGE RP, COMPANY ALBIR MJ, MARTÍN CEREZUELA M, BORRELL GARCÍA C, POVEDA ANDRÉS JL.

HOSPITAL UINV. Y POLICLINICO LA FE. Bulevar Sur, s/n. Valencia. España

OBJETIVOS: En los últimos años se ha impuesto como tratamiento de primera línea el esquema FOLFIRINOX para el tratamiento del adenocarcinoma de páncreas avanzado sustituyendo a la combinación de gemcitabina más erlotinib (GEM/ETB). Este cambio se ha llevado a cabo sin que se hayan realizado comparaciones directas entre ambos esquemas en ensayos clínicos. Nuestro objetivo fue estudiar la efectividad y seguridad del esquema FOLFIRINOX frente a GEM/ETB en esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes con adenocarcinoma de páncreas avanzado que recibieron en primera línea de tratamiento el esquema FOLFIRINOX (oxaliplatino, 85 mg/m²; irinotecán, 180 mg/m²; leucovorina, 400 mg/m², y fluorouracilo, 400 mg/m² en forma de bolo seguido de 2400 mg/m² en infusión continua de 46 horas, cada 2 semana) o GEM/ETB (1000 mg/m² una vez a la semana durante 6 semanas y después una vez a la semana durante 3 semanas en ciclos de 4 semanas, más erlotinib 100 mg al día durante todo el periodo) desde enero de 2010 hasta noviembre de 2015 en un hospital de tercer nivel. Los objetivos principales del estudio fueron la supervivencia libre de progresión y la tasa de respuesta, los secundarios la supervivencia global y la toxicidad. Como fuentes de datos se utilizaron la historia clínica electrónica (Orion-Clinic®) y el programa de prescripción electrónica de quimioterapia (Farmis-Oncofarm®). Los datos se recogieron en una base de datos Access® 2007 y se analizaron con el programa estadístico SPSS® versión 22.0. Las variables cuantitativas se describieron con la media e intervalo de confianza (IC) al 95% y se compararon con una prueba t de Student, y las categóricas mediante frecuencias y proporciones y se compararon mediante una prueba chi-cuadrado. El análisis de supervivencia se llevó a cabo mediante la construcción de curvas Kaplan-Meier y el cálculo del hazard ratio. Se consideró estadísticamente significativo un p valor menor de 0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 40 pacientes, 18 en el grupo FOLFIRINOX y 22 en el grupo GEM/ETB. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 8.6 meses en el grupo FOLFIRINOX frente a 3.4 meses en el grupo de GEM/ETB (hazard ratio, 0.272; IC95% 0.121 □ 0.614; P = 0.002). La tasa de respuesta objetiva fue del 22.2% en el grupo FOLFIRINOX frente a 13.6% en el grupo de GEM/ETB (p=0.516). La mediana de supervivencia global fue de 15.4 meses en el grupo FOLFIRINOX y de 3.9 meses en el grupo de GEM/ETB (hazard ratio, 0.402; IC95% 0.195

□ 0.829; P = 0.014). Se observaron un mayor número de efectos adversos graves en el grupo FOLFIRINOX. Dos pacientes fallecieron por reacciones adversas al tratamiento en el grupo FOLFIRINOX.

CONCLUSIONES: El tratamiento con FOLFIRINOX se asocia con una mejora de la supervivencia y una mayor incidencia reacciones adversas graves comparado con GEM/ETB. FOLFIRINOX es un tratamiento adecuado para pacientes con adenocarcinoma de páncreas con buen estado general.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

265. HIPOCALCEMIA CON DENOSUMAB EN LA PREVENCIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL ESQUELETO EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS DE TUMORES SÓLIDOS

AUTORES: DOMINGUEZ CANTERO M, MARTÍN RIZO L, FERNÁNDEZ LISÓN LC, ARNÁIZ DIEZ S, GÓMEZ ESPÁRRAGO M, MARTÍN CILLERO MT.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES. PABLO NARANJO S/N. Cáceres. España

OBJETIVO: Describir eventos adversos relacionados con los niveles séricos de calcio en pacientes tratados con denosumab y suplementos de calcio más vitamina D.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de enero 2013-octubre 2015. Inclusión de pacientes que retiraron denosumab 120mg con periodicidad mensual en la consulta pacientes externos. Todos ellos indicados en prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con metástasis óseas de tumores sólidos.

Desde la segunda semana de tratamiento y posteriormente de forma mensual durante los primeros seis meses, se recogieron los niveles séricos de calcio y albúmina basales, así como el porcentaje de variación respecto al valor basal, número de dosis dispensadas por paciente, suplementos con calcio más vitamina D, función renal y variables demográficas.

Para clasificar la severidad de los eventos adversos se utilizó los criterios CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) v4.03, clasificando la hipocalcemia en cinco grados de severidad, según los valores de CSC mediante la fórmula: $CSC(mg/dl) = \text{calcio total (mg/dL)} - 0.8 \times [\text{albúmina (g/dL)} - 4]$.

RESULTADOS: Se incluyeron datos de 37 pacientes. Promedio de edad $70,21 \pm 12,32$, 96,67% mujeres. Tipo de tumor: 87,67% mama, 24,32% próstata y 2,7% otros tipos. Retiraron una media de $8,72 \pm 7,12$ dosis de denosumab por paciente. 89,29% tenían como tratamiento concomitante suplementos de calcio y vitamina D. De forma basal, existía un deterioro de la función renal, con aclaramiento inferior a 50 ml/min en 16 pacientes.

Los valores de calcio corregidos basales se determinaron en el 91,9% de los pacientes, con un valor medio de $9,75 \pm 1,1$ mg/dl.

Los datos de calcio sérico corregido (mg/dl) y % de la variación respecto al basal a la semana 2, 4, 8, 12, 16, 20 y 24 fueron: $9,01 \pm 0,75$ (-7,59%); $9,34 \pm 0,51$ (-4,18%); $9,54 \pm 0,87$ (-2,07%); $9,2 \pm 0,62$ (-5,64%); $9,35 \pm 0,53$ (-4,07%); $9,53 \pm 0,61$ (-2,23%).

Se detectaron nueve episodios de hipocalcemia en nueve pacientes (24,32%). Dos pacientes presentaron un evento en grado dos (CSC entre 7-8 mg/dl). En un caso, una paciente con cáncer de mama, 42 años, sin insuficiencia renal, tratada con suplemento de calcio carbonato más colecalciferol, presentó a la semana 12 valores de CSC de 7,98 mg/dl, decidiéndose la suspensión de denosumab. El otro caso, paciente 74 años, también con cáncer de mama, función renal

CONCLUSIONES: A pesar del tratamiento concomitante con suplementos de calcio y vitamina D, la hipocalcemia en bajo grado es un evento detectado en uno de cada cuatro pacientes tratados con denosumab, apreciándose un descenso acentuado en las primeras dos semanas.

Es necesario antes de iniciar el tratamiento asegurar niveles adecuados de CSC, especialmente en pacientes con insuficiencia renal grave o en diálisis y realizar seguimiento de estos pacientes fomentando la adherencia al tratamiento con suplementos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1149. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR TRATADOS CON INMUNOQUIMIOTERAPIA

AUTORES: ÁLVARO ALONSO EA, LEGANÉS RAMOS A, ESTEBAN CASADO S, VILLALÓN BLANCO L, MARTÍNEZ BARRANCO MDP, PEÑALVER PARRAGA FJ.

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

OBJETIVO: Analizar la incidencia de hipogammaglobulinemia y complicaciones asociadas en pacientes con Linfoma Folicular tratados con inmunquimioterapia (IQT): Rituximab-bendamustina (RB) o Rituximab-ciclofosfamida-doxorubicina-vincristina (R-CHOP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de la incidencia de hipogammaglobulinemia en pacientes con Linfoma Folicular que han recibido tratamiento de inducción con RB o R-CHOP y posterior mantenimiento con Rituximab entre los años 2011 y 2015. Se analizó el historial farmacoterapéutico de la muestra poblacional mediante el módulo de pacientes ambulatorios de Farmatools® ver2.5. De la historia clínica electrónica (Selene®) se registraron datos demográficos (edad y sexo); clínicos (estadiaje, FLIPI y línea de tratamiento), niveles séricos de inmunoglobulinas previos y durante la inducción y mantenimiento y al finalizar el esquema quimioterápico. También se recogieron las complicaciones asociadas (infecciosas, neutropenia y diarrea) así como la necesidad de soporte con inmunoglobulinas intravenosas. Se definió hipogammaglobulinemia como la disminución de al menos un subtipo de inmunoglobulina por debajo de los siguientes valores normales de nuestro laboratorio (IgG

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes de los cuales 17 recibieron RB y 7 R-CHOP. Los pacientes tratados con RB tenían una media de edad de 62.1 años [37-83], un 64.7% eran varones y presentaban un FLIPI 1-2 (32.1%) y 3-4 (67.9%). El 35.3% recibieron RB en primera línea, 58.8% en primera recaída y 5.9% en segunda recaída. La mediana de ciclos de inducción y rescate fue de 5 [3-6]. El 41.2% de los pacientes presentaban hipogammaglobulinemia basal. Durante la fase de inducción, el 52.9% de los pacientes presentaron hipogammaglobulinemia y un 47.1% complicaciones asociadas (42.9% infecciosas, 33.3% diarrea y 23.8% neutropenia). Posteriormente, recibieron mantenimiento 13 pacientes con una mediana de 8 ciclos [4-12] objetivándose hipogammaglobulinemia en todos ellos y en un 84.6% complicaciones asociadas (54.5% infecciosas, 31.8% diarrea y 13.6% neutropenia). La población tratada con R-CHOP (todos en primera línea) tenía una media de edad de 59 años [45-72] siendo un 71.4% varones y FLIPI 1-2 (57.1%) y 3-4 (42.9%). El 42.9% de los pacientes tenían hipogammaglobulinemia al diagnóstico. La mediana de ciclos fue 6 [4-9]. El 57.1% presentaron hipogammaglobulinemia y un 57.1% complicaciones asociadas (72.7% infecciosas, 9.1% diarrea y 18.2% neutropenia). Seis pacientes recibieron mantenimiento con una mediana de 12 ciclos [2-12] objetivándose hipogammaglobulinemia en un 50% y 33.3% complicaciones asociadas, todas infecciosas. Durante todo el período de estudio, ningún paciente tuvo complicaciones graves ni recibió tratamiento de soporte con inmunoglobulinas intravenosas.

CONCLUSIONES: La incidencia de hipogammaglobulinemia asociada al tratamiento con IQT es elevada en nuestra población, siendo mayor en la fase de mantenimiento, probablemente en relación con el número de ciclos recibidos. Se observa una mayor frecuencia de complicaciones en los pacientes tratados con RB. La hipogammaglobulinemia es un efecto secundario del tratamiento con IQT que puede asociarse con una mayor morbilidad con complicaciones graves. Es necesaria una monitorización de los niveles séricos de inmunoglobulinas durante el tratamiento con IQT para valorar de forma temprana la necesidad de soporte con inmunoglobulinas intravenosas si se presentan complicaciones asociadas.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

203. HIPONATREMIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMON MICROCÍTICO: INCIDENCIA Y MANEJO

AUTORES: FEIJOO MELENDEZ D, VILASOA BOO JP, CASTRO DOMINGUEZ JM, FERRER MOURE C, PEREZ PARENTE D, PIÑEIRO CORRALES G.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE VIGO. ESTRADA DE CAMPOAMOR S/N. Pontevedra. España

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de hiponatremia en pacientes con cáncer de pulmón microcítico y su manejo en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo llevado a cabo en un centro hospitalario terciario en el que se seleccionaron los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón microcítico que recibieron tratamiento quimioterápico entre los años 2012-2014.

A partir de la aplicación informática oncofarm® se obtuvieron datos relacionados con el tratamiento quimioterápico y a partir de la historia clínica electrónica (ianus®) se recogieron datos demográficos del paciente y datos analíticos (niveles séricos de sodio pre y post quimioterapia y osmolaridad sanguínea y urinaria), así como información sobre el manejo de la hiponatremia.

Para el análisis de datos se empleó la aplicación de análisis estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS: Durante el período de estudio 46 pacientes con cáncer de pulmón microcítico recibieron tratamiento quimioterápico en nuestro centro. La edad media de los pacientes fue de 65,9 años (48-82). 39 hombres y 7 mujeres. 44 pacientes recibieron un esquema basado en platino en asociación con etopósido. La media de ciclos recibidos fue de 4,8 (1-6).

21,7% (10/46) de los pacientes presentaban hiponatremia previa al inicio de la quimioterapia, aumentando hasta un 36,9% (17/46) una vez finalizado el tratamiento. 5 pacientes presentaron hiponatremia tanto pre como post quimioterapia.

El 36,9% de los pacientes presentaron al menos una analítica con hiponatremia durante el período que recibieron tratamiento quimioterápico.

En cuanto al manejo, en un 8,7% de los pacientes (4/46) se realizó alguna intervención para el tratamiento de la hiponatremia, empleándose restricción hídrica y suplementos de cloruro sódico, o bien, furosemida.

CONCLUSIONES: En los pacientes con cáncer de pulmón microcítico es frecuente la presencia de hiponatremia previa al inicio del tratamiento quimioterápico.

El tratamiento quimioterápico produjo un aumento de la incidencia de la hiponatremia

En sólo una pequeña parte de los pacientes se realizaron intervenciones para el manejo de la hiponatremia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

970. IMATINIB EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES: FORTES GONZALEZ S, VAZQUEZ BLANCO S, CASTRO LUACES S, GARCIA MAYO ME, GONZALEZ FREIRE L, CRESPO DIZ C.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. Mourente, s/n. Pontevedra. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de Imatinib en leucemia mieloide crónica (LMC) en la práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (14 años de duración) de pacientes adultos con LMC en fase crónica tratados con Imatinib. Los datos se obtuvieron de los programas de dispensación a pacientes externos (Dippex® y Silicon®) e historias clínicas en papel y electrónicas (IANUS®).

La variable principal de efectividad fue la tasa de respuesta al tratamiento, definida según criterios de The European LeukemiaNet. La respuesta hematológica completa (CHR) se definió como la normalización en sangre periférica de los recuentos celulares, en ausencia de formas inmaduras y de bazo palpable. La respuesta citogenética se graduó como completa (CCyR) si había un 0% de cromosomas Philadelphia +. La respuesta mayor molecular (MMR) se cuantificó como

La adherencia (ADH) fue calculada según la fórmula: (dosis totales dispensadas x100)/dosis totales prescritas. Se categorizó como baja (si

La seguridad fue evaluada mediante la aparición de efectos adversos (AE), siendo graduados los de tipo hematológico y bioquímico de acuerdo a la Common Toxicity Criteria Adverse Events v4.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes (61.5% hombres), con una media de edad de 56.7 (21-88) años. La dosis media de Imatinib fue de 437 (358-707) mg/día. Con una mediana de duración de 50.6 (1.3-171.4) meses, la adherencia media al tratamiento fue de 94.8%, con un 92.3% de pacientes adherentes.

Las tasas de respuesta fueron: CHR 100%, CCyR 84.6% y MMR 66.7%. La mediana de tiempo necesario para alcanzar estas fue: 0.7 (0.1-6.9) meses para CHR, 7.8 (2.8-34.2) meses para CCyR y 15.9 (3.2-124.8) meses para MMR. La mediana de duración de CCyR y MMR, fue de 38.8 (0.3-153.1) y 40.6 (4.5-153.1) meses respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en las tasas entre pacientes adherentes y no adherentes.

Las tasas de supervivencia estimadas a 14 años fueron: PFS 87.2% (IC95%: 71.9-94.5) y OS 82.1% (IC95%: 61.3-92.3).

Los AE provocaron la discontinuación del tratamiento en un 12.8% de los pacientes. Los AE no hematológicos más frecuentes fueron: edemas (53.9%), dolor músculo-esquelético (43.6%) y calambres (38.5%). Se produjo neutropenia y trombocitopenia grado 3-4 en el 10.3% y 5.1% de los pacientes respectivamente.

CONCLUSIONES: Imatinib ha demostrado una notable efectividad, con una elevada tasa de respuestas, que además fueron duraderas, confirmando su capacidad para alterar el curso natural de la enfermedad en condiciones reales de utilización.

Consigue mantener la enfermedad bajo control, a costa de tomarse de manera ininterrumpida, por lo que la adherencia al tratamiento se ha convertido en un parámetro de especial relevancia. En nuestro estudio, por ser retrospectivo, se utilizó únicamente la información de los registros de dispensación, el cuál puede sobreestimar la adherencia, ya que recoger la medicación no implica necesariamente tomarla.

Imatinib fue bien tolerado en la mayoría de los casos, provocando la suspensión del tratamiento en un reducido de pacientes.

916. IMPACTO DE LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL HEPÁTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS REFRACTARIAS A LA TERAPIA CONVENCIONAL

AUTORES: GINÉS PALOMARES A, SÁNCHEZ NAVARRO I, PÉREZ PÉREZ D, BERMEJO LORERO B, BONA LÓPEZ C, LUQUE INFANTES R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ-MECO, SIN NUMERO. Madrid. España

OBJETIVO: La quimioembolización transarterial hepática (TACE) con micropartículas cargadas de agente quimioterápico surge como herramienta de tratamiento y cuidados paliativos en pacientes con metástasis hepáticas. Tiene como ventaja la posibilidad de administrar grandes dosis de agentes quimioterápicos con un menor impacto sistémico y como consecuencia menor toxicidad que la terapia convencional. El objetivo es evaluar la efectividad (reducción del tamaño tumoral), seguridad y tolerancia de TACE (con micropartículas cargadas), en pacientes con diagnóstico de metástasis hepáticas refractarias al tratamiento convencional en un Hospital de 400 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 16 meses de duración (noviembre 2014-marzo 2016). Se incluyeron pacientes oncológicos con metástasis hepáticas tratados con TACE a los que se les realizó una canulación selectiva de la arteria hepática seguido de la instilación de micropartículas cargadas con doxorubicina 75mg o irinotecan 100mg. Se valoraron los resultados con los criterios RECIST 1.1, controles radiológicos y clínicos al mes de la intervención.

Para la evaluación y seguimiento del paciente los recursos materiales utilizados fueron: aplicación informática Farmatools® de pacientes ambulatorios e ingresados, historia clínica y controles radiológicos a través de la Intranet del Hospital.

Variables medidas: datos demográficos, diagnóstico, agente quimioterápico, toxicidad, respuesta de las metástasis hepáticas a la TACE.

RESULTADOS: Se han realizado un total de 22 procedimientos de TACE en 15 pacientes (media de procedimientos: 1.46). 8 varones (53.33%), edad media 65 años (rango: 46-83). La distribución por diagnósticos fue: hepatocarcinoma 7 (46.66%), tumor neuroendocrino pancreático 4 (26.66%), cáncer de sigma 2 (13.33%), colangiocarcinoma 1 (6.66%) y cáncer de colon 1 (6.66%). En cuanto al agente quimioterápico utilizado, 4 pacientes fueron tratados con irinotecan 100 mg (26.66%) y 11 con doxorubicina 75 mg (73.33%), recibiendo 2 administraciones por sesión. Los resultados obtenidos según los criterios RECIST 1.1 fueron: respuesta parcial 6 pacientes (40%), 2 de ellos tratados con irinotecan y 4 con doxorubicina. Se observó progresión de la enfermedad en un paciente (6.66%) tratado con irinotecan. La enfermedad se mantuvo estable (ni progresión ni respuesta parcial) en 6 pacientes (40%), 3 tratados con doxorubicina y 1 con irinotecan. No se dispone aún de resultados de dos pacientes (13.33%). 3 pacientes precisaron más de una sesión para obtener respuesta parcial.

En cuanto a la toxicidad, 3 pacientes (20%) sufrieron un síndrome de post-embolización cuyos síntomas son fatiga, dolor, náuseas, fiebre leve y/o escalofríos que se resolvieron con medidas de soporte habituales.

CONCLUSIONES: La TACE, con partículas cargadas de agente quimioterápico en pacientes con metástasis hepáticas, ha demostrado ser un procedimiento efectivo ya que solamente uno de los pacientes experimentó progresión de la enfermedad. También ha demostrado ser una técnica segura dada la baja tasa de complicaciones y la buena tolerancia de los pacientes. No obstante, es necesario ampliar el periodo de estudio para demostrar a gran escala los beneficios de este procedimiento.

703. ÍNDICE NEÚTRÓFILOS/LINFOCITOS DERIVADO (DNLR) COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON ABIRATERONA EN PRIMERA LÍNEA.

AUTORES: TOURÍS LORES M, ESPINO PAISÁN E, BERNÁRDEZ FERRÁN B, LÓPEZ MONTERO E, MOSQUERA TORRE A, LAMAS DÍAZ MJ.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. Choupana s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Un alto valor del ratio neutrófilos/linfocitos derivado (dNLR), marcador de inflamación, se ha asociado en estudios previos con un peor pronóstico de supervivencia en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCPRC) a tratamiento con quimioterapia en primera línea. El objetivo de este trabajo es investigar si existe asociación entre el valor inicial de dLNR y la supervivencia de nuestra población de pacientes con mCPRC que reciben tratamiento con abiraterona en primera línea.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en la consulta de farmacia oncológica de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron en el estudio los pacientes varones diagnosticados de mCPRC en las consultas

de urología y radioterapia oncológica que iniciaron tratamiento con abiraterona en primera línea entre agosto de 2014 y febrero de 2016. Las siguientes variables fueron recogidas: edad, recuento absoluto de neutrófilos (Neu-ab) pre-tratamiento, recuento de leucocitos pre-tratamiento, fechas de inicio y fin de tratamiento con abiraterona, progresión (sí/no). Se calculó la supervivencia libre de progresión (PFS) y el dNLR para cada paciente dividiendo Neu-ab entre la diferencia entre el número de leucocitos y Neu-ab. Se estableció la mediana de dNLR como punto de corte para crear una variable dicotómica independiente y definir 2 grupos de comparación. Para la recogida de datos se empleó el programa de historia clínica electrónica (IANUS). El análisis estadístico se realizó con la ayuda del programa SPSS v.15.0. Se calcularon las medianas y medias de PFS en la muestra global y en cada uno de los grupos definidos. Finalmente se realizó un análisis de supervivencia Kaplan-Meier comparando la PFS de los dos grupos definidos según la variable dicotómica dNLR-mediana. Para la comparación de curvas de supervivencia se aplicó la prueba de LogRank.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 41 pacientes, con una media de edad de 79,7 años ($\pm 8,9$). Progresaron un total de 13 pacientes (31%). La mediana de dNLR al inicio del tratamiento fue de 1,49 [0,69-3,77]. La mediana de PFS no se alcanzó ni de forma global ni en ninguno de los dos grupos durante el tiempo de seguimiento, siendo la media global de PFS de 14,02 meses ($\pm 1,05$). 20 pacientes (48,8%) presentaron al inicio del tratamiento un dNLR > 1,49. De éstos, 6 progresaron durante el seguimiento. La media de PFS en este grupo fue de 14,67 meses ($\pm 1,37$). 21 pacientes (51,2%) presentaron al inicio dNLR $\leq 1,49$. En 7 de estos casos hubo progresión, resultando una media de PFS en este grupo de 12,95 meses ($\pm 1,5$). Aunque se observó una mayor PFS en el grupo de pacientes con un dNLR > 1,49, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,531$).

CONCLUSIONES: En nuestra muestra de pacientes no hemos observado asociación entre el dNLR y PFS. Nuestro estudio puede estar limitado por el bajo número de pacientes y el corto tiempo de seguimiento de los mismos. Se requieren más estudios con mayor tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento para seguir explorando el valor pronóstico de dNLR en los pacientes con mCPRC en primera línea.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1013. INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS EN EL BENEFICIO ESPERADO DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL LOCALIZADO

AUTORES: ONTENIENTE GONZÁLEZ A, LOPEZ ESTEBAN L, DIEZ FERNÁNDEZ R, MOLINA GARCÍA T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CRTA. DE TOLEDO KM 12500. Madrid. España

OBJETIVOS: El tratamiento con quimioterapia adyuvante ha demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con cáncer colorrectal localizado. Existen estudios que demuestran que los pacientes que mantienen una intensidad de dosis relativa (IDR) por encima del 70% son los que mayor beneficio obtienen¹. El esquema XELOX (oxaliplatino 130mg/m² (d1), capecitabina 1.000 mg/m² c12 h (d1-14) cada 21 días), administrado durante 8 ciclos, es uno de los estándares de tratamiento en estos pacientes. La mielotoxicidad es uno de los principales factores limitantes de dosis, y por tanto de la IDR alcanzada, estando relacionada su aparición de forma directa con la edad y presentando los pacientes obesos menor incidencia.

El objetivo es determinar las características antropométricas que condicionan que los pacientes alcancen la IDR objetivo en el tratamiento adyuvante del cáncer colorrectal localizado con el esquema XELOX.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional comprendido entre agosto-2008 y marzo-2016. Se incluyeron todos los pacientes con tumores colorrectales localizados que habían recibido tratamiento adyuvante con el esquema XELOX. Para cada paciente se registró la edad, peso, talla y el género. Igualmente se recogieron las fechas de administración y dosis administradas. Se clasificaron los pacientes por subgrupos de edad (<65 años), presencia de obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²) y género.

Asimismo, se calcularon las probabilidades de alcanzar la IDR objetivo ($\geq 70\%$) por subgrupo de pacientes.

RESULTADOS: Se recogieron un total de 118 pacientes. La media de edad fue 62,4 $\pm$ 9,2 años, un 59% eran hombres. La media de ciclos recibidos fue 5,76 $\pm$ 2,3. Un 42% de los pacientes superaron la IDR objetivo. Los pacientes obesos presentaron una menor probabilidad, aunque no significativa, de alcanzar la IDR objetivo (34% vs. 44%; OR 0,66 IC95%: 0,27-1,63), debido principalmente a que un mayor número de pacientes iniciaron con dosis ajustadas (54% vs. 26%). Los pacientes mayores de 65 años mostraron una probabilidad similar al resto de la población de superar el objetivo de IDR (44% vs. 41%; OR 1,12; IC95%: 0,54-2,35). Por último, los hombres mostraron significativamente mayor probabilidad de alcanzar el objetivo de IDR frente a las mujeres (51% vs. 29%; OR 2,72 IC95% 1,25-5,94).

CONCLUSIONES: Los pacientes obesos presentan menor probabilidad de alcanzar el objetivo de IDR pero esto necesita ser confirmado en el actual contexto que desaconseja el ajuste de dosis de quimioterapia por peso ideal. Los pacientes ancianos mantienen una intensidad de dosis similar al resto de la población por lo que el beneficio potencial

del tratamiento adyuvante es similar y la edad no debería ser un factor limitante en este caso. Los varones presentan una probabilidad mayor de superar el objetivo marcado de IDR.

Bibliografía: 1Aspinall SL, Good CB, Zhao X, Cunningham FE, Heron BB, Geraci M et al. Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: relative dose intensity and survival among veterans. BMC Cancer.2015;15:62.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1069. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK GUIDELINES: ¿REFERENCIA TAMBIÉN PARA EL USO PROFILÁCTICO DE FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS?

AUTORES: Mallol Yáñez MÁ, Benet Giménez I, Vicente Sánchez P, Areas Del Águila V, Franco Sereno MT, Rodríguez Martínez M.

Hospital General Universitario de Ciudad Real. C/ de Obispo Rafael Torija s/n. Ciudad Real. España

OBJETIVO: Analizar el perfil de prescripción de factor estimulante de colonias granulocíticas (G-CSF) en el uso profiláctico de la neutropenia febril en un hospital general de tercer nivel y evaluar su adecuación a las guías NCCN de factores de crecimiento mieloide.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes oncológicos que tuvieron una dispensación de G-CSF desde el Área de Pacientes Externos desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre del 2015.

Se utilizó la historia clínica electrónica (Mambrino®) y el programa Farmis-Oncofarm® para recoger las siguientes variables: demográficas, dosis de G-CSF, esquema de quimioterapia, número de segmentados, así como factores de riesgo asociados a desarrollar neutropenia: creatinina sérica, cirugía o radioterapia previa, insuficiencia hepática y neutropenias previas.

Los regímenes quimioterápicos se clasificaron en alto, medio y bajo poder neutropenizante(PN) si producían más de 20%, entre 10-20% o menos del 10% de neutropenia. Para realizar esta clasificación se revisaron las guías NCCN y los ensayos clínicos de los esquemas utilizados.

El endpoint primario fue porcentaje de adecuación de los tratamientos prescritos en cuanto a indicación, dosis y duración a las guías NCCN de factores de crecimiento mielóide.

RESULTADOS: se incluyeron 121 pacientes de los cuales el 75% presentaba algún tipo de discrepancia con el tratamiento recomendado. 74 pacientes recibieron una dosis de G-CSF de 300 mcg y 47 de 480 mcg. El 20% de los pacientes se dosificaron erróneamente: 7 pacientes con peso menor de 80 kg recibieron dosis de 480 mcg y 6 pacientes con peso mayor 80 kg recibieron 300 mcg.

El 21,48% de los pacientes que recibieron G-CSF estaban en tratamiento con esquemas de quimioterapia de alto PN, mientras que el 66,94% y el 10,74% recibían quimioterapia de medio y bajo PN respectivamente. Dentro del grupo de pacientes tratado con QT de PN medio, el 17,28% no presentaba ningún factor de riesgo (FR), el 27,16% presentaba 1 FR y el 37,03%, 14,08% y el 3,7% de los pacientes tenían 2, 3 y 4 FR respectivamente.

La duración del tratamiento profiláctico fue menor de 3 días para el 26,6% de los pacientes, de 3-4 días para el 42,6% de los pacientes y mayor de 4 días para el 30,5%.

CONCLUSIONES: Las guías NCCN recomiendan la profilaxis con G-CSF durante 3-4 días a dosis 5mcg/kg en todos aquellos pacientes tratados con quimioterapia de alto PN, en los paciente con FR si la quimioterapia tiene PN medio y no recomienda la profilaxis para quimioterapias de bajo PN.

Hay un porcentaje importante de pacientes que se exponen a un tratamiento con G-CSF sin ser necesario. Así mismo, un alto porcentaje de pacientes no recibe la dosis adecuada o la duración del tratamiento no se ajusta a las recomendaciones establecidas. Todo ello podría conllevar la aparición de reacciones adversas evitables o bien disminución de eficacia del tratamiento. Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar medidas que mejoren la adecuación de estos tratamientos a las recomendaciones, para garantizar un óptimo tratamiento de soporte en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1163. NEFROTOXICIDAD ASOCIADA A INHIBIDORES BRAF, VEMURAFENIB Y DABRAFENIB: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LOS EVENTOS COMUNICADOS AL SISTEMA EUROPEO DE FARMACOVIGILANCIA (EUDRAVIGILANCE).

AUTORES: GÁLVEZ MADROÑERO M, SANMARTIN FENOLLERA P, Villalon Blanco L, Moreno Muñoz D, PEREZ ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. Madrid. España

OBJETIVO: Descripción de dos casos de daño renal imputable a vemurafenib en monoterapia y revisión de eventos de inhibidores-BRAF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Caso1: Varón, 53 años, enfermedad de Erdheim-Chester multisistémica, (perirrenal: hidronefrosis GII bilateral y arterias renales), mutación BRAF-V600E, HTA, DM-metaesteroidea y catéter doble-J bilateral por uropatía obstructiva. Previamente interferón-peg135mcg y anakinra100mg+corticoide. Inicia vemurafenib 960mg/12hvo off-label. Tratamiento habitual: enalapril, metformina, atorvastatina, prednisona y omeprazol. Función renal basal: CrS=1.23mg/dl, FGe=66.6ml/min/1.73m²(CKD-EPI). Tras 7 días(d) de tratamiento, CrS=1.87mg/dl. Se mantiene vemurafenib 14d y se suspende por CrS=1.78mg/dl.. Efectos adversos(EA): diarrea leve, emesis esporádica, que disminuyen con el tiempo. Buena hidratación. Sin uropatía obstructiva. Pautan hidratación suspendiendo metformina. Con CrS=1.38mg/dl, se reintroduce vemurafenib 750mg/12h. A los 14d CrS=1.82mg/dl sin EA. Se suspende definitivamente vemurafenib.

Caso2: Varón, 75 años, melanoma metastásico, mutación BRAF-V600, HTA controlada, no DM, y ERC-4 estable. CrS basal=2.8mg/dl, FGe=20ml/min/1.73m². Tratamiento habitual: olmesartan. Se inicia vemurafenib ajustado a 750mg/12h. Tras 7d CrS=4.09mg/dl. No EA y buena hidratación. Se suspende vemurafenib y se pauta hidratación. Tras 8d CrS=3.21mg/dl reinicia vemurafenib 500mg/12h 3d, suspendiéndose por CrS=3.72mg/dl. Tras 4d, valores basales recuperados, se reinicia vemurafenib 500mg/12h, suspendiendo olmesartan. Transcurridos 9d CrS=3.9mg/dl, se suspende definitivamente vemurafenib, con respuesta no valorable.

RESULTADOS: Caso1: Función renal conservada a los 21d (CrS=1.21mg/dl, FGe=67.9ml/min/1.73m²) y tras 2 meses de suspensión. Electrolitos séricos (Na/K/P) inalterados y microalbúmina/creatinina=91.09mg/g

Caso2: Electrolitos séricos (Na/K/P) inalterados y microalbúmina/creatinina=69.21mg/g

CONCLUSIONES: Los ensayos clínicos(EC) fase III con Vemurafenib, no informaron proteinuria, ni incidencia de lesión renal aguda. Los EC con Dabrafenib muestran

BRAF se expresa en los podocitos pero el mecanismo de toxicidad renal es desconocido. La información publicada muestra daño tubular e intersticial, presentándose en pocas semanas o 1-2 meses.

Nuestros pacientes son varones con fármacos potencialmente nefrotóxicos, inicialmente uno con función renal conservada y el segundo, ERC estable. Ambos presentan tolerancia a vemurafenib, sin deshidratación. El deterioro de la función renal se presentó de forma aguda, revirtiendo tras suspensión del fármaco. Sin alteraciones en los niveles de electrolitos séricos, ni proteinuria relevante. EudraVigilance y la bibliografía parecen mostrar a Vemurafenib más nefrotóxico, así ocurre en nuestro caso, si bien dabrafenib nunca estuvo acompañado de fármacos nefrotóxicos al contrario que vemurafenib. Ambos incidentes fueron comunicados al Sistema Español de Farmacovigilancia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

456. NEUTROPENIA ASOCIADA A LA COMBINACIÓN DE PLATINOS CON VINORELBINA EN EL DÍA 1 DE TRATAMIENTO.

AUTORES: Vázquez Sánchez R, Díez Ferrández R, Molina García T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. Carr. Toledo, Km 12,500, 28905. Madrid. España

OBJETIVO: Los dobletes de platino con vinorelbina son uno de los estándares de tratamiento en varios tumores en fase avanzada. Los protocolos de seguimiento recomiendan monitorizar la función medular, mediante realización de hemograma, durante el tratamiento. En un estudio previo (Vázquez Sánchez R, et al. J Clin Oncol 33, ASCO 2015 abstr e17749), se demostró la baja incidencia de alteraciones en el recuento de neutrófilos y plaquetas en el día 8, independientemente del platino empleado, lo cual permitiría evitar, con un margen de seguridad aceptable, el hemograma del día 8.

En una segunda fase del estudio, se pretende examinar la tasa de neutropenias detectadas en el hemograma del día 1 y determinar los posibles factores de riesgos asociados a su aparición.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido al menos un ciclo del esquema platino (cisplatino o carboplatino) y vinorelbina desde Enero 2004 a diciembre 2014. Para cada paciente se recogió sexo, edad, talla, peso, creatinina y líneas de tratamiento previas. Se revisó la aparición de neutropenia en las analíticas previas al día 1 de cada ciclo de tratamiento.

RESULTADOS: Se evaluaron 87 pacientes. Un 79,3% eran hombres. La edad media era 62,43±9,57. El 90% de los diagnósticos correspondían a cáncer de pulmón no microcítico avanzado. Un 59,7% de los pacientes recibieron cisplatino y el 40,3% carboplatino. El 28% de los pacientes había recibido alguna línea previa de quimioterapia.

Un 40% de los pacientes presentaron algún grado de neutropenia en el día 1 de tratamiento pero en ningún caso esta fue severa o de grado superior (grado CTCAE >2). Un 6,9% de los pacientes desarrollaron neutropenia grado 2. Un 15% de las pacientes requirieron de soporte con factores estimulantes de colonias granulocíticas.

Los pacientes obesos (IMC≥30) presentaron menor riesgo, aunque de forma no significativa, de tener neutropenia (20% vs. 46%; OR 0,29 IC95%:0,07-1,12). El riesgo de presentar neutropenia fue similar en pacientes ancianos

(≥65 años) al resto de pacientes (42% vs. 39%; OR 1,15; IC95%:0,49-2,72). Tampoco se detectaron diferencias entre los dos platinos (cisplatino 42% vs. carboplatino 38%; OR 1,14; IC95%: 0,47-2,73).

CONCLUSIONES: La posibilidad de presentar neutropenia en el día 1 es elevada independientemente del platino empleado, sin llegar a ser severa o grave en ningún paciente. Los pacientes obesos parecen presentar un menor riesgo de aparición de neutropenia. Sería necesario un estudio multicéntrico con una mayor muestra de pacientes para obtener resultados concluyentes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1135. NIVOLUMAB: EXPERIENCIA DE USO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

AUTORES: Echeverría Gorriti A, Burgui Alcaide C, Gardeazábal González I, Giráldez Quiroga M, López-Picazo González JM, García Del Barrio MÁ.

Clínica Universidad de Navarra. Avda Pío XI, 36. Navarra. España

OBJETIVO: Evaluar la seguridad, efectividad y coste de nivolumab en el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional de las historias clínicas de los pacientes que recibieron nivolumab para el tratamiento de cáncer de pulmón entre el 3/7/15 y el 15/4/16. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, datos antropométricos, diagnóstico, marcadores moleculares del tumor, estadio, número de línea, fechas de inicio-fin del tratamiento, número de dosis recibidas, reacciones adversas, respuesta al tratamiento en pruebas de imagen según criterios RECIST 1.1 y fecha de fallecimiento (si procede).

RESULTADOS: Catorce pacientes recibieron nivolumab durante el periodo de estudio. La mediana de edad fue de 64,5 años (rango 49-80) y el 86% eran varones. En cuanto a la histología, 64% eran adenocarcinomas y 36% escamosos. La mayoría de los pacientes (10) se encontraban en estadio IV; los otros 4 presentaron estadios IA, IB, IIB y IIIA. El 78,5% de los pacientes habían progresado a dos o más líneas de tratamiento. La mediana de dosis recibida de nivolumab fue de 2,9 mg/kg (rango 2,6-3,1) y la mediana de ciclos recibidos fue de 7,5 (rango 1-15).

Respecto a los datos de efectividad, 2 de los pacientes iniciaron nivolumab en estadio IV muy avanzado y fallecieron tras un único ciclo; en otros dos se perdió el seguimiento. En el resto no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de respuesta según tipo histológico, con las limitaciones del pequeño tamaño muestral. Sólo uno de los diez pacientes evaluados suspendió el tratamiento por progresión. La mitad de los pacientes recibieron al menos diez ciclos de tratamiento, y de ellos, el 57% presentaban estadio IV. La mediana de seguimiento de los pacientes en estadio IV fue de 107 días (rango 5-221). El 50% de los pacientes con estadio IV llevaban hasta la fecha de finalización del estudio más de 4 meses de seguimiento.

En cuanto a la seguridad, dos pacientes presentaron reacciones adversas: uno de ellos desarrolló nefritis e hipotiroidismo; la nefritis mejoró al suspender temporalmente el tratamiento y el hipotiroidismo se resolvió con terapia sustitutiva con levotiroxina; el otro presentó una reacción de hipersensibilidad con disnea, taquicardia y erupción cutánea durante la primera infusión, motivo por el cual se administró el siguiente ciclo según protocolo de desensibilización. Doce de los pacientes recibieron nivolumab dentro del programa de uso expandido y los dos últimos una vez comercializado el fármaco. Con los datos de precio ya disponibles, la mediana de coste de nivolumab por paciente y por ciclo sería de 3135, (rango 1425-4275).

CONCLUSIONES: Nivolumab es una opción terapéutica prometedora en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado que han progresado a varias líneas de tratamiento.

Según nuestra experiencia conviene vigilar las reacciones a la infusión, sus efectos renales y la función tiroidea.

Es preciso un periodo de seguimiento más prolongado y un tamaño muestral superior para evaluar la efectividad, tener un conocimiento más concluyente sobre su seguridad y poder evaluar coste-efectividad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

625. NIVOLUMAB: RESULTADOS PRELIMINARES DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: HERRAIZ ROBLES P, PONS MARTINEZ L, MARCOS RIBES B, TALENS BOLOS MA, LOPEZ JIMENEZ A, SANCHEZ SANCHEZ JL.

HOSPITAL SAN JUAN DE ALICANTE. Ctra. Alicante - Valencia, s/n. Alicante. España

OBJETIVOS: Nivolumab es un nuevo anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor de muerte programada-1 implicado en el control de la respuesta inmunitaria de los linfocitos-T. Actualmente tiene indicación en melanoma avanzado y cáncer de pulmón no microcítico escamoso localmente avanzado o metastásico (pendiente de aproba-

ción en carcinoma de células renales). El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad de nivolumab en dos hospitales de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo donde se incluyeron los pacientes adultos que iniciaron tratamiento con nivolumab en el período comprendido entre julio de 2015 y abril de 2016 (9 meses de duración). Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes y se elaboró una base de datos en la que se incluyeron las siguientes variables: datos demográficos (edad, sexo, performance status -PS-, comorbilidades), datos de enfermedad al inicio del tratamiento (tipo de neoplasia, TNM, número de líneas previas de tratamiento/radioterapia, valores de LDH y albúmina) y datos del tratamiento (fecha de inicio y fin, número de ciclos recibidos, efectividad y seguridad). La efectividad se evaluó mediante criterios clínicos y radiológicos: se calculó la media (en meses) del intervalo libre de progresión (ILP) y del tiempo hasta respuesta (TR). Se desestimaron aquellos pacientes en los que no se pudo medir respuesta por éxitus prematuro o por inicio reciente, y el resto se evaluó según diagnóstico. La seguridad se determinó mediante recogida de los efectos adversos (tipo y grado de toxicidad-G-).

RESULTADOS: Se incluyeron 21 pacientes (76% hombres; edad media $60,7 \pm 9,5$ años). El PS fue de 0 en el 5% (n=1), 1 en el 67% (n=14), y 2 en el 28% (n=6). El 62% de los pacientes (n=13) presentaba comorbilidades. Valores de LDH elevados en un 33% y bajos de albúmina en un 48%. Diagnóstico: cáncer de pulmón (n=18, 85%), renal (n=2, 10%) y melanoma (n=1, 5%). Las localizaciones más frecuentes de metástasis fueron: pulmonares (n=10, 48%), sistema nervioso central (n=6, 29%), óseas (n=5, 24%) y suprarrenales (n=4, 19%). Nivolumab se prescribió en un 62% de los casos como segunda línea y en un 19% como tercera tras quimioterapia, y el 19% restante tras tratamiento con inhibidores de la tirosinasa. El 71% había recibido radioterapia previa. La respuesta se evaluó en 10 pacientes con una mediana de seguimiento de 2 meses (0,5-9), en los que no se alcanzó la mediana de supervivencia: 8 con cáncer de pulmón (7 respuesta parcial con ILP=6,1 y TR=2,8), uno con cáncer renal (respuesta parcial con ILP=2,2 y TR=1,9) y uno con melanoma (progresión con ILP=1,2). En los otros 11 no pudo evaluarse por éxitus prematuro (n=5) o por inicio reciente del tratamiento (n=6). La toxicidad se evaluó en todos los pacientes, y sólo 4 (19%) presentaron efectos adversos: neumonitis G1, diarrea G1, astenia G2 e hipotiroidismo G2.

CONCLUSIONES: En la mayoría de los pacientes evaluados (80%) se ha objetivado respuesta parcial. Nivolumab ha presentado un perfil de seguridad favorable, ya que la toxicidad ha sido poco prevalente y de carácter leve-moderado. Es necesario un mayor período de seguimiento para poder evaluar la totalidad de pacientes, así como un mayor tamaño muestral para obtener resultados concluyentes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1026. ONCO-INMUNOTERAPIA: USO DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

AUTORES: OTERO VILLALUSTRE C, Álamo Medina A, Llabres Valenti E, Brenes Castro J, Lombardero Pin M, Nucete Gallego B.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. Avda. Marítima del Sur, s/n. Las Palmas. España

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado o metastásico en segunda línea y sucesivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con CPNM que iniciaron tratamiento con Nivolumab como uso compasivo en segunda línea o sucesivas, entre junio de 2015 y marzo de 2016. Se recogieron datos de variables demográficas (edad y sexo) y variables clínicas (ECOG, hábito tabáquico, histología, quimioterapia previa, dosis, número de ciclos y reacciones adversas) a través de la historia clínica (Seleno®) y programa de prescripción oncológica (Farmatools®). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS® vs 22.0. La eficacia se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), calculadas por el método Kaplan-Meier. Para evaluar la seguridad, se midió la gravedad de los acontecimientos adversos (AA) según CTCAE v4.0.

RESULTADOS: Se analizaron 46 pacientes, 31 hombres y 15 mujeres. El 84% (n=37) eran fumadores o exfumadores y el 19,6% (n=9) nunca habían fumado. Del total, el 82,6% presentaban ECOG 0-1 y el 17,4% ECOG ≥ 2 . El 91,3% (n=42) fueron diagnosticados de CPNM no escamoso y el 8,7% (n=4) de escamoso. Al inicio del tratamiento, el 28,9% presentaban metástasis cerebrales tratadas y asintomáticas. Todos habían recibido quimioterapia previa basada en platino como primera línea. El 56,5% recibieron nivolumab en 2ª línea y 43,5% en sucesivas. La dosis administrada fue 3mg/Kg cada dos semanas y la media de ciclos siete. La mediana de SLP en CPNM no escamoso fue 2,1 meses (IC95%, 1,5-2,6) y la SG 2,8 meses (IC95% 1,4-4,1). En pacientes con edad ≥ 75 años, la mediana de SLP fue 2,4 meses. Cuando se utilizó en 2ª línea, la mediana de SLP fue 2,4 meses vs 2,1 meses en sucesivas (p=0,139). Pacientes ECOG 0-1 alcanzaron una mediana de SLP de 2,5 meses vs 0,82 meses en ECOG ≥ 2 (p=0,001). En CPNM escamoso la mediana de SLP fue 6,6 meses (IC95%, 0,9-12,3). Al finalizar el estudio, todos los pacientes de este grupo estaban vivos. Un 45,8% de los pacientes presentó algún AA de cualquier grado y sólo el 12,5% fueron

grado 3-4. Los más frecuentes fueron: astenia (20%), neumonitis (10,8%), rash(5,3%), prurito (5,3%), enterocolitis (5,3%), insuficiencia renal (2,6%), alergia (2,6%) y trastornos tiroideos (2,6%).

CONCLUSIONES: En no escamoso, la SLP y la SG obtenidas fueron inferiores a las del estudio pivotal CA209-057 (SLP 2,3 y SG 12,2 meses). En 2ª línea se logró mayor SLP que en líneas sucesivas, sin resultar estadísticamente significativo. En pacientes ECOG 0-1 la SLP fue significativamente mayor. En CPNM escamoso, la SLP obtenida fue superior a la alcanzada en el ensayo CA209-017 (SLP 3,5 meses). De forma general, nivolumab presenta un perfil de seguridad aceptable, los AA más frecuentes coinciden con los descritos en la bibliografía. Consideramos conveniente diseñar estudios de mayor tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento para confirmar la reproducibilidad de nuestros resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

572. OPTIMIZACIÓN DE DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE OVARIO RECURRENTE

AUTORES: RODRÍGUEZ PALOMO A, ALVAREZ MANCENIDO FJ, SANCHEZ LORENZO L, SUAREZ FERNANDEZ MT, CARMONA BAYONAS A, JIMENEZ FONSECA P.

HOSPITAL UNIV. CENTRAL DE ASTURIAS. AVENIDA ROMA S/N. Asturias. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de la reducción de dosis de doxorubicina liposomal pegilada (DLP) en el tratamiento de cáncer de ovario recurrente.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyó pacientes tratadas con DLP en monoterapia o en combinación con carboplatino, gemcitabina o trabectedina para adenocarcinoma de ovario en progresión, durante un periodo de 6 años (1/Enero/2008-1/Enero/2014).

Se recogió la información relacionada con la paciente (edad, Índice de Karnofsky-IK-), su enfermedad (estadio al diagnóstico, subtipo histológico) y el tratamiento recibido (línea de tratamiento, duración, esquema empleado, dosis administrada), a partir de la revisión del curso clínico de las consultas de oncología y de los registros del programa informático Oncofarm®. Se consultó, para confirmar las fechas de exitus de las pacientes, la base de datos INDEF del ministerio.

Como medida de efectividad se utilizó la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y como variable secundaria la mediana de supervivencia global (SG) que se calculó mediante kaplan-Meier, utilizando el programa estadístico SPSS. La toxicidad se recogió de la historia clínica siguiendo la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE).

RESULTADOS: Se incluyeron 143 mujeres en el estudio, mediana de edad 61,4 años (rango: 35,4-87,7), IK $\geq$ 80 71,3% (102 mujeres). La mediana de dosis real administrada de DLP fue del 82,3% de la dosis teórica, tomando como referencia 40 mg/m². Para el resto de quimioterapia utilizada, la mediana de dosis real administrada fue: gemcitabina, el 93,3% de la dosis teórica (1000 mg/m²), carboplatino, el 100 % de la dosis teórica (5AUC) y trabectedina, el 93,7% de la dosis teórica (1,1 mg/m²).

Todos los esquemas tuvieron una mediana de 6 ciclos administrados, exceptuando el esquema DLP-gemcitabina cuya mediana fue 5 ciclos.

En relación con la intensidad de dosis, la mediana de dosis de DLP recibida en el primer ciclo por el global de pacientes fue de 34,3 mg/m² (21,6-48,3 mg/m²). De éstas, 116 mujeres recibieron al menos 3 ciclos con una mediana de dosis en dicho tercer ciclo de 33,4 mg/m² (24,2-48,3 mg/m²) y 72 mujeres recibieron al menos 6 ciclos con una mediana de dosis en el sexto ciclo de 31,1 mg/m² (19,7-44,6 mg/m²).

En cuanto al porcentaje de dosis: la mediana en el primer ciclo fue el 85,8% de la dosis teórica (54,1%-120,7%), en el tercer ciclo el 100,0% de la dosis de inicio (71,4%-138,8%) y al sexto ciclo el 100,0% de la dosis de inicio (50,0%-147,5%).

La mediana de SG fue de 18.8 meses (intervalo de confianza [IC]95%, 15.2-23.3) y la mediana de SLP, de 5.9 meses (IC95%, 4.0-7.3). Las toxicidades más frecuentes descritas fueron reacciones cutáneas (32,9%), mucositis (29,4%) y neutropenia (25,9%). Se suspendió el tratamiento a causa de la toxicidad en el 7,7% de las mujeres.

CONCLUSION: Esta optimización de dosis lleva a mejorar la tolerabilidad del tratamiento, disminuyendo así toxicidades y mejorando el cumplimiento en ciclos sucesivos, sin detrimento en la eficacia que fue similar a la descrita en los ensayos clínicos con DLP (Rose PG et al. The Oncologist. 2005).

1266. PAPEL ACTUAL DE LA FOTEMUSTINA EN EL MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO

AUTORES: CASTRESANA ELIZONDO M, MONFORTE GASQUE MP, BERISA PRADO S, GUTIERREZ VALENCIA M, CARRASCO DEL AMO ME, MONTESERIN GARRASTATXU I.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: El tratamiento de la mayoría de los pacientes con melanoma maligno metastásico (MMM) no resecable incluye tratamiento sistémico., siendo la dacarbazina el estándar de tratamiento tradicional. La fotemustina ha ocupado un lugar secundario, aunque destacaba su actividad frente a la aparición de metástasis cerebrales.

El arsenal terapéutico del MMM ha aumentado enormemente con la aparición de la inmunoterapia sistémica (ipilimumab) y la terapia dirigida.

El objetivo es evaluar la utilización actual de la fotemustina en el tratamiento del MMM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo observacional de los pacientes diagnosticados de MMM tratados con fotemustina, según el esquema habitual de administración (100 mg/m²/semanal durante 3 semanas como fase de inducción y, tras 4 semanas de reposo terapéutico, fase de mantenimiento con 100 mg/m² cada 3 semanas). El periodo de seguimiento fue de abril 2009 a abril 2014, fecha del último ciclo de fotemustina administrado en esta indicación.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo, edad), relacionadas con la enfermedad (número y localización de las metástasis) y farmacoterapéuticas (abordaje terapéutico previo [intervención quirúrgica e inmunoterapia adyuvante, radioterapia y quimioterapia], línea de tratamiento, ciclos de inducción completos y de mantenimiento recibidos y abordaje terapéutico posterior a la fotemustina).

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.

RESULTADOS: Fueron incluidos 13 pacientes, 69% hombres con una mediana (DE) de edad 55 años(19).

Al inicio del tratamiento, el número de localizaciones metastásicas era de 3 en el 23% de los pacientes, 2 en el 38,5% y 1 en el 38,5%. La distribución de las metástasis fue: pulmonares (69%), abdominales (54%), nódulos subcutáneos (62%) y cerebrales, óseas y suprarrenales (7,7%).

El 54% de los pacientes habían sido tratados previamente con cirugía más inmunoterapia adyuvante y el 23% con radioterapia. Excepto un paciente, todos recibieron como primera línea de tratamiento dacarbazina. El diagnóstico del paciente que recibió fotemustina en 1º línea era melanoma de coroides.

Recibieron fotemustina en 1º línea de tratamiento el 7,5% de los pacientes (n=1), como 2º línea el 85% (n=11) y como 3º línea el 7,5% (n=1). Todos los pacientes completaron el esquema de inducción. La mediana (RI) de ciclos recibidos durante el mantenimiento fue 2(2,5-0,5).

La mediana de SLP obtenida fue de 2 meses (IC95% 1,31-2,69) y de supervivencia general (SG) 4 meses (IC95% 1,6-6,3). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 4 meses. Tras la progresión (n=13), 6 pacientes recibieron terapia de soporte y 7 continuaron tratamiento (1 dacarbazina, 1 dacarbazina combinada con cisplatino y 5 pacientes ipilimumab).

CONCLUSIONES: La fotemustina se ha utilizado como tratamiento de rescate en el MMM tras fracaso al tratamiento con dacarbazina, mostrando un escaso beneficio en términos de supervivencia.

La quimioterapia convencional ha quedado relegada a un segundo o tercer plano en el abordaje de los pacientes con MMM tras la aparición de las nuevas alternativas terapéuticas, pudiendo considerarse una alternativa en aquellos pacientes con enfermedad no controlada tras inmunoterapia y terapia dirigida.

918. PERFIL DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE DENOSUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: CONTRERAS REY MB, YÁÑEZ FERIA D, GARRIDO MARTÍNEZ MT, GRUTZMANCHER SAIZ S, RODRIGUEZ MOLINS E, BOCANEGRA MARTÍN C.

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. RONDA EXTERIOR NORTE S/N. Huelva. España

OBJETIVO: Analizar la utilización y el perfil de seguridad de denosumab en la indicación terapéutica de prevención de eventos relacionados con el esqueleto en adultos con metástasis óseas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de carácter observacional de dos años de duración (enero 2014 - diciembre 2015) en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con denosumab en esa indicación en un hospital de tercer nivel.

Se registraron: edad, sexo, servicio médico prescriptor, localización del tumor primario, existencia o ausencia de prescripción conjunta de suplementos de calcio y vitamina D (recomendados en los pacientes con denosumab excepto en hipercalcemia), existencia o no de reacciones adversas comunicadas durante el período de tratamiento y naturaleza de las mismas.

La información se obtuvo de la historia clínica y del módulo de dispensación de pacientes externos de la aplicación APD PRISMA®.

RESULTADOS: Se excluyeron los casos (11) en los que no se pudo acceder a las historias clínicas, quedando incluidos 86 pacientes con edad media 64.6 años (DE 12.59; rango 30 - 86 años), siendo el 54.7% mujeres.

Los servicios médicos prescriptores fueron: oncología (94.2%) y urología (5.8%). El tumor primario era, de mayor a menor frecuencia: 44.2% mama; 36% próstata; 8.1% pulmón; 4.6% riñón; 2.3% endometrio; 1.2% piel; 1.2% sarcoma, 1.2% cérvix y 1.2% ovario.

En el caso de la prescripción concomitante de calcio y vitamina D, en un 83.7% de los pacientes se indicaron suplementos de calcio en combinación o no con vitamina D, en el 12.8% no se prescribieron y en un 3.5% esta información no constaba en ningún apartado de la historia clínica.

Durante el tratamiento, un 47.7% de los pacientes presentaron reacciones adversas en algún momento del mismo, siendo la más frecuente la hipocalcemia en 24 pacientes (27.9% del total de pacientes): 10 de ellos con cáncer de mama (26.31% de estos pacientes), 11 de ellos con cáncer de próstata (35.48% de estos pacientes) y el resto con otros tumores. En cuanto a otras reacciones adversas, en 9 pacientes se observó hipofosfatemia (10.5%), en 8 astenia (9.3%), en 5 diarrea (5.8%), en 4 disnea (4.7%), en 4 problemas o dolores dentales (4.7%), en 4 dolor musculoesquelético (4.7%), en 1 hiperhidrosis (1.2%) y en 1 osteonecrosis mandibular (1.2%).

Además, un 4.7% de los pacientes presentaron algún dato analítico indicador de hipercalcemia durante el tratamiento; todos estaban recibiendo suplementos de calcio.

CONCLUSIONES: En nuestros pacientes, denosumab ha evidenciado ser un fármaco bien tolerado con un perfil de reacciones adversas leve. De acuerdo con los ensayos clínicos pivotaes, la hipocalcemia mostró ser más habitual en tumores de próstata que de mama, aunque en ambos casos se encontraron frecuencias superiores a las observadas en estos ensayos. En el desarrollo de reacciones adversas habrían de considerarse también las características de nuestros pacientes y el tratamiento simultáneo con otros fármacos, como los empleados en la quimioterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

7. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE 5-AZACITIDINA

AUTORES: CARRASCOSA PIQUER O, CORNEJO UIXEDA S, LLUCH GARCIA R, DE LA VEGA ZAMORANO I, APARICIO RUBIO C, SANCHEZ ALCARAZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. Ctra. de Corbera, km. 1. Valencia. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: 5-azacitidina(5-AZA) está indicado en el tratamiento de adultos diagnosticados de síndromes mielodisplásicos(SMD),leucemia mielomonocítica crónica(LMMC)y leucemia mieloide aguda(LMA),no aptos a trasplante.

La avanzada edad de la mayoría de los pacientes que padecen estas patologías,y la frecuencia con la que tienen que acudir al hospital para tratarse(5-7 visitas/ciclo) condujo al desarrollo de un programa de administración de 5-AZA en el domicilio del paciente.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: El objetivo principal es facilitar el tratamiento con 5-AZA a estos pacientes.

Los objetivos secundarios son:

- Evitar el traslado del paciente y sus familiares 5-7días/mes al hospital.
- Asegurar la continuidad de la administración del tratamiento,al no depender del traslado del paciente al hospital.
- Disminuir la carga de trabajo de Hospital de Día(HD) y ahorro directo de costes.

Los pacientes subsidiarios de administración domiciliar de 5-AZA son propuestos por el servicio de Hematología, valorando la edad avanzada(superior a 70 años),dificultades de traslado y buena tolerancia al tratamiento previo de al menos 1-2 ciclos.

EJECUCIÓN: La medicación se prepara en cabina de flujo laminar BIO-II-B en el servicio de Farmacia, siguiendo las indicaciones de ficha técnica y utilizando agua para inyectables refrigerada,que permite una estabilidad de la mezcla de 22 horas entre 2-8°C.

La enfermera de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) transporta la medicación, manteniendo las condiciones de refrigeración, hasta su administración en el domicilio del paciente. Las administraciones y las posibles reacciones adversas (RA) se registran en la Historia Clínica Electrónica SIAS®.

Los pacientes incluidos tienen programada una visita por ciclo con el hematólogo, en lugar de las tres habituales en caso de administración en HD.

EVOLUCIÓN: El proyecto se inició en mayo 2015. De los 12 pacientes en tratamiento con 5-AZA, 7 pacientes(64%) cumplían los criterios para ser candidatos al programa domiciliario: 71% mujeres y 29% hombres, con una edad media de 79±6 años. 4 pacientes estaban diagnosticados de SMD y 3 de LMMC.

Todos los pacientes se trataban con dosis de 75mg/m² en ciclos de 28días:3 durante 7días/ciclo y 4 durante 5días/ciclo. La mediana de ciclos de tratamiento fue de 18(3-59).

RESULTADOS Y EFECTOS: Tras 10 meses desde el inicio del programa, de los 7 pacientes seleccionados, se incluyeron 4, ya que un paciente fue reclutado para un ensayo clínico y los otros 2 mantenían dependencia transfusional.

La mediana de ciclos administrados en domicilio es de 5(1-9). Todos los pacientes siguen actualmente en tratamiento. Se han administrado en total 19 ciclos de 5-AZA en UHD(115 administraciones) y se han reducido las consultas de Hematología de 57, si la administración hubiera sido en HD, a 19. Esto se traduce en un aumento de la calidad de vida del paciente y una mejora logística de HD y Hematología. Se notificaron RA similares a las que se dieron en pacientes que recibieron el tratamiento en HD, toxicidad hematológica mayoritariamente.

En lo referente a consultas y las estancias en UHD, aplicando las tasas sanitarias publicadas en el Decreto legislativo 1/2005, del 25 de febrero, de la Comunidad Valenciana, el programa de administración domiciliaria de 5-AZA ha supuesto un ahorro de 21.193,69€.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1258. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO AL PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

AUTORES: ANDÚJAR MATEOS A, MARTÍNEZ VALERO A, TEROL ESCLÁPEZ G, SANCHEZ GARCÍA AM, ANTÓN TORRES R, NAVARRO RUIZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. Camí de L'Almanssera, 11. Alicante. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Los pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) han visto cambiar radicalmente su pronóstico con la aparición de los inhibidores de la tirosinkinasa (ITK). De ser una enfermedad con supervivencia media de entre 3 y 5 años, ha pasado a ser crónica, con expectativas de vida comparables a la población general.

El perfil de estos pacientes ahora es de personas de mediana edad, que salvo patología concomitante tienen buen estado general, que ha de tomar su medicación diariamente de manera indefinida y con nuevos factores de riesgo a causa del tratamiento.

Todo esto hace necesario un abordaje integral por un equipo multidisciplinar.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: Para llevar a cabo lo anteriormente nombrado, se diseñó un estudio prospectivo en el que desarrollamos un protocolo entre los servicios de Hematología, Farmacia Hospitalaria (SF) y Medicina Interna (MI), que incluía los siguientes puntos:

1. Hematología realiza el diagnóstico de LMC, iniciando tratamiento con ITK en caso necesario
2. SF recibe a los pacientes a los que les prescribe dicho tratamiento, explicando en qué va a consistir, posología, posibles efectos adversos y revisión de tratamiento crónico para detección de posibles interacciones.
3. MI los ve en su consulta para valorar riesgo vascular y realizar una historia clínica dirigida.

EJECUCIÓN: Desde el SF, en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos, se evaluaba su adherencia a través de dos métodos: entrevista, mediante el cuestionario Morisky-Green validado para diferentes patologías crónicas y, de manera paralela, por recuento de fármacos dispensados hasta el momento. Además, se efectuaba la verificación de ausencia de interacciones entre ITK y tratamiento habitual.

MI, por su parte, citaba a los pacientes para evaluar: tensión arterial, peso, talla, cintura, cálculo de índice de masa corporal, índice tobillo/brazo (ITB), electrocardiograma, analítica sanguínea completa, cálculo de score, tiempo de evolución de LMC, tipo de ITK y efectos adversos.

EVOLUCIÓN: El estudio se inició en mayo de 2015 con los pacientes diagnosticados de LMC en esa fecha y tratados con ITK.

A partir de esa fecha, en la primera visita y tras cambio de tratamiento se actúa mediante este esquema.

De la misma manera en MI, donde los pacientes tienen visita de inicio y seguimiento regular.

RESULTADOS Y EFECTOS: El número de pacientes diagnosticados de LMC y tratados con ITK fue de 21.

La media de días de tratamiento de todos ellos fue de 497, siendo la mediana 551.

El tiempo de evolución medio fue de 1,22 años. El fármaco más prescrito fue Imatinib(52,4%).

Los efectos adversos más frecuentes fueron mialgias (42,90%) y gastrointestinales(33,3%).

El IMC medio fue de sobrepeso, ITB alterado en 2 pacientes y el 70% presentó un score con riesgo medio-alto.

En cuanto a adherencia, los resultados de ambos métodos coincidían: pacientes adherentes, 81%. No fue en ningún caso inferior al 70%. La concordancia entre los dos métodos fue del 100%.

El conocer las peculiaridades de este tipo de pacientes y su abordaje multidisciplinar, nos permite un manejo adaptado a las propias características de la patología y su tratamiento, además de la prevención de las posibles complicaciones derivadas de los mismos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

62. QUIMIOEMBOLIZACIÓN CON DOXORUBICINA EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO

AUTORES: GARCÍA LAGUNAR MH, MARTÍNEZ PENELLA M, VINEY - AC, GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, FERRIS VILLANUEVA E, GARCÍA MÁRQUEZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. Mezquita - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Efectividad y seguridad del tratamiento de quimioembolización con microesferas cargadas con doxorubicina en pacientes con hepatocarcinoma en estadio avanzado en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con microesferas DC Bead® cargadas con doxorubicina mediante quimioembolización en los años 2014 y 2015.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, número de ciclos de quimioembolización, etiología del hepatocarcinoma, efectos adversos, valoración de la respuesta tumoral del nódulo diana al tratamiento según los criterios mRECIST («modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumours») que se clasifica en respuesta completa, respuesta parcial, enfermedad estable y enfermedad progresiva; y supervivencia global al 1 y 2 años de iniciar el tratamiento de quimioembolización. Los datos se obtuvieron del programa de elaboración de mezclas intravenosas y la historia clínica informatizada (Selene®).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 31 pacientes (con una edad media de $69,2 \pm 10,4$ años siendo el 77,4% varones) con hepatocarcinoma avanzado recibieron quimioembolización con microesferas cargadas con doxorubicina.

Los factores de riesgo para el desarrollo del hepatocarcinoma fueron: Infección VHC (n=10), cirrosis alcohólica (n=7), infección VHC y enolismo (n=6), infección VHB (n=2), metástasis de otro tumor (n=2) y cirrosis criptogénica (n=4).

Se realizaron un total de 77 procedimientos de quimioembolización en los 31 pacientes del estudio, que recibieron una mediana de 2 (rango intercuartílico: 1,5-3) ciclos/persona. Todos ellos toleraron bien el procedimiento y los efectos adversos más frecuentes fueron síntomas del síndrome postquimioembolización (náuseas, dolor abdominal y fiebre).

Del total de pacientes, 8 (25,8%) presentaron respuesta completa, 5 (16,1%) respuesta parcial, 5 (16,1%) enfermedad estable y 13 (41,9%) enfermedad progresiva. Después del tratamiento de quimioembolización y progresión de la enfermedad, 9 (29,0%) pacientes iniciaron tratamiento con sorafenib (7 de los que presentaban enfermedad progresiva y 2 con respuesta parcial).

En 26 pacientes (83,9%) se evaluó la supervivencia global al año de iniciar el tratamiento que fue del 73,1% y en 19 pacientes (61,3%) se evaluó al segundo año con un resultado del 31,6%.

En el momento de finalización del estudio, 14 (45,2%) pacientes habían fallecido (9 de los que habían presentado enfermedad progresiva, 3 con respuesta parcial, 1 con respuesta completa y 1 con enfermedad estable), de estos 14 pacientes, 6 (42,9%) habían iniciado tratamiento con sorafenib.

CONCLUSIONES: La quimioembolización hepática con microesferas cargadas con doxorubicina tiene una finalidad paliativa en estos pacientes, y aunque no ha mostrado una gran tasa de respuesta objetiva, definida como la combinación de respuesta completa y respuesta parcial, sí ha presentado una elevada supervivencia global al año de iniciar el tratamiento, que ha disminuido en el segundo año. Si bien, es cierto que se debería ampliar el tiempo del estudio para poder evaluar la supervivencia de todos los pacientes a los 1, 2, 3 y 5 años de iniciar el tratamiento.

En cuanto a la seguridad del procedimiento, éste ha sido seguro sin presentar complicaciones importantes en ningún paciente y los efectos adversos se han relacionado en todos los casos con el síndrome postquimioembolización.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

366. RAMUCIRUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

AUTORES: PABLOS BRAVO S, GARCÍA MUÑOZ C, LÁZARO CEBAS A, FERNÁNDEZ REDONDO D, ORTIZ PÉREZ S, FERRARI PIQUERO JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA CÓRDOBA S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: En 2015 se comercializó en España ramucirumab para el cáncer gástrico avanzado o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica con progresión de la enfermedad tras quimioterapia previa con platino y fluoropirimidina. Actualmente este fármaco es el único que tiene aprobada esta indicación.

El objetivo de este trabajo es analizar la efectividad y seguridad de ramucirumab en pacientes con cáncer gástrico avanzado tratados en nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron todos los pacientes tratados con ramucirumab desde enero 2015 hasta febrero 2016, incluyendo los tratados como uso compasivo previos a la comercialización del fármaco.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), quimioterapia adyuvante; número de ciclos; necesidad de reducción de dosis; uso de paclitaxel en combinación; tiempo hasta progresión; y causas de la progresión. Se recogieron también todas las reacciones adversas (RA). Estas variables se obtuvieron del programa de prescripción integrado con historia clínica electrónica HP-HCIS® y del programa de prescripción de quimioterapia Oncofarm®. Los resultados fueron evaluados con el programa estadístico Stata® 14.

RESULTADOS: En el periodo estudiado fueron tratados con ramucirumab siete pacientes (5 varones), con una edad media de 68,4 años (45-80) en el momento de iniciar este tratamiento. Todos los pacientes tenían adenocarcinoma gástrico estadio 4 de diversos tipos: peritoneal, intestinal, pulmonar-hepático, peritoneal-hepático o indeterminado según la clasificación de Lauren. Presentaban una ECOG al inicio del tratamiento de 0-1 y habían progresado a una primera línea con platino + fluoropirimidina.

Se siguió un protocolo de administración de ramucirumab intravenoso, de 8 mg/kg los días 1 y 15 de un ciclo de 28 días, asociado o no a paclitaxel. Este de dosis a 80 mg/m² administrado los días 1, 8 y 15 de un ciclo de 28 días. En todos los casos se inició ramucirumab combinado con paclitaxel.

Los pacientes recibieron una mediana de 6 ciclos (2-14) de ramucirumab. La mediana de seguimiento fue de 8,6 meses. Se obtuvo una mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) de 5,4 meses (IC 95% 1,4-10,5). La tasa de SLP a los 6 meses fue de 28,6% (IC 95% 4,1-61,1). Estos datos difieren de los obtenidos en el ensayo clínico Rainbow: 4,4 meses (IC 95% 4,2-5,3) y 36% (IC 95% 31-41), respectivamente.

En cinco pacientes se tuvo que suspender el paclitaxel debido a reacciones adversas habituales de este fármaco (neuropatía grado 2-3 en 4 pacientes y astenia grado 2-3 en 2 pacientes), continuando en tratamiento con ramucirumab. No se observaron RA graves debidas a ramucirumab, ni se precisó reducir su dosis. Se suspendió sólo en caso de progresión de la enfermedad. Como causas de progresión, en dos pacientes se detectaron metástasis pulmonares y en un caso progresión peritoneal. Un paciente falleció estando en tratamiento con ramucirumab.

CONCLUSIONES: Según nuestra experiencia, ramucirumab ha demostrado ser un fármaco seguro, con reacciones adversas poco relevantes. Su uso asociado a paclitaxel y en monoterapia, ha permitido mantener a varios pacientes con enfermedad estable durante más de seis meses.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

457. REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. ¿SON LOS RESULTADOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL SIMILARES A LOS DEL ENSAYO CORRECT?

AUTORES: MARTINEZ BAUTISTA MJ, MARTINEZ DIAZ C, GAVIRA MORENO R, BLANCO SANCHEZ G, RIOS SANCHEZ E, JIMENEZ PICHARDO L.

HOSPITAL PUERTA DEL MAR. Ana de Viya 21. Cádiz. España

OBJETIVOS: Describir la experiencia clínica con regorafenib en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) politratados y compararla con los datos de eficacia y seguridad obtenidos en el ensayo CORRECT.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo donde se incluyeron los pacientes diagnosticados de CCRm que fueron tratados con regorafenib 160 mg/24 h durante 3 semanas seguido de una semana de descanso, desde septiembre de 2013 hasta marzo de 2016. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, ECOG, líneas anteriores de tratamiento, número de ciclos recibidos y toxicidad según CTCAE v.4.0. Los datos clínicos y de tratamiento se obtuvieron de los programas Oncowin®, Oncofarm® y Diraya® Atención Especializada. Como variables de efectividad se midieron la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). Comparamos los resultados obtenidos en nuestro estudio en cuanto a perfil de población, efectividad y toxicidad con los datos publicados en el CORRECT, ensayo pivotal en base al cual regorafenib está financiado para pacientes con CCRm previamente tratados con las terapias disponibles.

RESULTADOS: Un total de 13 pacientes (10 hombres) con CCRm fueron tratados con regorafenib en 3 hospitales. La mediana de edad fue de 64 años, similar a la del ensayo (61 años), mientras que el estado de los pacientes era peor (2 ECOG=0, 8 ECOG=1, 3 ECOG=2), ya que en el estudio CORRECT sólo se incluyeron pacientes con ECOG=0-1. Todos habían recibido ≥ 3 líneas previas con bevacizumab, oxaliplatino, irinotecan y fluoropirimidinas, 2 de ellos

además mitomicina y 10 cetuximab por ser RAS wild type. Nuestra población tenía más pacientes wild type, que es el subgrupo donde se alcanzaron los efectos más relevantes en el ensayo clínico. La mediana de ciclos recibidos en nuestro estudio fue de 4 (1-12). En el momento del análisis 11/13 pacientes habían fallecido, con una mediana de SG de 4,1 meses (1,7-9,4) y el 100% de los pacientes había progresado, con una mediana de SLP de 3,1 meses (0,6-11,6), aunque la evaluación de la progresión no estaba estandarizada en los 3 hospitales. Regorafenib mostró en el estudio CORRECT, un aumento de SG de 1,4 meses frente a placebo (6,4 frente a 5 meses, HR: 0,77; 95% IC 0,64-0,94) y un aumento de SLP de 0,2 meses (1,9 frente a 1,7 meses, HR:0,49; 95% IC 0,42-0,58). El 69% de nuestros pacientes (n=9), experimentó algún evento adverso grado 3-4: 3 pacientes astenia, 2 toxicidad hepática, 2 hipertensión, 1 trombosis venosa profunda (TVP) y 1 síndrome mano-pie. En 3 de ellos hubo que suspender el tratamiento por toxicidad: 2 toxicidad hepática y 1 TVP. El 54% de los pacientes del ensayo, experimentaron algún evento adverso grado 3-4 y no se observó mejora en la calidad de vida.

CONCLUSIONES: 1- A pesar del número reducido de pacientes, del peor ECOG y del carácter retrospectivo del estudio nuestra experiencia clínica mostró peores resultados en términos de SG así como más toxicidad que en el ensayo pivotal. 2- Serían necesarios mejores resultados de eficacia y seguridad para incorporar regorafenib a la práctica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

676. RESPUESTA A ENZALUTAMIDA POST ABIRATERONA

AUTORES: PÉREZ ROBRES Y, GODOY DIEZ M, ABAJO DEL ÁLAMO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. C/ Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Conocer la respuesta a enzalutamida en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración que han progresado a abiraterona.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de dos años de duración (marzo 2014-marzo 2016) en un hospital de tercer nivel, en pacientes con cáncer de próstata metastático resistente a castración que han progresado a abiraterona a los que se prescribe enzalutamida.

Se evaluó la respuesta a enzalutamida a las 12 semanas según los criterios del Prostate Specific Antigen Working Group 2 (PCWG2): disminución de PSA, respuesta clínica -disminución del dolor y/o del consumo de analgésicos- y respuesta radiológica según TAC y/o gammagrafía ósea. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica SiClínica®, de la aplicación de laboratorio Modulab® y del módulo de gestión de pacientes externos Farmatools®.

RESULTADOS: De marzo 2014 a marzo 2016 iniciaron tratamiento con enzalutamida en cáncer de próstata metastático resistente a castración 13 pacientes, con una mediana de edad de 74 años [53-84]. 12 de 13 pacientes recibieron docetaxel, 11/12 previo a abiraterona y 1/12 post abiraterona. La duración media del tratamiento con abiraterona fue de 41,1 semanas [12,9-98,6]. Previo a enzalutamida, el PSA medio fue de 403 ng/mL [32-973] y el Índice Karnofsky medio □ disponible en 4/14 pacientes- de 71% [55%-90%].

A 31 de marzo de 2016 fueron evaluables 12/13 pacientes (uno no evaluable por tiempo de tratamiento inferior a 12 semanas).

Según los criterios PCWG2, 8/12 pacientes tratados con enzalutamida no respondieron al tratamiento, 6 presentaron progresión de la enfermedad y 2 fueron éxitos (ambos con tratamiento inferior a 12 semanas). Todos los pacientes que progresaron registraron aumento de PSA -incremento medio del 59% (IC 95% 55%-83%)- y aumento del dolor y/o consumo de analgésicos. En 2/6 se observó progresión radiológica según TAC y en 1/6 según gammagrafía ósea. La duración media del tratamiento en los pacientes que progresaron fue de 9,8 semanas [4,4-23,7].

4 de 12 pacientes tratados con enzalutamida respondieron al tratamiento. 2/4 pacientes con una disminución del PSA del 30-50% y 2/4 con una disminución mayor del 50%. Todos presentaron mejoría del dolor y/o disminución del consumo de analgésicos y 2/4 alcanzaron respuesta parcial en gammagrafía ósea y/o TAC. La duración media del tratamiento en los pacientes con respuesta fue de 48,4 semanas [29,1-71,0+].

La tolerancia al tratamiento fue buena. Sólo en un paciente se redujo la dosis al 75% por astenia, náuseas y vómitos.

Conclusiones

Con las limitaciones del reducido tamaño de muestra y de un análisis retrospectivo, se ha observado que el uso de enzalutamida produce una respuesta moderada en pacientes con cáncer de próstata metastático resistente a castración tras progresión a docetaxel y a abiraterona. Dos terceras partes de los pacientes no responden al tratamiento con enzalutamida tras progresión a abiraterona. Los pacientes que responden al tratamiento, presentan una duración de la respuesta larga. Sería adecuado investigar cuáles son los factores predictivos de respuesta, para identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de este tratamiento.

1188. RESULTADOS EN SALUD OBTENIDOS EN EL ABORDAJE FARMACOTERAPÉUTICO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO BASADOS EN NAB-PACLITAXEL.

AUTORES: POYATOS RUIZ LL, ABDEL-KADER MARTIN L, FLORES MORENO S, CASTAÑEDA MACÍAS I, VEGA COCA MD, MARTINEZ TURRION J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. Sevilla. España

OBJETIVO: Evaluar los resultados en salud (eficacia y seguridad), de enfermos diagnosticados de cáncer de páncreas metastásico, que resultan del tratamiento con regímenes basados en Nab-paclitaxel, en la práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico llevado a cabo en hospitales de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas metastásico en tratamiento con Nab-paclitaxel, desde marzo de 2012.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso (kg), talla (cm), superficie corporal (m²), localización del tumor, localización de la metástasis y número de las mismas, ECOG al inicio del tratamiento y tras el TAC de control, niveles del antígeno carbohidratado 19.9 (CA19.9 en UI/ml), niveles de GOT (UI/L), GPT (UI/L), bilirrubina (mg/dL) y hemoglobina (g/L), recuento de neutrófilos (unidades/L) y efectos adversos con grado ≥ 3 .

Las variables principales del estudio fueron la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). SG y SLP fueron analizadas por el método de Kaplan-Meier con el programa SPSS. La identificación de los pacientes y la recogida de datos se realizó mediante los registros de dispensación del programa FARMIS y las historias clínicas.

RESULTADOS: se incluyeron un total de 38 pacientes (50% hombres), con una mediana de edad de 65 años [rango intercuartílico: 52,5-70], desde marzo de 2012 a marzo de 2016. El 55.6% de los pacientes tenían una edad ≥ 65 años. El ECOG al inicio fue de 1 en el 71,4% de los pacientes y 0 en el 20%. El tumor se diagnosticó con una mayor frecuencia en la cabeza del páncreas (23,8%), seguido de cuerpo del páncreas (21,8%) y las metástasis más frecuentemente ocurrieron en hígado (87,1%). La mediana de los niveles de CA19.9, hemoglobina, GOT, GPT, bilirrubina sérica y recuento de neutrófilos fueron 195 UI/mL (60,6-3.601,8), 118 g/L (111-130), 27 UI/L (17,5-45,3), 26 UI/L (17-53), 0,5 mg/dL (0,3-0,6) y 5 109/L (3,7-6,1) respectivamente.

Los efectos adversos grado ≥ 3 fueron diarrea en un 5,3%, alopecia en 15,8% y varios en el 7,9%.

La mediana de la SLP y SG fueron de 6,3 meses (CI95%:4,9-7,6) y 13,3 meses (CI 95%: 4.8-21.9) respectivamente.

CONCLUSIONES: los resultados en salud obtenidos en la práctica habitual, basados en la eficacia y seguridad de pacientes con cáncer de páncreas metastásico en tratamiento con regímenes basados en nab-paclitaxel, validan los datos descritos en los ECAs publicados la literatura.

214. SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA.

AUTORES: ALONSO FITO L, Coloma Peral R, Vidal Iglesias M, Hernández López A, García López L, Marín Ventura L. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SEGOVIA. C/ Dr Luis Erik Clavería, neurólogo S/N. Segovia. España

OBJETIVOS: seguimiento y evaluación de la frecuencia e intensidad de efectos adversos (EA) deNivolumab.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio observacional descriptivo en el que se analizaron los EA de los pacientes en tratamiento conNivolumab entre septiembre de 2015 y marzo de 2016, mediante revisión de historias clínicas. Se recogen los siguientes datos: número de pacientes, diagnóstico, número de pacientes que sufrieron EA, tipos de EA y sus grados(G) según ficha técnica, número de ciclos retrasados, tiempo medio de retraso y si fue necesario tratamiento para su resolución. Se registraron y analizaron en una base de datos de Excel®

RESULTADOS: El número de pacientes fue de 13. Diagnósticos: cáncer de pulmón no escamoso (4 pacientes), melanoma (1 paciente), cáncer de pulmón escamoso (8 pacientes). Todos los pacientes sufrieron al menos una EA. Del total de 19 EA, todas se detectaron en consulta rutinaria salvo en un caso que acudió por reacción urticariforme 4 días tras la administración (G3). En cuanto a la gravedad de las EA el 38% G1, el 50% G2 y 11% G3. Sólo el 5,5% requirió ingreso, sin embargo el 38% de los EA provocaron un retraso en el tratamiento de dos semanas de media. En cuanto al análisis por tipo de EA, los más comunes fueron las relacionadas con endocrinopatías, que supusieron el 29,4% del total; aparecieron en el 55% de los pacientes tras una media de 1,8 administraciones (83% de G1, 17%G2) todas ellas se resolvieron sin tratamiento específico y no supusieron ningún retraso. Neumonitis (23,5%), que afectó al 36% de los pacientes tras una media de 3,5 administraciones (75%G2, 25%G3). La reacción G3 requirió ingreso que respondió al tratamiento con corticoides y antibióticos, permitiendo la reintroducción del tratamiento. Estas supusieron el 57% de los retrasos en las administraciones. Erupciones cutáneas y prurito, supusieron el 17,6% de los EA y afectaron al 36% de los pacientes, tras una media de 2,6 administraciones (75%G2, 25%G3). Todos los EA G2 se resolvieron con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, con un tiempo de resolución su-

perior a las 4 semanas en todos los casos. La reacción de G3 requirió corticoides i.v., orales y tópicos, además de antihistamínicos orales. Responsables del 22% de los retrasos. Alteraciones de las enzimas hepáticas supusieron el 17.6% de los EA(27% de los pacientes) tras una media de 1,6 administraciones (33%G2, 67%G1)todas se resolvieron sin tratamiento y fueron responsables del 14% de los retrasos. Las alteraciones renales supusieron el 5,8% de los EA, en un único paciente que presentaba alteración renal previa, por lo que no se consideró significativo. Otros EA como cefaleas supusieron el 5,8%

CONCLUSIONES: Según nuestro trabajo, en la práctica clínica, Nivolumab ha presentado un perfil de seguridad y tolerancia concordantes con lo descrito en ficha técnica, siendo bien tolerado por nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

88. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DE USO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

AUTORES: VILLAVERDE PIÑEIRO L, IGLESIAS SANTAMARIA A, LOPEZ GARCIA VM.

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI. C/ San Cibrao, s/n. Lugo. España

OBJETIVO: Nivolumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo Ig G4 dirigido frente al receptor de muerte programada (PD-1), receptor inhibidor de la respuesta inmune, localizado en la superficie de los linfocitos T activados. El bloqueo de este receptor por parte del medicamento impide la unión de sus ligandos desencadenando una respuesta inmunitaria antitumoral. El tratamiento se asocia de manera frecuente con la aparición de reacciones adversas inmunorrelacionadas: neumonitis, diarrea, colitis, hepatitis, nefritis, hipo e hipertiroidismo, entre otras.El objetivo de este trabajo es evaluar la seguridad de nivolumab en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con nivolumab en nuestro centro desde septiembre de 2015 hasta marzo de 2016.Los datos se obtuvieron de la revisión de las Historias clínicas electrónicas (Ianus ®) y el aplicativo Farmis-Oncofarm®. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, histología tumoral, Performance Status (PS), líneas de tratamiento previas, duración del tratamiento, motivos de suspensión y efectos adversos relacionados con el mismo. Las reacciones adversas se clasificaron según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 4.03.

RESULTADOS: Se trataron 9 pacientes durante el período, 7 hombres (77.7%) y 2 mujeres (22.3%). Edad media 59,8 años(50-75).Todos presentaban estadio IV de la enfermedad. Histología: 8 pacientes (88.8%) no escamosa y 1 (11.2%) escamosa. PS inicial: 0 (22.2 %) y 1 (77.8%). Nivolumab se administró como 2ª línea en 2 pacientes (22.25%) ,3ª línea en 5 (55.5%) y 4ª línea en 2 (22.25%). La media de ciclos administrados fue de 5 (1-13) y la duración media del tratamiento fue de 70 días (14-182). Durante el estudio fallecieron 2 pacientes (22.2%), se suspendió el tratamiento en 1 paciente (11.1%) por progresión y en otro (11.1%) por empeoramiento del PS. Los 5 restantes (55.6%) continúan el tratamiento en la actualidad.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron astenia grado 2 (33,3 %), fiebre durante los días posteriores a la administración (33.3 %), tos seca (22.2 %) y disminución del apetito (11.1 %). Respecto a los efectos adversos inmunorrelacionados se produjo diarrea grado 2 en 1 paciente y nefritis grado 2 en otro que precisó, en ambos casos, suspensión temporal de nivolumab y tratamiento con corticoides (prednisona de 0,5 mg/kg/día) hasta recuperación de la diarrea a grado 1, momento en el que se reintrodujo el tratamiento. En el caso de la nefritis, el paciente tuvo mejoría en la función renal y continúa con dosis descendentes de corticoides en la actualidad.

CONCLUSIONES: En general, nivolumab fue bien tolerado por nuestros pacientes. El perfil de efectos adversos fue similar al descrito en los ensayos clínicos para ambas histologías de CPNM (CheckMate 017 y CheckMate 057) así como en la ficha técnica del medicamento. Como efectos adversos inmunorrelacionados observamos diarrea grado 2 y nefritis grado 2. Si bien, dada su reciente comercialización y limitada experiencia en el manejo de sus efectos adversos en la práctica clínica, se requiere un período de seguimiento mayor para evaluar su seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1103. SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE METOTREXATO A ALTAS DOSIS EN PERFUSIÓN 24 HORAS EN ADULTOS

AUTORES: Favieres Puigcerver C, Company Albir MJ, Pérez Huertas P, Marqués Miñana MR, Borrell García MC, Poveda Andrés JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. Bulevar Sur, s/n. Valencia. España

OBJETIVO: Análisis retrospectivo de la seguridad en la administración de metotrexato (MTX) a altas dosis en perfusión 24h en pacientes adultos siguiendo los protocolos establecidos.

MATERIAL Y MÉTODO: Ámbito: Hospital terciario con 1.000 camas. Diseño: Estudio observacional retrospectivo. Periodo: Enero-Diciembre 2015. Población: pacientes adultos en tratamiento con esquemas quimioterápicos que incluyeran MTX a altas dosis en perfusión 24h. Variables: demográficas, servicio, diagnóstico, protocolo, dosis, niveles farmacocinéticos, creatinina plasmática (Cr), hidratación, pH urinario, rescate con folinatos, medicación concomitante y reacciones adversas (RA).

RESULTADOS: 24 pacientes (67 administraciones) con 3 administraciones/paciente de media (rango:1-6). Diagnóstico principal: leucemia linfoblástica aguda (53,7%). Edad media: 40,8 años (IC95%:37-44,7). 80,6% hombres, peso y talla medios de 70,6kg (IC95%:66,6-74,5) y 171cm (IC95%:169-173), respectivamente.

Profilaxis de eliminación adecuada según protocolo del centro: 76% presentaron pH urinario>7 antes y durante la administración (del resto no se encontró registro), todos recibieron hidratación previa adecuada.

Control de la eliminación de MTX:

Pauta 500mg/m²: 8 administraciones. La mediana de niveles de MTX a las 36h post-inicio de infusión fue 0,38μM/L (rango:0,23-0,94). Todos los pacientes tuvieron niveles plasmáticos

Pauta 1.000mg/m²: 14 administraciones. La mediana de niveles a las 36h post-inicio de infusión fue 0,8μM/L(rango:0,09-1,23). Todos los pacientes tuvieron niveles plasmáticos

Pauta 1.500mg/m²: 27 administraciones. La mediana de niveles a las 36h y 48h fue 0,82μM/L(rango:0,11-3,2) y 0,2μM/L(rango:0,08-0,71), respectivamente. A las 60 h post-inicio todos los pacientes habían alcanzado niveles

Pauta 3.000mg/m²: 9 administraciones. La mediana de niveles a las 36h y 60h fue 1,9μM/L(rango:0,44-5,5) y 0,21μM/L(rango:0,04-0,47). A las 84h post-inicio todos los pacientes habían alcanzado niveles

Pauta 5.000mg/m²: 9 administraciones. La mediana de niveles de MTX a las 36h y 60h fue 3,5μM/L(rango:0,79-19,39) y 0,2μM/L(rango:0,06-2,24). A las 84h post-inicio todos los pacientes habían alcanzado niveles

Profilaxis de toxicidad: el rescate con folinatos se realizó siguiendo el protocolo del centro en todos los casos. Sólo un caso requirió superrescate.

Control de toxicidad: Cr basal media 0,72 mg/dL (IC95%:0,68-0,76). Sólo en dos pacientes se elevó por encima del límite superior de normalidad a las 24h y 48h, respectivamente, con Cr basal normal. RA identificadas en el ciclo de tratamiento: mucositis (33%), toxicidad hepática (70%; 4,5% Grado 3), irritación ocular (3%) y rash (1,5%).

Tratamientos concomitantes que pudieran interaccionar con el MTX: inhibidores de la bomba de protones (85%), trimetoprim/sulfametoxazol (18%), antibióticos beta-lactámicos (10%) y antiinflamatorios no esteroideos (6%).

CONCLUSIÓN: La utilización de protocolos que contemplan la hidratación, alcalización urinaria y rescates con folinatos contribuye a evitar las intoxicaciones por MTX en pacientes que lo reciben a altas dosis. El seguimiento de la eliminación de MTX y de parámetros bioquímicos permite adoptar medidas precoces en caso de retrasos o alteraciones en los mismos, respectivamente, así como ajuste de dosis en ciclos posteriores.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

899. TOXICIDAD DE NIVOLUMAB EN PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES: CALVO SALVADOR M, SANABRIAS FERNÁNDEZ DE SEVILLA R, MANSO MANRIQUE M, GONZÁLEZ MARTÍN C, JUÁREZ BARRIOS I, SÁNCHEZ GUERRERO A.

HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. Manuel de Falla, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Nivolumab es un anticuerpo monoclonal humano de tipo IgG4 que se une al receptor PD-1 de los linfocitos T, potenciando la respuesta inmunitaria frente a las células tumorales. Ha sido aprobado recientemente para las indicaciones de Melanoma y Cáncer de pulmón No microcitico (CPNM). El objetivo fue revisar la toxicidad inducida por Nivolumab tras su administración en pacientes oncológicos en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional en un hospital de tercer nivel en el periodo Abril 2015-2016. Se realizó una revisión bibliográfica de Ficha Técnica e Informes de Posicionamiento Terapéutico de Nivolumab en Melanoma y CPNM de histología escamosa para conocer la toxicidad potencial del medicamento. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes en tratamiento con Nivolumab.

Las variables estudiadas fueron: edad, diagnóstico, número de ciclos de tratamiento, reacciones adversas y notas de evolución del paciente.

RESULTADOS: Se analizaron 17 pacientes de ambos sexos y una edad comprendida entre 21-70 años, de los cuales el 47% (8) tenían un diagnóstico de linfoma de Hodgkin (LH) refractario, el 41% (7) CPNM, el 6% (1) presentaba Carcinoma Renal (CR) avanzado y el otro 6% (1) Melanoma. Todos los pacientes habían recibido tratamiento quimioterápico previo a Nivolumab, exceptuando uno de los casos de CPNM. En las indicaciones de LH refractario y CR avanzado, la adquisición del Nivolumab fue como uso compasivo.

Dos de los pacientes con CPNM recibieron combinación de Ipilimumab/Nivolumab. Uno de ellos falleció habiendo recibido sólo un ciclo y otro continua en tratamiento (5 ciclos), habiendo desarrollado sólo hepatotoxicidad.

Dentro de las reacciones adversas analizadas en pacientes que recibieron Nivolumab en monoterapia encontramos:

- Astenia: 5 pacientes de distinto diagnóstico.
- Diarrea: 3 pacientes (LH)
- Neumonitis intersticial: 1 paciente (LH)
- Dermatológicas: rash cutáneo o eritema en 2 pacientes (CPNM y CR)
- Hepáticas: elevación de transaminasas (GPT, GOT, GGT) en 4 pacientes (LH y CPNM)
- Alteración de parámetros hematológicos: trombocitopenia en 1 caso (LH), neutropenia y anemia microcítica en otro caso (Melanoma)
- Endocrinopatías: hipotiroidismo en 1 paciente (CPNM)

Aparentemente, no se ha visto relación entre la frecuencia de reacciones adversas y la edad del paciente. La mayoría de acontecimientos adversos se trataron con corticoides intravenosos, remitiendo éstos satisfactoriamente.

Fue necesario interrumpir temporalmente el tratamiento en dos de los pacientes: uno por hepatotoxicidad y otro trombocitopenia. Ambas reacciones aparecieron en ciclos avanzados del tratamiento.

No desarrollaron toxicidad 4 pacientes, pudiendo deberse al reducido número de ciclos recibidos.

Respecto a la evolución, 9 pacientes siguen en tratamiento con Nivolumab habiendo recibido una media de 11.7 ciclos (2-20), en 3 (2 LH y 1 CPNM) fue suspendido por progresión de la enfermedad y en 2 (LH) por realización de trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos. Fallecieron 3 pacientes debido a la mala evolución.

CONCLUSIONES: Las reacciones adversas observadas en el grupo de pacientes estaban descritas en ficha técnica, y en ningún caso motivaron la suspensión definitiva del Nivolumab. Las más frecuentes fueron astenia, diarrea y elevación de transaminasas. La toxicidad fue más acusada en pacientes que recibieron mayor número de ciclos.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

779. TOXICIDAD OCULAR POR IPILIMUMAB EN PACIENTES CON MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO

AUTORES: Calleja Chucla T, Mateos Salvador M, Fernández Gabriel E, Busto Fernández F, Martín Herranz I. Hospital de la Coruña. As Xubias de Arriba nº 84. A Coruña. España

OBJETIVO: Ipilimumab es un medicamento de reciente comercialización utilizado en el tratamiento del melanoma maligno metastásico (MMM). En el ensayo pivotal de ipilimumab, los resultados de seguridad no reflejan toxicidad ocular. La ficha técnica sí describe la aparición de trastornos oculares relacionados con el sistema inmunitario, con recomendación de suspensión del tratamiento si la toxicidad ocular es mayor o igual a G2. Nuestro objetivo es describir la toxicidad ocular desarrollada durante el tratamiento con ipilimumab en pacientes diagnosticados de MMM. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 100% de los pacientes que hubieran finalizado el tratamiento con ipilimumab en el periodo de estudio (2013-2016). Los datos fueron obtenidos a partir de la historia clínica informatizada y de la prescripción electrónica realizada en el programa Oncofarm. La variable principal estudiada fue el desarrollo de toxicidad ocular durante los cuatro ciclos de inducción con ipilimumab (descrita según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 4.0). Otras variables estudiadas fueron: edad, sexo, ECOG, número de ciclos de inducción administrados, línea de tratamiento previas, reducción de dosis, valores de LDH.

RESULTADOS: Se incluyeron 12 pacientes (8 mujeres) diagnosticados de MMM que fueron tratados con ipilimumab en segunda línea (protocolo 3mg/kg c/21 días, 4 ciclos). La media de edad fue de 60.9 años (DE;10.03). 9 pacientes presentaron ECOG 1 al inicio del tratamiento y 3 pacientes ECOG 0. 9 pacientes completaron los 4 ciclos de inducción, 2 pacientes solo 3 ciclos y 1 paciente solo 1 ciclo. 10 pacientes recibieron fotemustina en primera línea, 1 recibió paclitaxel, 1 paciente provenía de un ensayo clínico con inhibidores de MEK. En cuanto a la variable principal estudiada, 3 pacientes (25%) presentaron toxicidad ocular grado 1. Un paciente presentó en el ciclo 3 eritema conjuntival, requiriendo seguimiento por el Servicio de Oftalmología. El segundo paciente presentó toxicidad ocular durante el segundo ciclo con episodios de visión borrosa de segundos de duración e hiperemia conjuntival, requiriendo seguimiento por el Servicio de Oftalmología con tratamiento antibiótico tópico y corticoide. El tercer paciente desarrolló a partir del tercer ciclo sensación de ojo seco. Ninguno de los pacientes requirió suspensión ni reducción de la dosis por toxicidad ocular. Los valores de LDH estaban elevados en 6 pacientes (50%) de los cuales solo 1 tuvo toxicidad ocular. Ninguno de los pacientes manifestó ningún tipo de secuela tras finalización del tratamiento.

CONCLUSIONES: Se presentó toxicidad ocular en el 25% de los pacientes. En el 100% de los casos fue grado 1, no requiriéndose reducción ni suspensión de dosis de ipilimumab, si bien en 2/3 pacientes se precisó monitorización y seguimiento por el Servicio de Oftalmología.

Valores elevados de LDH no se asociaron con el desarrollo de toxicidad ocular.

El desarrollo de nuevas opciones terapéuticas como la introducción de inmuno-onco terapias nos ha de mantener alerta en la aparición, seguimiento y manejo de nuevas toxicidades relacionadas con la respuesta inmunitaria mediada por los linfocitos T.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

55. TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES

AUTORES: DE LA VEGA ZAMORANO I, Carrascosa Piquer O, Aparicio Rubio C, Cornejo Uixeda S, García del Busto Enguer N, Sánchez Alcaraz A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. Ctra. Corbera, km.1. Valencia. España

OBJETIVO: El cáncer de mama en hombres representa menos del 1% del total de casos de esta patología. Existen múltiples opciones de tratamiento como son: quimioterapia, bioterapia y hormonoterapia. Debido a la baja incidencia el objetivo del estudio es conocer el perfil de paciente que recibe tratamiento con quimio/hormonoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes tratados con quimio/hormonoterapia entre enero 2005 y diciembre 2015. Se recogieron las visitas a hospital de día de los pacientes a través del programa Oncofarm® y se utilizó el gestor de historias clínicas SIAS ® para conocer la evolución del paciente. Las variables recogidas fueron: edad, tipo de cáncer, estadio, características tumorales, tratamiento recibido y reacciones adversas (RA).

RESULTADOS: En el periodo de estudio se trataron 1193 pacientes de los cuales 9 (0,75%) fueron hombres, todos ellos diagnosticados de carcinoma ductal infiltrante. La edad media de los varones al diagnóstico fue de 59 años (51-71). 4 pacientes (44,5%) presentaban estadio II A, 2 (22,2%) II B, 2 (22,2%) III B y 1 (11,1%) III C. Respecto a las características del tumor: todos presentaron receptores hormonales positivos, el 77,7% her2 negativo, 44,5% con $KI67 \leq 15\%$, 22,2% $KI67 = 15-30\%$, 22,2% $KI67 = 30-60\%$ y 11,1% $KI67 > 60\%$.

7 pacientes (77,7%) fueron tratados en régimen de adyuvancia. Los esquemas fueron: 4 pacientes (44,5%) recibieron 4 ciclos de 5-fluorouracilo/epirubicina/ciclofosfamida (FEC) más 4 ciclos de taxanos (docetaxel o paclitaxel) más radioterapia. 2 pacientes (22,2%) recibieron 4 □ 6 ciclos de epirubicina/ciclofosfamida (AC) más radioterapia, 1 paciente (11,1%) se trató con 6 ciclos de FEC, 1 paciente (11,1%) con 6 ciclos de AC y 1 paciente (11,1%) con 6 ciclos de FEC más 4 de docetaxel. Las RA de estos esquemas fueron: neutropenia (44,4% de los pacientes), alopecia (33,3%), mialgias (11,1%), disminución de la fracción de eyección (11,1%), diarrea (11,1%) y astenia (11,1%).

Todos los pacientes iniciaron tratamiento hormonal con tamoxifeno; 2 (22,2%) cambiaron a exemestano y fulvestrant ante la aparición de metástasis y 1 (11,1%) abandonó unilateralmente el tratamiento. Las RA recogidos fueron: sofocos (22,2%), aumento de enzimas hepáticas (11,1%), náuseas (11,1%) y aumento de triglicéridos (11,1%).

Durante este periodo, 7 pacientes continúan libres de enfermedad (LE): 4 durante 45,61,80 y 113 meses (este último ha sido diagnosticado de cáncer de próstata) y se perdió el seguimiento de 3 estando LE durante 18, 65 y 83 meses. 2 pacientes fueron exitus debido a progresión de la enfermedad: 1 tras 42 meses LE e inicio de tratamiento de segunda línea con docetaxel y 1 tras 43 meses e inicio de segunda y tercera línea con doxorubicina liposomal y docetaxel.

CONCLUSIONES: El cáncer de mama en hombres presenta una escasa incidencia y no se aprecian diferencias respecto al tratamiento de esta patología en mujeres en la misma situación clínica (esquemas quimioterápicos basados en antraciclinas y taxanos más hormonoterapia) con una toxicidad manejable y esperada: el tratamiento es efectivo y ofrece largas supervivencias.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

302. USO CONCURRENTES DE TAMOXIFENO Y MEDICAMENTOS INHIBIDORES DEL CITOCROMO CYP2D6 EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA

AUTORES: KOPRIVNIK / S, FUSTER SANJURJO L, RODRÍGUEZ PENÍN I, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ AM.

Hospital Arquitecto Marcide, Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Avda. Residencias, s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: Tamoxifeno es un profármaco que precisa metabolismo por el isoenzima CYP2D6 para transformarse en su principal metabolito activo, endoxifeno. Los medicamentos que inhiben de forma potente el CYP2D6 podrían disminuir la efectividad de tamoxifeno, especialmente cuando se usan durante periodos de tiempo prolongados de forma concomitante. Aunque la repercusión de la intervención ha sido valorada con resultados discordantes, parecer razonable evitar el uso conjunto, como se recoge en guías de práctica clínica. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia de la prescripción de inhibidores moderados-potentes del CYP2D9 en mujeres con cáncer de mama a tratamiento con tamoxifeno. Realizar intervención farmacéutica para promover la adecuación de la prescripción.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Se seleccionó la población de pacientes con recetas activas de tamoxifeno a partir del programa de receta electrónica en febrero de 2016 en un área sanitaria de 180.000 tarjetas

sanitarias. Se revisó la historia clínica electrónica (IANUS®) recogiendo: edad, estadio tumoral, histología y grado, estado menopáusico, estado HER 2, tratamiento oncológico, indicación de tamoxifeno, inhibidor de CYP2D6 (clasificado como potente, moderado, débil), duración del tratamiento concomitante, facultativo prescriptor, intervención farmacéutica y acción desarrollada.

RESULTADOS: Se detectaron 137 pacientes con recetas activas de tamoxifeno. Mediana de edad 49,5 años (28-87). Estadío 0: 23,4%; I: 36,5%; II: 26,3%; III: 8,0%; IV: 1,5% (el tumor principal no pudo evaluarse en 4,4%). Histología ductal: 90,5%, lobulillar: 8,0%, otros: 1,5%; grado histológico: I, 39,0%; II, 43,0%; III, 18,0%. El 65,7% de las pacientes presentaban estado premenopáusico y 19,7% receptor Her 2 +++. Se sometieron a cirugía 136 pacientes: mastectomía 33,8 %, tumorectomía 50,7% y cuadrantectomía 15,5%. Linfadenectomía 29,9%. Recibieron quimioterapia el 65,0% de las pacientes y radioterapia el 79,6%. El 80,3 % de las pacientes recibió tamoxifeno en adyuvancia, 2,9% enfermedad metastásica y 16,8% para profilaxis.

Treinta y siete pacientes recibieron tratamiento antidepresivo concomitante con tamoxifeno. Once pacientes recibieron un inhibidor del CYP2D6 potente (fluoxetina, paroxetina, bupropion, duloxetina, sertralina). Mediana de duración del tratamiento concomitante: 260 días (28-1103). Origen de la prescripción del antidepresivo: medicina de familia (72,7%), Psiquiatría (27,3%).

Se realizaron 10 intervenciones farmacéuticas vía correo electrónico al médico prescriptor (1 paciente ya había dejado el tratamiento) con un grado de aceptación del 90%. En 4 casos se cambió el antidepresivo por otro inhibidor leve-nulo (desvenlafaxina, escitalopram); en 2 se suspendió el tratamiento; 3 intervenciones aceptadas pendientes de seleccionar la alternativa.

CONCLUSIONES: La población de pacientes con cáncer de mama tratadas con tamoxifeno en nuestro medio se caracteriza por presentar preferentemente estadios 0, I y II, grado histológico I y II, HER 2 negativo y recibir tamoxifeno en adyuvancia. Los resultados de nuestro estudio evidencian la existencia de prescripciones que podrían generar interacciones con un efecto negativo sobre la actividad de tamoxifeno, comprometiendo su efectividad.

La intervención farmacéutica ha conseguido disminuir el riesgo potencial inherente a la interacción del momento en un 60% de la población de riesgo, quedando pendiente la selección de alternativas en otro 30% de los casos en los que la propuesta de cambio ha sido aceptada.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

856. UTILIZACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS FUERA DE INDICACIÓN EN ONCOLOGÍA: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES: HERRERO FERNÁNDEZ M, MOLINA VILLAVERDE R, LUQUE INFANTES R, ALVAREZ DE MON SOTO M. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CRTA. ALCALA-MECO S/N. España

OBJETIVOS: Analizar la utilización de antineoplásicos fuera de indicación (FI) en oncología en función del tipo de tumor, fármaco utilizado, intención del tratamiento FI (TFI), evidencia científica de estos usos en base a dos compendios: NCCN y MICROMEDEX®, así como evaluar las características de los pacientes que recibieron TFI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo que comprende un periodo de 10 años de duración (2002-2012). Se seleccionaron todos los pacientes del servicio de Oncología que habían recibido uno o más antineoplásicos FI durante el periodo de estudio. Se excluyeron los usos FI de antineoplásicos en fase de investigación (usos compasivos) y antineoplásicos no autorizados en España. Se revisaron las historias clínicas y los históricos de dispensación del programa de Farmatools® de los pacientes incluidos. El grado de evidencia de los esquemas de quimioterapia FI (EFI) se estableció según las guías NCCN y la base de datos MICROMEDEX®.

Se diseñó una hoja de recogida de datos que incluía: codificación del paciente, edad (

Se realizó un análisis descriptivo y se calculó la frecuencia del uso FI en base a los parámetros establecidos.

RESULTADOS: Se seleccionaron 866 TFI que correspondían a 684 pacientes y 114 EFI. Se obtuvo mayor uso en mujeres (57,3%) con edad media

El 79% de los TFI tuvieron intención paliativa y se emplearon principalmente en 2ª y 3ª línea (28,1% y 22,7% respectivamente). El 79,3% de los TFI se debieron a 8 de los 27 fármacos incluidos: paclitaxel (19,2%), gemcitabina (10,9%), carboplatino (9,6%), vinorelbina (8,8%), capecitabina (8,7%), irinotecán (7,6%), trastuzumab (7,3%) y oxaliplatino (7%). El 70,3% de los TFI se utilizaron en monoterapia.

El grado de evidencia de los 114 EFI analizados fue según la NCCN: 5,3% grado de evidencia 1; 56,1% grado 2A; 14% grado 2B; 1,8% grado 3 y el 22,8% no figuraban en el compendio. Según Micromedex el grado de evidencia de los 114 EFI fue: 0,9% grado de evidencia 1; 7% grado 2A; 55,3% grado 2B; 2,6% grado 3 y el 34,2% no figuraban en este compendio.

CONCLUSIONES: Según los resultados obtenidos, a día de hoy, las líneas de quimioterapia disponibles no son suficientes para tratar los diferentes estadios del cáncer debido al aumento de la calidad y esperanza de vida de los

pacientes lo que da lugar a un amplio uso de EFI en oncología. El uso FI también puede llegar a ser la única opción de tratamiento, principalmente en el caso de tumores raros. La mayoría de estos EFI se basan en la evidencia científica disponible y están respaldados por guías consenso y bases de datos internacionales como NCCN y MICROMEDEX®.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

1023. UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB SUBCUTÁNEO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: PARDO PASTOR J, REDONDO CAPAFONS S, GALLARDO BORGE S, MARCH LÓPEZ P, ARCENILLAS QUEVEDO P, NICOLÁS PICÓ J.

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. Doctor Robert 5. Barcelona. España

OBJETIVO: - Analizar la prescripción de rituximab subcutáneo.

- Comparar el patrón de prescripción de rituximab subcutáneo y endovenoso en la práctica clínica teniendo en cuenta la indicación y los efectos adversos observados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado entre Diciembre 2015 y Marzo 2016 en un hospital universitario de 450 camas.

Se incluyeron todos los pacientes tratados con rituximab (inicio y mantenimiento), endovenoso y/o subcutáneo durante este periodo.

Se consultó la base de datos de dispensación a pacientes ambulatorios LandTools® para obtener los pacientes tratados con rituximab y la vía de administración utilizada.

Se revisó la historia clínica para obtener las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento y efectos adversos observados durante la administración.

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva convencional describiendo las variables cualitativas con porcentajes y las cuantitativas con media y desviación estándar. Para la estadística inferencial se utilizó el test de Ji cuadrado mediante el programa StatCalc® 7.3.3 considerándose significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 43 pacientes a quienes se les administró rituximab por vía subcutánea y/o intravenosa. El 53,5% eran mujeres, edad media 63 años (DE: 13,2 años).

A 24 pacientes se les administró rituximab por vía subcutánea. De éstos, el 75% de los pacientes estaban diagnosticados de linfoma folicular. El 38,9% fue tratado con el esquema R-CHOP seguido de rituximab de mantenimiento, el 22,2% con R-COP seguido de rituximab de mantenimiento, el 16,7% con R-CHOP, el 11,1% con R-Bendamustina y el 11,1% con rituximab de mantenimiento. Todos los pacientes habían recibido como mínimo un primer ciclo por vía endovenosa. El 25% de los pacientes estaban diagnosticados de linfoma B difuso de células grandes (LBDCG). El 83,3% fue tratado con R-CHOP y el 16,7% se les trató con R-miniCHOP seguido de rituximab de mantenimiento.

Se analizaron 19 pacientes a quienes se les administró únicamente rituximab intravenoso. A un 26,3% de los pacientes se les podría haber administrado por vía subcutánea ya que cumplían indicaciones según ficha técnica.

El 42,1% de los pacientes del grupo de rituximab endovenoso, presentó reacciones adversas infusionales frente al 8,3% de los pacientes del grupo de rituximab subcutáneo que presentó celulitis, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,009$, IC = 1,22; 66,44)

CONCLUSIONES: En nuestro ámbito hospitalario, rituximab subcutáneo se utiliza siempre según condiciones de ficha técnica.

Desde la inclusión en la Guía Farmacoterapéutica se ha priorizado el uso de rituximab subcutáneo ya que reduce el tiempo de administración, mejora la tolerabilidad y presenta mejor perfil de seguridad.

CLASIFICACIÓN: ONCO-HEMATOLOGÍA

488. ¿ SUFREN LOS PACIENTES A TRATAMIENTO CON AZACITIDINA AGRESIVIDAD TERAPÉUTICA?.

AUTORES: Pampín Sánchez R, Labeaga Beramendi Y, Pena Villanueva P, León Barbosa A, Ayastuy Ruiz A, Carbajales Álvarez M.

Hospital Cabueñes. Calle Los Prados, 395, 33394. Asturias. España

OBJETIVOS: Analizar la agresividad terapéutica al final de la vida en pacientes hematológicos a tratamiento con Azacitidina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel, donde se estudiaron todos los pacientes a tratamiento con Azacitidina que fallecieron, por causas vinculadas a la enfermedad hematológica, entre el 01/01/13 y el 01/01/16. Como variables del estudio se registraron: sexo, edad, diagnóstico, fecha último ciclo de quimioterapia (QT), fecha de éxitus, asistencia a las Urgencias Hospitalarias o ingreso hospitalario en el último mes de vida, atención por la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y fecha de ingreso en la UCP. Los datos registrados se analizaron siguiendo los criterios de agresividad terapéutica validados por el grupo de Craig- Earle:

≥ 10% pacientes tratados con QT en los últimos 14 días de vida; ≥ 2% pacientes que inician tratamiento QT en el último mes de vida; ≥ 4% pacientes que inician más de una visita asistencial a Urgencias en el último mes de vida; ≥ 17% pacientes que fallecen en la Unidad de Agudos; < 55% pacientes que reciben atención por una UCP; > 8 % pacientes que ingresan en UCP en las últimas 72 horas de vida. La recogida de datos se realizó utilizando la historia clínica electrónica (Selene®) y el programa informático Oncofarm®. Los datos obtenidos se registraron y procesaron utilizando una hoja Excel®.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron un total de 26 pacientes, 73% hombres y 27% mujeres, con una media de edad de 74,42 años. El 54% fueron diagnosticados de Síndrome Mielodisplásico (SMD) y el 46% de Leucemia Mieloide Aguda (LMA). En relación a los criterios de agresividad terapéutica, un 35% (43%- SMD vs. 25%-LMA) de pacientes recibió QT los últimos 14 días de vida y el 19,2% (21,4%- SMD vs. 16,7%- LMA) iniciaron tratamiento el último mes. Realizaron más de una visita asistencial a Urgencias un 46,1% (un 57,1%-SMD vs. 41,7%-LMA). Un 46% fallecieron en Unidad de Agudos. El 15,4% (0% SMD vs. 33.3% LMA) de los pacientes ha recibido atención por la UCP mientras que el 3,8% (0% SMD vs. 8.3% LMA) ha ingresado en la UCP 72 horas antes de su fallecimiento. Ninguno de los criterios analizados cumple con las recomendaciones del grupo de Craig- Earle.

CONCLUSIONES: 1- Existe una utilización excesiva de la quimioterapia en la fase final de la vida de los pacientes a tratamiento con Azacitidina, sobre todo en pacientes con SMD.

2- Si bien los pacientes con LMA son los mayores usuarios de la UCP, pocos pacientes ingresan en dicha unidad, lo que provoca un uso inadecuado de las Urgencias Hospitalarias y de la Unidades de Hospitalización de agudos.

3- La agresividad terapéutica sufrida por los pacientes de nuestro estudio está lejos de conseguir el objetivo primordial de la quimioterapia que es mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

443. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTIHIPERTENSIVOS A LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: JAVIER CASTRO I, TUSELL RABASSA M, IMAZ GARCIA C, PUJOL ABAD J, ALTIMIRAS RUIZ JB. HOSPITAL EL PILAR - QUIRONSALUD. C/ BALMES 271. Barcelona. España

OBJETIVOS: La elección del tratamiento antihipertensivo debe ser individualizada, empleando la opción más eficaz y segura según la comorbilidad del paciente.

El objetivo de este estudio es comprobar si la prescripción de antihipertensivos en nuestro hospital se adecua a las comorbilidades de los pacientes de acuerdo con las guías más recientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo realizado entre febrero y marzo de 2016 a pacientes hipertensos que ingresaron en la unidad de Cardiología de un hospital privado de 160 camas.

Los datos clínicos del paciente se obtuvieron de la estación clínica informatizada □Casiopea□. Las principales variables estudiadas fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, patologías concomitantes, factores de riesgo cardiovascular y antihipertensivos.

Para comprobar si los antihipertensivos eran apropiados según la comorbilidad, se consultaron las guías para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH), la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la última guía americana JNC8.

Resultados

Se analizaron 133 pacientes: media de edad 72 años (DE 11,28), rango 43-95 años, 57 mujeres (42,9%) y 76 hombres (57,1%). El 6,77% reingresaron una vez y 2 de ellos (1,5%) en dos ocasiones.

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes: dolor torácico sin especificar (16,5%), taquicardia (9,8%), ablación cardíaca (7,5%) e insuficiencia cardíaca congestiva (6,8%).

En referencia a los factores de riesgo y comorbilidades: el 12% eran fumadores, 64,7% exfumadores, 64,7% presentaban hiperlipidemia, 21,8% diabetes y 13,5% padecían insuficiencia renal crónica. En cuanto a enfermedades cardiovasculares concomitantes: el 39,1% presentaban cardiopatía isquémica, 19,5% insuficiencia cardíaca congestiva, 11,3% infarto de miocardio, 6,8% arteriopatía periférica y 2,3% accidente cerebrovascular.

Respecto a los tratamientos antihipertensivos preingreso: 13 pacientes (9,8%) recibieron la combinación de beta bloqueante (BB) + IECA, 10 (7,5%) ARA-II, 9 (6,8%) IECA; 8 (6%) la combinación de diuréticos del asa (D-ASA) y BB; 7 (5,3%) ARA-II + BB; 6 (4,5%) ARA-II + D-ASA + BB y otro 4,5% monoterapia con BB. Los principios activos más habituales: bisoprolol (22,37%), furosemida (13,7%), enalapril (13,24%), losartán (9,13%), valsartán (6,39%) y amlodipino (5,94%). En 25 pacientes (18,8%) no se pudo determinar el tratamiento antihipertensivo domiciliario. En 53 pacientes (39,8%) se implementaron cambios en el tratamiento antihipertensivo en el alta hospitalaria, siendo la modificación más frecuente el cambio de combinación (20,3%), seguido de la anulación del tratamiento (10,5%) y el paso a monoterapia (6%).

Según la bibliografía consultada, el 58,6% de los tratamientos pautados previo al ingreso eran adecuados, mientras que un 22,6% no lo eran, y el 18,8% restante correspondieron a tratamientos que no eran de primera elección. En referencia a la adecuación de los tratamientos en el alta, el 48,9% se correspondían con las guías, el 24,8% no y el 26,3% no eran de primera elección.

CONCLUSIONES: La adecuación de los tratamientos antihipertensivos a las comorbilidades de los pacientes es superior al 50%, aunque disminuye notablemente con los reingresos. Destaca el uso elevado de ARA II en nuestro ámbito hospitalario.

Se presentará a la CFT una propuesta de adecuación a las guías para difundirla entre los prescriptores.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

318. ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INGRESADOS EN TRAUMATOLOGÍA

AUTORES: ITURGOYEN FUENTES DP, MAGALLANES GAMBOA JO, PIQUERAS ROMERO C, GALLEGOS POLONIO A, BERROCAL JAVATO MA, MARCOS SANCHEZ F.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. Carretera de Madrid KM 114 / Toledo. Toledo. España

OBJETIVO: El uso de fármacos potencialmente inapropiados es un problema creciente entre pacientes ancianos. En este estudio se pretende estimar la prevalencia de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) y fármacos innecesarios (FI), evaluando la adecuación de grupos específicos de fármacos en ancianos polimedicados ingresados en un Servicio de Traumatología de un Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de intervención, descriptivo y prospectivo de dos meses de duración (15 febrero □ 15 abril 2016) realizado conjuntamente entre un médico internista y un farmacéutico especialista. Se incluyeron pacientes ingresados en traumatología que cumplieran los siguientes criterios: edad ≥ 80 años y ≥ 5 fármacos como tratamiento crónico domiciliario, incluyendo uno de estos 4 grupos de fármacos: benzodiazepinas (BZDs), antidepresivos, inhibidores de la bomba de protones (IBPs) o estatinas. Para hacer una valoración global del paciente, el médico/ farmacéutico, realizaba los test de Barthel (TB) y Pfeiffer (TP), evaluando el estado cognitivo y grado de dependencia del paciente. Para valorar el grado de depresión en pacientes en tratamiento con antidepresivos, se utilizó el test de Yesavage (TY), siempre que no presentaran demencia avanzada. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, pluripatología, institucionalización, TB, TP (y TY si correspondía), n° de fármacos/día tomados de forma crónica y posología. Para detectar PPI se utilizaron los criterios STOPP/START. Se consideraron como FI aquellos sin una indicación evidente asociada en ese momento. El tratamiento estadístico de los datos fue realizado con el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS: Ingresaron en Traumatología 44 pacientes ≥ 80 años. Se incluyeron en el estudio 40 pacientes, 87.5% mujeres, con una mediana de edad de 84.5 ± 4.3 años. El 35% de pacientes eran pluripatológicos. El 39.5% de los pacientes estaban institucionalizados. El 67.5% tomaba de forma crónica ≥ 5 fármacos, con una media de 6 ± 3 fármacos/día. La media del TB fue 9.7 ± 27.5 puntos, presentando un grado de dependencia al menos moderada el 66.7% de los pacientes. La media del TP fue 4.15 ± 3.5 errores, presentando deterioro cognitivo moderado-severo el 43.6%. La media del TY fue de 2.5 ± 3.2 puntos, no existiendo síntomas depresivos en el 85.7% de los pacientes. PPI encontradas: el 27.5% de los pacientes tomaba de forma crónica BZDs (siendo inadecuado en un 82%) y el 40% tomaba antidepresivos (siendo inadecuado en el 59%). FI detectados: el 60% de pacientes tomaba de forma crónica IBPs (siendo innecesario en el 36%) y el 42.5% tomaba estatinas (siendo innecesario en el 31%). Se iniciaron estrategias de desprescripción en el 72.5% de pacientes, realizando un informe de conciliación-información al alta. Todas las PPI o FI fueron suspendidos tras hablar con paciente/familiar y acordarlo de forma conjunta.

CONCLUSIONES: El porcentaje de PPI es elevado, siendo del 82% en BZDs y del 59% en antidepresivos. Se detectaron porcentajes importantes de FI, concretamente un 31% de estatinas y un 36% de IBPs. Es necesario hacer revisiones periódicas del tratamiento farmacológico de estos pacientes y realizar estrategias de desprescripción de forma conjunta médico-farmacéutico. Se debe continuar este estudio a más largo plazo para evaluar el seguimiento de las intervenciones y posibles complicaciones asociadas.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

611. AMPLIANDO HORIZONTES EN RESIDENCIAS DE MAYORES: INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA REDUCCIÓN DE INTERACCIONES DE MEDICAMENTOS

AUTORES: González Martínez M, Martínez Casanova N, Apolo Carvajal F, Martínez Sánchez E, Aranguren Oyarzábal A, Cruz Martos E.

Subdirección General de Farmacia Y Productos Sanitarios. SERMAS. Plaza Carlos Trías Bertrán 7; CP:28020. Madrid. España

OBJETIVOS: La prevalencia de interacciones fármaco-fármaco (IFF) está relacionada con la edad, comorbilidad, fragilidad y polimedicación. La población institucionalizada en Residencias de Mayores (RM) es especialmente vulnerable a sufrirlas. El objetivo principal fue evaluar el efecto de una intervención farmacéutica en la prevalencia de IFF clínicamente relevantes que requirieron intervención en RM. Los objetivos secundarios fueron estimar la prevalencia de IFF, identificar los medicamentos más implicados y describir los potenciales problemas clínicos derivados de dichas interacciones según la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio cuasiexperimental, multicéntrico, transversal y prospectivo de diseño antes-después en seis RM públicas. Período de inclusión: 01/12/2015-15/04/2016. Se consideraron pérdidas de seguimiento aquellos residentes que fallecieron o fueron trasladados. Se utilizó la base de datos Lexi-interactTM de Lexicomp[®] para identificar las IFF. Se incluyeron en la base de datos los medicamentos sistémicos. Se recogió el número de IFF correspondientes a las categorías A, B, C, D y X de dicha base de datos. Se priorizó la intervención en las IFF de mayor relevancia clínica (categorías D y X), recogiendo gravedad y fiabilidad de la documentación. Tras analizar las IFF de categorías D y X, alguna no requerían intervención, puesto que la recomendación habría sido □monitorizar□, y se evidenció que la monitorización ya se estaba realizando. La variable principal fue la reducción de IFF clínicamente relevantes (D y X) que requerían intervención antes y después de la intervención. La aceptación de las recomendaciones de monitorización se consideró como no evaluable pero se tuvieron en cuenta como IFF para el análisis de la variable principal antes y después. El tamaño muestral calculado fue 40 residentes. Se empleó IBM[®] SPSS[®] Statistics 22.0 para el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS: Se revisó el tratamiento de 424 residentes con una edad media de 85,8 años (77,9% mujeres) y una media de 8,3 medicamentos sistémicos por residente. En total se identificaron 3209 interacciones, de las cuales 552 eran de categoría D (17,2%) y 72 de categoría X (2,2%). El 56,6% de los residentes tuvieron al menos una IFF clínicamente relevante. Un 10,8% no presentaron ninguna interacción. De las 622 IFF D o X, el 78,0% estaban catalogadas como graves y el 67,5% tenían una fiabilidad media. Para estas 622 IFF, 271 eran susceptibles de intervención: 167 monitorización, 30 cambio de medicamento, 54 suspensión del tratamiento y 20 modificación de la pauta posológica. De las 104 intervenciones evaluables, se aceptaron 39 (37,5%). No se asoció el grado de aceptación con el tipo de IFF, la gravedad, la fiabilidad o el tipo de intervención. El número de IFF con relevancia clínica que requirieron algún tipo de intervención descendió un 14,4% ($p=0,028$). Se identificaron 272 combinaciones de fármacos con IFF relevantes. Las más frecuentes fueron: furosemida-metamizol, ácido acetilsalicílico-metamizol, quetiapina-trazodona, escitalopram- trazodona y citalopram-omeprazol. Las consecuencias teóricas de las IFF más documentadas fueron prolongación del QT y riesgo de síndrome serotoninérgico.

CONCLUSIONES: La revisión de las IFF por parte del farmacéutico consigue disminuir la prevalencia de las mismas en personas de edad avanzada institucionalizadas en RM.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

533. AMPLIANDO LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA: REVISIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN PACIENTES ANCIANOS EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

AUTORES: MORO AGUD M, SOBRINO JIMÉNEZ C, FREIRE GONZÁLEZ M, DE DOMINGO GADEA MJ, HERRERO AMBROSIO A.

Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de □medicamentos potencialmente inapropiados en personas mayores□ (MPI), en un complejo hospitalario universitario, según los criterios establecidos por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal de todas las prescripciones de los pacientes mayores de 74 años ingresados en los tres centros hospitalarios del complejo. Se realizó la recogida de datos a partir de todas las prescripciones electrónicas del 19/04/2016. Se cribaron los pacientes que cumplían el criterio de edad y se registraron las variables: edad, sexo, servicio y medicamentos prescritos. En base al documento de MPI seleccionados por el SERMAS en su documento de 2014, se realizó una búsqueda de los MPI prescritos y se clasificaron por grupo terapéutico y por servicio al que estaba asignado el paciente. Los resultados se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS: De 1.014 prescripciones electrónicas, se cribaron 244 pacientes con edad igual o mayor a 74 años. Su mediana de edad fueron 84 años (rango 74-99), siendo el 57% mujeres. Los pacientes pertenecían a los siguientes servicios: 76 (31%) a Medicina Interna, 32 (13%) a Geriátrica, 21 (9%) a Cirugía General, 18 (7%) a Neumología, 14 (6%) a Neurología, 13 (5%) a Cardiología, 12 (5%) a Digestivo, 9 (4%) a Traumatología y Rehabilitación, y 49 (20%) pacientes a otros servicios diversos. Se registraron 2.174 prescripciones totales, con un promedio de 8,9 medicamentos por paciente (DE 3,6). De los 20 principios activos determinados como MPI por la Comunidad, en el complejo hospitalario 12 (60%) se encontraban incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. Se detectaron 31 prescripciones potencialmente inapropiadas (1,4%), correspondientes a los siguientes grupos terapéuticos: 14 (45%) a

antiinflamatorios no esteroideos, 12 (39%) a anticolinérgicos, 4 (12,9%) a benzodiacepinas de vida media larga y una prescripción (3%) de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Los siete principios activos implicados fueron: dexketoprofeno (n=14, 45%) en unidades quirúrgicas, dexclorfeniramina (n=4; 13%), amitriptilina (n=4; 13%), diazepam (n=4; 13%), clorazepato dipotásico (n=1; 0,3%), biperideno (n=1; 0,3%) y fluoxetina (n=1; 0,3%). Estos medicamentos fueron prescritos en pacientes de Cirugía General (n=8; 26%), Medicina Interna (n=5; 16%), Neurocirugía (n=4; 13%) y Traumatología (n=4; 13%), principalmente. Estos resultados distan notablemente del 20-70% de MPI descritos en atención primaria, según el citado documento. **CONCLUSIONES:** La atención farmacéutica a pacientes ingresados precisa de herramientas contrastadas para aumentar su alcance, eficiencia, seguridad y calidad. Al evaluar los MPI establecidos por la Comunidad en un entorno hospitalario, la frecuencia de aparición ha variado considerablemente con los datos esperados según estudios realizados en Atención Primaria. A pesar de su baja prevalencia global, cabría destacar el empleo de dexketoprofeno en pacientes quirúrgicos ancianos. Una primera barrera para evitar la prescripción de MPI puede haber resultado el hecho de tener una Guía farmacoterapéutica con una baja proporción de los mismos. Teniendo en cuenta estos resultados, quizá sería también de interés, elaborar un documento más específico y adaptado para Atención Especializada.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

666. ANÁLISIS DE FÁRMACOS Y FACTORES DE RIESGO QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: Mayorga Bajo I, Martínez Sotelo J, Ortega Valín L, Revuelta Herrero JL.
Hospital Residencia Asistida La Luz. C/ Duratón. Burgos. España

OBJETIVOS: la aparición del síndrome de QT largo (SQTL) y Torsade de Pointes (TdP) es provocada principalmente por la utilización de fármacos que prolongan el intervalo QT (FQT), aunque con frecuencia coexisten en un mismo paciente otros factores de riesgo (FR) predisponentes. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de FQT y FR asociados en pacientes ancianos institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional de corte transversal realizado en un centro sociosanitario que incluyó pacientes en tratamiento con FQT según el listado del Centro de Arizona para la Educación e Investigación en Terapéutica (AzCERT). Se analizaron las variables: edad, sexo, número de FQT, categoría de riesgo de SQTL y TdP, así como los FR: sexo femenino, alteraciones electrolíticas (AE): hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia; enfermedad renal crónica (ERC), insuficiencia hepática (IH), antecedentes cardiovasculares (CV): bradicardia, ICC, hipertrofia ventricular izquierda, cardioversión reciente de FA con antiarrítmicos o infarto de miocardio; hiper/hipotiroidismo (TIR) y tratamiento concomitante con más de un FQT (OQT). Los datos de la historia clínica se obtuvieron del programa informático Resiplus®. El registro y análisis de datos se realizó mediante hoja de cálculo Microsoft Excel®, empleando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y porcentaje para variables cualitativas.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 84 pacientes (57,1% mujeres), de $82,9 \pm 8,2$ años de edad, en los que se identificaron 150 FQT ($1,8 \pm 0,9$ /paciente), de los cuales: 29,3% diuréticos; 27,3% antidepresivos; 27,3% antipsicóticos; 11,3% antibacterianos y 4,8% otros. Según AzCERT, el 49,3% de los fármacos analizados presentan un riesgo condicional de SQTL y TdP, el 22% riesgo posible y el 28,7% riesgo definido. De los 84 pacientes incluidos, en 75 (89,3%) se identificaron 156 FR ($1,8 \pm 0,9$ /paciente): 30,8% sexo femenino; 30,1% OQT; 16% CV; 14,7% ERC; 5,1% TIR y 3,3% otros FR.

CONCLUSIONES: dada la alta prevalencia de FQT, principalmente diuréticos, antidepresivos y antipsicóticos; así como la de FR entre los que destacan el sexo femenino, tratamiento concomitante con varios FQT, antecedentes CV y ERC en los pacientes analizados; son necesarias intervenciones para minimizar la aparición de este efecto iatrogénico. Además de las medidas adoptadas por las Agencias Reguladoras; la prescripción prudente, la revisión de los tratamientos o la retirada de los mismos pueden contribuir a mejorar su seguridad.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

817. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES: Monteagudo Martínez N, Lerma Gaudé V, Romero Candel G, Díaz Rangel M, Marco del Río J, Sánchez Rubio F.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hermanos Falcó 37. Albacete. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con fampridina en pacientes con esclerosis múltiple (EM) tras 14 y 45 días de inicio durante 2014-2015.

Como objetivo secundario, se comprobó si los pacientes presentaban valores entre 4-7 en la escala expandida del grado de discapacidad (EDSS) de ficha técnica.

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 2014-2015.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tipo de EM, EDSS, prueba cronometrada de la marcha de los 25 pies (7,5 metros; T25FW) en días 0, 14 y 45 tras inicio del tratamiento y reacciones adversas (RA) detectadas. Los pacientes que no disponían medida de 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, 14 y 45 días. Fuentes de información: historia clínica electrónica Mambrino XXI y aplicación Farmatools. El análisis estadístico se realizó con el programa informático Microsoft Excel® 2010.

RESULTADOS

59 pacientes (57,6% mujeres) iniciaron tratamiento con fampridina durante 2014 y 2015. La edad media fue de 46,1 años (DE: 10,3), la media de EDSS fue 5,88 (DE: 1,03). 6 pacientes no disponían registro de medición T25FW-basal, 3 de ellos motivado por la incapacidad de terminar la prueba. La mediana T25FW-basal fue 10,83 segundos (s) (RIC 7,48-23,30s).

Un 47,5%(28/59) tenía EM Remitente Recurrente; 25,4%(15/59) EM Primaria Progresiva; 27,1%(16/59) EM Secundaria Progresiva.

Un 13,6% (8/59) de pacientes no continuó el tratamiento tras 14 días por no presentar mejoría significativa. A los 14 días, la mediana de T25FW fue 9,27s (RIC 6,04-14,62s) en 52 pacientes y a los 45 días 7,22s (RIC 5,53-14,74s) en los 31 pacientes que habían continuado. En nuestra población de estudio, fampridina resultó ser efectiva en el 44,23%(23/52) de los pacientes a los 14 días de iniciar el tratamiento, y en 74,19%(23/31) a los 45 días.

El EDSS no se ajustó en 5 pacientes por estar fuera del intervalo 4-7 de ficha técnica; la mediana de EDSS fue de 6 (RIC 5,75-6,5).

En general, el fármaco fue bien tolerado y las RA escasas, el 6,78%(4/59) presentaron molestias gastrointestinales, dolor de cabeza e insomnio. Por cuestiones de intolerancia, en dos pacientes se redujo dosis a 10 mg/24h, y se suspendió el tratamiento en otros dos.

CONCLUSIONES: Fampridina mejoró la capacidad de la marcha en más de un tercio de los pacientes de nuestra población de estudio. La prescripción según el criterio EDSS no se ajustó a ficha técnica en 5/59 pacientes.

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

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1284. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

AUTORES: BOQUERA FERRER ML, GARCÍA CASES S, ESPERT ROIG M, SENDRA GARCÍA A, CÁNOVES ESCOLANO M, SANSANO CLEMENT A.

SERVICIO DE FARMACIA LA FLORIDA. Calle Tomás Aznar Doménech, 43. Alicante. España

OBJETIVOS: Las últimas guías para el tratamiento del colesterol de las Sociedades Americanas del Corazón y Cardiología (ACC/AHA) plantean un cambio importante respecto a las anteriores en cuanto al tratamiento hipolipemiente. El objetivo del estudio es realizar un análisis del tratamiento con estatinas en un Centro Sociosanitario (CSS) y comprobar la adaptación a estas recomendaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal de todos los pacientes de un CSS. Se utilizó la historia clínica como fuente de datos. Se recopilaron: datos demográficos (edad, sexo), número de medicamentos, factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedad cardiovascular o antecedentes de la misma, datos analíticos (colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol), presión arterial y terapia con estatinas. Para el cálculo del riesgo cardiovascular se utilizó la calculadora disponible por ACC/AHA y se comparó con REGICOR.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 166 pacientes ingresados en el CSS en el periodo de estudio. La edad media fue de 83,74±8.08, 40.3% de hombres. El número medio de medicamentos por paciente fue de 6.76. De los 166 pacientes analizados se excluyeron 22 por falta o invalidez de datos analíticos. Se dividieron los 144 pacientes restantes en 2 grupos: indicación de estatinas como prevención primaria o secundaria.

Indicación en prevención primaria: 53 pacientes, 35 pacientes >79 años; de éstos, 12 recibían tratamiento (4 con estatinas de moderada intensidad, 6 de alta, uno con la combinación de fibrato + estatina y otro paciente sólo con

fibrato); los 24 restantes no recibían tratamiento (según la guía ACC/AHA no estaría indicada la terapia con estatinas en ningún caso). Dieciocho pacientes tenían ≤ 79 años y LDL colesterol entre 70-189 mg/dl. Con la calculadora de ACC/AHA todos presentaron un riesgo $>7.5\%$ y según la guía les correspondería estatinas de moderada a alta intensidad a pacientes con edad ≥ 79 años, 31 con tratamiento y 38 sin tratamiento. De los 31, solo 19 recibían tratamiento de intensidad moderada (en todos estaría indicada terapia de moderada intensidad). Veintidós tenían ≤ 79 años, de los 11 en tratamiento, 8 recibían terapia de moderada intensidad, 2 de baja intensidad y 1 la asociación estatina + fibrato (estaría indicada terapia de alta intensidad).

CONCLUSIONES: Adaptándonos a las recomendaciones de la guía ACC/AHA, el 7.2% de los pacientes deberían suspender el tratamiento con estatinas por no esperar beneficio del mismo, y un 10.9% de pacientes podría beneficiarse de iniciarlo. Además encontramos diferencias según la calculadora utilizada. Destacar la importancia de actuar sobre este grupo de pacientes en los que cerca de un 30% recibe tratamiento con estatinas.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

612. ANÁLISIS DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES: Nebot Villacampa MJ, Zafra Morales R, Calvo Aragüete ME, Laría Campaña C, Sainz de Rozas Aparicio C, Barajas Santos MT.

Hospital de San Pedro. Calle Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVO: Analizar mediante dos escalas el riesgo de efecto anticolinérgico al que está expuesta una población de pacientes polimedicados e institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal multicéntrico de pacientes institucionalizados en dos centros sociosanitarios, a los que se dispensa medicación desde el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica (Selene®) y del programa de prescripción APD ATHOS □ Prisma® durante el mes de marzo de 2016. Los datos recogidos fueron: edad, sexo y tratamiento activo prescrito. Para el cálculo del riesgo anticolinérgico se utilizaron dos escalas: Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB) y Anticholinergic Risk Scale (ARS), asignándose una puntuación de 1 a 3 en función del riesgo anticolinérgico, siendo 1 efecto leve, 2 efecto moderado y 3 efecto severo.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 231 pacientes, 159 mujeres (68,8%), con un promedio de edad de $84,7 \pm 8,6$ años (57-103). La media de fármacos prescritos por paciente fue $10,7 \pm 3,9$ (1-27).

Según las escalas ACB y ARS, el 83,1% y el 68,8% respectivamente de los pacientes tenían prescrito al menos un fármaco con propiedades anticolinérgicas. La puntuación media de riesgo anticolinérgico fue de 2,18 (0-8) según la escala ACB y de 1,26 (0-6) según la escala ARS.

Según la escala ACB, un 28,1% de los pacientes, presentaron un riesgo de 1 punto; 18,6% 2 puntos; 0,4% 3 puntos; 16,5% 4 puntos; 5,2% 5 puntos; 1,7% 6 puntos; 1,7% 7 puntos y un 0,9% alcanzó un riesgo total de 8 puntos. Mientras que según la escala ARS, el 36,8% de los pacientes presentó un riesgo de 1 punto; 16,9% 2 puntos; 9,1% 3 puntos; 3% 4 puntos; 2,6% 5 puntos y 0,4% 6 puntos.

Entre los fármacos de riesgo 1 prescritos con mayor frecuencia, se encontraron según la escala ACB: furosemida en el 39,4% de los pacientes, trazodona 13,9% y haloperidol 11,7%. Riesgo 2: carbamacepina en el 0,9% y meperidina 0,4%. Y de grado 3: quetiapina en el 16,9% y paroxetina 4,3%. Por otro lado, según la escala ARS los fármacos más prescritos de riesgo 1 fueron: quetiapina 16,9% de los pacientes, mirtazapina 14,3% y risperidona 13,9%. Riesgo 2: cetirizina 2,16%, clozapina, loperamida, olanzapina y tolterodina con 1,3% cada uno. Y de riesgo 3: hidroxicina 1,3% y amitriptilina 0,9%.

CONCLUSIONES: Los fármacos con efecto anticolinérgico son ampliamente utilizados en la práctica clínica, siendo frecuente su consumo entre la población de edad avanzada. Desde los servicios de farmacia, se debe trabajar para minimizar el efecto anticolinérgico, buscando alternativas terapéuticas con menor riesgo.

Cabe destacar la variabilidad de resultados entre ambas escalas, evidenciándose la necesidad de unificar los criterios de evaluación de este riesgo.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

639. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS O CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: Ortonobes Roig S, de Castro Julve M, Gómez Valent M, Borràs Trias L, Puig Comas G, Gorgas Torner MQ. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona.. Parc Taulí, nº1. Barcelona. España

OBJETIVOS: - Identificar y comparar la polifarmacia y las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) antes y después del ingreso de pacientes en un Centro SocioSanitario (CSS).

- Detectar problemas relacionados con la medicación (PRM) y los fármacos implicados.

- Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo descriptivo realizado entre 1 enero □ 15 abril 2016 en pacientes >64 años catalogados como Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y Enfermedad Crónica Avanzada (MACA) ingresados en CSS con 233 camas (Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA), Convalecencia, Psicogeriatría) de un hospital universitario. Diariamente el farmacéutico realiza una revisión farmacoterapéutica de los ingresos para: conciliar la medicación crónica, identificar PPI (según criterios STOPP-START 2015, Beers 2015, Priscus) y realizar IF al detectar PRM. Datos registrados: demográficos, unidad hospitalización, escalas de valoración funcional/cognitiva antes del ingreso, estancia hospitalaria, mortalidad, número de fármacos crónicos y de PPI pre-ingreso y al alta, PRM (según el Tercer Consenso de Granada) y grupos farmacológicos, IF realizadas y grado de aceptación. Datos cuantitativos representados con la mediana (Q1-Q3). Comparación estadística mediante test Ji-cuadrado y de Wilcoxon para datos apareados.

RESULTADOS: Se revisaron 208 ingresos, al final del estudio 33 (15,9%) fueron éxitos y 121 (58,8%) pacientes dados de alta (estancia 15,5 (10-25) días). Edad 86 (82-89,5) años. Mujeres 109 (54,4%). PCC: 178 (85,6%). MACA: 30 (14,4%). Unidad hospitalización: UGA 120 (57,7%) pacientes; Convalecencia 50 (24,0%); Psicogeriatría 38 (18,3%). Índice de Barthel: 60 (40-80) puntos. Cuestionario de Pfeiffer: 4 (1-7) puntos.

Fármacos por paciente pre-ingreso vs alta: 11 (8-14) vs 11 (9-14); $p=0,579$. Se detectaron 193 PPI (en 134 pacientes): benzodiacepinas de vida media larga y/o duración >4 semanas 64 (33,2%); inhibidores de la bomba de protones sin indicación con evidencia clínica 49 (25,4%); ácido acetilsalicílico a dosis >150mg/día 23 (11,9%); otros 57 (29,5%). Pacientes con alguna PPI pre-ingreso vs alta: 134/208 vs 58/121; $p < 0,01$. PPI por paciente pre-ingreso vs alta 1 (0-1) vs 0 (0-1); $p < 0,01$.

Se detectaron 137 PRM en 97 pacientes. Clasificación: PRM1 (no toma medicamento necesario) 41 (29,9%); PRM2 (toma medicamento no necesario) 6 (4,4%); PRM3 (dosis, pauta y/o duración superior a la necesaria) 39 (28,5%); PRM4 (dosis, pauta y/o duración inferior a la necesaria) 6 (4,4%); PRM5 (reacción adversa) 4 (2,9%); PRM6 (duplicidad) 6 (4,4%); otros 35 (25,5%).

Grupos farmacológicos implicados en los PRM: Sangre-Líquidos Corporales 30 (21,9%); Digestivo-Metabolismo 24 (17,5%); Antiinfecciosos 23 (16,8%); Sistema Nervioso 13 (9,5%); otros 47 (34,3%).

Se hicieron 137 IF: conciliación 25 (18,2%); equivalentes terapéuticos 23 (16,8%); ajuste por función renal 23 (16,8%); recomendación posológica 18 (13,1%); inicio tratamiento 16 (11,7%); retirada tratamiento 12 (8,8%); otras 20 (14,6%). Se aceptaron 93 (67,9%) IF y 15 de las 44 no aceptadas se justificaron clínicamente.

CONCLUSIONES: - El número de fármacos por paciente no varía después del ingreso.

- La revisión farmacoterapéutica disminuye significativamente las PPI, y permite detectar y solucionar PRM, siendo PRM1 y PRM3 los más frecuentes.

- Las IF mayoritarias fueron de conciliación, equivalentes terapéuticos y ajuste por función renal; y gran parte de ellas fueron aceptadas y/o justificadas.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

54. ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE PSIQUIATRICO CRONICO: DEFICIENCIA DE HORMONA DE CRECIMIENTO ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ARIPIRAZOL Y CLOZAPINA

AUTORES: Lozano Ortiz R, Marin Lacasa MR, Lozano Velilla A, Robles Andres M, Dieste Alvarado P, Santacruz Abion MJ.

Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia. Ramón y Cajal 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Comparar la incidencia acumulada de deficiencia de hormona de crecimiento (GH) entre pacientes en tratamiento con aripiprazol (ARI) o clozapina (CLZ), como efecto secundario del tratamiento antipsicótico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Dos cohortes constituidas por pacientes cuyo tratamiento antipsicótico incluía ARI (grupo-ARI, dosis diaria media=11.5±5 mg) o CLZ (grupo-CLZ, dosis diaria media=231±99 mg), respectivamente, como factor de exposición. Se considero deficiencia de GH (rango laboratorio: 0.15-8 ng/mL) cuando su valor basal fue ≤ 0.14 ng/mL. Como medida de comparación se utilizó la incidencia acumulada de pacientes con deficiencia de GH (GHD) y el valor promedio de GH, en cada grupo, al final del periodo de estudio.

Grupo-ARI (N=32), 62.5% mujeres con diagnostico de esquizofrenia (SQ) 70.1%, trastorno esquizoafectivo (SQaf) 23.6% y trastorno bipolar (BD) 6.3%, y edad 49±12.3 años, peso 74.1±16.2 kg, talla 162.1±10.4 cm e índice de masa corporal (IMC) 28.4±6.2 kg/m²; y grupo-CLZ (N=31), 42.3% mujeres con diagnostico de SQ 71%, SQaf 22.6% y BD 6.4%, y edad 43±13 años, peso 86±22 kg, talla 169±10.6 cm e IMC 29.7±5.8 kg/m².

Los datos se presentan como media $\pm$ DS o en porcentajes. Como pruebas de significación estadística, en la comparación de datos, se utilizó la t de Student y la del chi-cuadrado, o el test exacto de Fisher, según procediese.

RESULTADOS: Para la incidencia acumulada de GHD y el nivel plasmático de GH, obtuvimos valores de 31% y 0.7 ± 0.9 ng/mL, en grupo-ARI, y 84% y 0.1 ± 0.2 ng/mL, en el grupo CLZ. Con diferencias, estadísticamente significativas, para las dos variables, entre ambos grupos: GHD en grupo-ARI vs. grupo-CLZ (odds=10/22=0.45 vs. 21/4=5.25; OR=11.55, IC95%= de 3.1331 a 42.5779, χ^2 Yates=15.74, $P=0.0002$; test exacto Fisher, $P=0.00013$), y de GH en grupo-ARI vs. grupo-CLZ (0.7 ± 0.9 vs. 0.1 ± 0.2 ng/mL; $t=3.6795$, IC 95% = desde -0.926 a -0.274, $P=0.0005$).

Los resultados, por tanto, muestran que los pacientes en tratamiento con CLZ, frente a aquellos con ARI, tienen un riesgo mucho mayor de presentar GHD. Ello explicaría alguna de las alteraciones metabólicas y/o síntomas presentes en los pacientes con CLZ, tales como elevación del perímetro abdominal, menores niveles de HDL y, por tanto, mayor riesgo cardiovascular.

Por otra parte, dado que la secreción de GHRH es estimulada, entre otros factores, por los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, ello indicaría, en el caso de CLZ, un efecto inhibitorio sobre al menos uno de los dos neurotransmisores y, en el caso de ARI, de la estimulación o no inhibición de al menos alguno de ellos.

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con CLZ, frente a aquellos con ARI, presentan mayor probabilidad de presentar GHD y, consecuentemente, una elevación de su riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

190. CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

AUTORES: GUERRO DE PRADO M, BLÁZQUEZ GALÁN A, SANTOS PÉREZ MI.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Valorar la calidad de la prescripción de fármacos antidemencia en un centro sociosanitario

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de prevalencia de los tratamientos antidemencia en un centro sociosanitario de 140 camas. Para analizar la calidad de la prescripción se revisa la guía de práctica clínica de la American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians 2008, la información disponible en la base de datos Uptodate®. También se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed usando los descriptores $\square$ cholinesterase inhibitors $\square$, $\square$ memantine $\square$ y $\square$ dementia $\square$ (limitando la búsqueda a artículos de revisión de los últimos 5 años).

Se definen los siguientes indicadores de calidad de prescripción:

1. Analítica con hemograma completo TSH, - Sodio, Calcio, Glucosa, Fólico y vit B12 previo al inicio de tratamiento
2. Test Mini-Mental State Examination (MMSE) previo al inicio
3. Tratamiento sólo si MMSE de 10 a 26 puntos
4. Memantina sólo si MMSE
5. Ensayo de retirada si MMSE
6. Reevaluación cada 6 meses
7. Uso preferente de Donepezilo como Inhibidor de la acetilcolinesterasa.

Se revisa la historia clínica en el programa Resiplus®, la prescripción médica en el programa Farmatools® y la analítica en el programa Modulab®. Para valorar la calidad se puntúa de 0 a 5 el cumplimiento de los ítems (0=0%, 1=10%, 2=25%, 3= 50%, 4=75% y 5= 100%). La puntuación total obtenida se clasifica como: Excelente (35 a 28 puntos), Buena (27 a 21), Aceptable (20 a 14) y Deficiente de (13 a 0).

RESULTADOS: Están en tratamiento antidemencia 46 residentes, 25/46 mujeres con una mediana de edad de 86 años [64-94]. Previo al inicio del tratamiento 42/46 disponían de analítica y a 40/46 se les había realizado el MMSE. La puntuación del test MMSE está en el rango de 10 a 26 puntos en 31/46. Están en tratamiento con Memantina 11/46 pacientes cumpliendo el criterio de uso (MMSE

CONCLUSIÓN: La calidad de la prescripción de fármacos antidemencia en nuestro centro es aceptable, detectándose una falta de reevaluación de los tratamientos y de la realización de ensayos de retirada.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

846. CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

AUTORES: MARTÍN VEGA MA, GIMENEZ PODEROS T, MAYORGA PEREZ J, SANGRADOR RASERO A, LIZAMA GOMEZ N, VALERO DOMINGUEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. Av.Valdecilla nº25. Cantabria. España

OBJETIVO: Evaluar la intervención farmacéutica en la conciliación del tratamiento al ingreso hospitalario en una unidad de Cirugía General.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo desarrollado entre noviembre de 2015 y abril de 2016 por el farmacéutico responsable en Farmacia de la unidad clínica de Cirugía General del Hospital. El proceso de conciliación de la medicación se realizaba diariamente con pacientes en su primer y/o segundo día de ingreso. A partir de los programas de prescripción hospitalaria, ambulatoria y entrevista clínica, el farmacéutico registró todas las discrepancias detectadas en el tratamiento farmacológico, que se comunicaron a los facultativos prescriptores verbalmente o a través de la mensajería interna del programa de prescripción electrónica, analizando posteriormente las modificaciones de tratamiento realizadas. Las discrepancias encontradas se clasificaron de acuerdo a los criterios establecidos en el Documento Consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación de la SEFH, publicado en 2009.

RESULTADOS: Se llevó a cabo la conciliación de la medicación al ingreso en 245 pacientes con una edad media de 67,1 años. Durante el periodo de estudio reingresaron 10 pacientes.

El número de discrepancias detectadas fueron 267. De todas ellas, 34 (12,7%) se clasificaron como discrepancias justificadas; 6 no requirieron aclaración por parte del prescriptor mientras que las otras 28 sí. Otras 156 (58,4%), se clasificaron como errores de conciliación, al observar una modificación en la prescripción médica tras comunicar la discrepancia. El resto de discrepancias (28,8%) se clasificaron como no resueltas.

El error de conciliación más frecuente fue la omisión (52,6%), seguido por los errores relacionados con la dosis, vía de administración o frecuencia (31,4%), inicio de medicación (9,6%) y medicamento equivocado (6,4%).

Los fármacos más frecuentemente involucrados en las discrepancias registradas pertenecían a los grupos C09 (Fármacos activos sobre el sistema renina angiotensina), C10 (Agentes modificadores de los lípidos) y N05 (psicolépticos) de la clasificación ATC.

En el 47,1% de los pacientes entrevistados se registró al menos 1 error de conciliación, siendo 1,3 el número medio por paciente. Del total de medicamentos conciliados (n=1413), se registraron errores de conciliación en el 11,0% de los mismos. El 84,8% de las discrepancias que requerían aclaración terminaron clasificadas como errores de conciliación.

CONCLUSIONES: La realización de conciliación de la medicación al ingreso con intervención del farmacéutico es efectiva para reducir errores en la prescripción, siendo el error por omisión el que más se repite en nuestro estudio. La proporción elevada de pacientes en los que se registran errores de conciliación pone de manifiesto la importancia del proceso de conciliación de medicación al ingreso, haciendo especial hincapié en los medicamentos frecuentemente involucrados. El porcentaje de discrepancias no resueltas pone de manifiesto la necesidad de promover una colaboración más estrecha con los facultativos prescriptores.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

453. CONCILIACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL INGRESO EN PACIENTES CRÓNICOS FRÁGILES. CUANTO ANTES MEJOR.

AUTORES: SILES BAENA A, ÁLVAREZ MARTINS M, BONAFONT PUJOL X.

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. Ctra. de Canyet, s/n. Barcelona. España

OBJETIVO: Valorar el grado de aceptación de la intervención farmacéutica tras la conciliación al ingreso de pacientes crónicos frágiles.

Materiales y métodos:

Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes crónicos complejos (PCC) y pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA) identificados mediante el censo de la historia clínica informatizada (HCI) y pacientes crónicos frágiles seleccionados por la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS). Se reclutaron pacientes que ingresaron entre febrero y marzo de 2016 en los servicios de Medicina Interna (MIR), Neumología (NML), Cardiología (CAR), Unidad de Geriatria Aguda (UGA), Unidad de Ortogeriatría (UOG) y UFISS. Al ingreso se obtuvo el listado de medicación previo mediante la entrevista al paciente y/o familiares o cuidadores y la revisión de su historia clínica. En el caso de pacientes institucionalizados o procedentes de otro hospital, se utilizaron los informes de derivación. El farmacéutico valoró las discrepancias entre el listado obtenido y el tratamiento de hospitalización activo en el programa de prescripción (Silicon®), en función de la situación clínica del paciente. Cada discrepancia considerada no justificada (DNJ) se comunicó al equipo médico mediante una Intervención Farmacéutica (IF) en Silicon®, que se consideró aceptada si generaba un cambio en la prescripción activa del paciente. Se incluyó un informe de la conciliación en la HCI del paciente.

RESULTADOS: Se incluyeron 140 pacientes (45,72% mujeres, edad media 80,1 años, media de líneas de medicación habitual 11,8). El 82,14% de los pacientes eran PCC, el 12,86% MACA y 5% no PCC/MACA de la UFISS. La distribución de pacientes por servicio fue del 30,71% de UGA, 26,43% de MIR, 22,86% de NML, 10% de UFISS, 5% de UOG y 5% de CAR. De las 745 discrepancias detectadas entre el tratamiento previo al ingreso y el activo en el hospital el 29% se consideraron no justificadas y generaron una IF. Las DNJ se encontraron preferentemente en el

servicio de NML (31,94%), UGA (29,17%) y MIR (27,78%), seguidas de UFISS (5,55%), UOG (3,7%) y CAR (1,85%). Consistieron principalmente en omisiones (68,06%), diferencias en la vía, frecuencia o dosis (23,61%) y comisiones (5,56%). Los subgrupos ATC con mayor implicación en las DNJ fueron psicoanalépticos (8,3%), agentes contra padecimientos obstructivos de la vía respiratoria (8,3%) y oftalmológicos (4,6%). La aceptación global de las IF fue del 75,93 % observándose diferencias entre los servicios, siendo NML el de mayor aceptación (81,88%) y CAR el de menor (50%). El análisis por sub-grupos mostró una aceptación del 85,2% para la COI realizada en las primeras 24 horas del ingreso (precoz), que fue notablemente superior a la realizada entre las 24-48 horas (62,5%) y después de las 48 horas del ingreso (63,64%). El 50% de los pacientes se conciliaron en las primeras 24 horas del ingreso.

CONCLUSIONES: La COI precoz incrementó notablemente el grado de aceptación de la IF, con un aumento superior al 20% respecto a la realizada después de este período. Esto supuso una disminución del 86% de las DNJ por cada paciente y evidenció la importancia de la conciliación precoz para el éxito del programa.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1053. CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO AL USO RACIONAL DE LOS INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA Y LA MEMANTINA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

AUTORES: MORENO DÍAZ T, SÁNCHEZ RUIZ A, MERINO ALMAZÁN M.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. Avda. del Ejército Español, 10. Jaén. España

OBJETIVOS: Evaluar la adecuación a las diferentes guías y recomendaciones del tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, galantamina, rivastigmina) y con el antagonista de receptores NMDA memantina en la enfermedad de Alzheimer, y detectar asociaciones incorrectas entre estos fármacos en pacientes hospitalizados. Cuantificar las interacciones entre IACE, fármacos anticolinérgicos y otros fármacos y evaluar el grado de respuesta y aceptación por el médico de las notificaciones enviadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado desde julio de 2015 a diciembre de 2015. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, número de fármacos con efecto anticolinérgico, interacciones entre IACE y anticolinérgicos y aceptación de la intervención. Se utilizó la escala de Rudolph de riesgo anticolinérgico en personas mayores, que asigna una puntuación del 1 al 3 a cada fármaco anticolinérgico según su efecto. Se consideraron los criterios descritos por la guía de la EFNS para el tratamiento del Alzheimer. La información del paciente y los datos clínicos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica Dominion y de Diraya. La vía de comunicación establecida con el médico fue electrónica.

RESULTADOS: Se estudiaron 31 pacientes, con una edad media de 82 años. 15 eran mujeres y 16 hombres. 26 pacientes (83%) cumplían con las recomendaciones de la guía, mientras que 5 (17%) no las cumplían, ya que estaban recibiendo la combinación de un inhibidor de la acetilcolinesterasa y memantina (3 con donepezilo y 2 con galantamina). Un total de 16 interacciones fueron detectadas y comunicadas al médico, de las cuales 12 fueron aceptadas, 2 fueron rechazadas y 4 quedaron sin respuesta. El 51% de los pacientes estudiados recibían además fármacos con diversa carga anticolinérgica: haloperidol, risperidona, quetiapina, trazodona, paroxetina, carbidopa-levodopa, metoclopramida, clorpromazina, hidroxicina, imipramina (9 pacientes recibían 2 de ellos, 3 pacientes 1, y 1 paciente recibía 4 de estos fármacos).

CONCLUSIONES: Los fármacos anticolinérgicos se emplean con frecuencia en la población anciana, incluso después de la prescripción de un IACE, lo que conlleva riesgo de deterioro cognitivo. Los beneficios de la adición de memantina a IACE no están demostrados, ya que no hay evidencia de una mejora cognitiva a corto o largo plazo con esta asociación. Hubo un alto nivel de adecuación a las recomendaciones, mientras que un alto porcentaje de pacientes estaba en riesgo de sufrir efectos adversos derivados de las interacciones. La intervención del farmacéutico puede contribuir a mejorar la farmacoterapia del paciente con Alzheimer, un tipo de paciente cada vez más frecuente.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

286. DEFINICIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: Moreno García M, Quintana Velasco F, Madrid Gonzalez M, Guerra De Prado M.

Hospital Universitario Río Hortega. Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Establecer indicadores de calidad para el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) en un centro sociosanitario y evaluar el potencial de mejora de los tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo realizado en 210 residentes de un centro sociosanitario. Para la elaboración de los indicadores de calidad se revisan las guías de práctica clínica de tratamiento de la insu-

ficiencia cardiaca (IC) NICE 2015, ACCF/AHA Heart Failure Guideline 2013, Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2012 y la información disponible en la base de datos Uptodate®.

Se definen los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la clase funcional de la NYHA en la historia clínica
2. Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC que se les ha realizado en el último año determinación de urea, creatinina y electrolitos
3. Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC sistólica a los que se les ha prescrito un IECA ó ARA II. (No contabilizan los pacientes con valores de Cr>3 mg/dl y K+> 5,5 mmol/L o episodios de hipotensión (PAS
4. Porcentaje de pacientes con IC sistólica estable a los que se les ha prescrito un beta-bloqueante
5. Porcentaje de pacientes con IC y fibrilación auricular anticoagulados.

Se seleccionan los residentes con diagnóstico de IC, se revisa su historia clínica en el programa Resiplus® y la prescripción médica en el programa Farmatools®. El potencial de mejora se evalúa definiendo como estándar un porcentaje de al menos el 75% de cada indicador.

RESULTADOS: Tienen diagnóstico de IC 24/210 residentes (6 hombres y 18 mujeres), con una edad mediana de 86 [76-98] años. Solamente uno de los indicadores cumple el estándar de calidad con un 100% de los residentes a los que se les ha realizado en el último año determinación de urea, creatinina y electrolitos. El resto de los indicadores están muy por debajo del 75% definido como estándar: un 8% (2/24) de pacientes con registro de la clase funcional de la NYHA en la historia clínica, un 52,3% (11/21) en tratamiento con IECA ó ARA-II (sin contabilizar tres pacientes por registro de hipotensión) y un 37,5% (9/24) con IC estable en tratamiento con beta-bloqueante.

CONCLUSIONES: El 80% de los indicadores de calidad definidos se encuentran muy por debajo del estándar recomendable detectándose un elevado grado de potencial de mejora.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

150. DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN FASE AVANZADA

AUTORES: RODRIGUEZ JIMENEZ E, CIFUENTES CACERES R, MANZANO LISTA J, SANCHEZ LOPEZ M, MARTINEZ CAMACHO M, GARCIA MARCO D.

HOSPITAL VIRGEN DEL VALLE. carretera de Cobisa s/n. Toledo. España

OBJETIVO: Aplicación de un protocolo para realizar desprescripción en el tratamiento frente a la enfermedad de Alzheimer (EA) en fase avanzada, en una residencia de mayores

Método: Estudio prospectivo observacional que se llevó a cabo en una residencia de mayores de 120 plazas, durante un año. Se elaboró un protocolo para seleccionar a los residentes con EA avanzada. En primer lugar se localizan los residentes que están recibiendo tratamiento para la enfermedad de Alzheimer (EA). A continuación se seleccionan los que están en fase avanzada de la enfermedad y en estos residentes se inicia la desprescripción. Para determinar la fase de la enfermedad, se valoran los siguientes aspectos: la situación clínica, en base a señales y síntomas, el estado cognitivo y el funcional. La valoración clínica se objetivó con la Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (GDS). El estado cognitivo se valoró con el test Mini Mental State Examination (MMSE); Para valorar estado funcional, se usó la escala FAST (Funcional Assessment Staging Test). Se consideraron los siguientes valores para determinar que la enfermedad estaba en fase avanzada: GDS=7, MMSE

RESULTADOS: Los residentes con tratamiento frente a la EA fueron 28 (23% del total de la residencia), la mayoría mujeres, 25 (89,28%) y 3 hombres (10,71%). De ellos con enfermedad avanzada que entraron en desprescripción se encontraron 9 (32,14%), la mayoría mujeres 8 (88,88%) con edades comprendidas entre 84 y 93 años. Todos los casos estaban en un GDS=7, una paciente obtuvo una puntuación de 2 en el test MMSE, en el resto la puntuación fue de cero. La puntuación FAST fue, en tres casos 7d y en los cinco casos restantes superior a 7d. Los medicamentos retirados fueron Memantina (4 casos, 44,44%) casos) Rivastigmina (4 casos 44,44%) y Galantamina (1 caso, 11,11%). Después de la desprescripción, no se observó, en ningún caso, cambios significativos de la situación funcional, cognitiva o conductual.

CONCLUSIONES: La aplicación de este protocolo ha resultado efectiva para evaluar y seleccionar los residentes con EA en fase avanzada, en los que resulta innecesario el tratamiento en esa situación. El seguimiento y la valoración periódica de este tipo de residentes es fundamental para la toma de decisión respecto al tratamiento farmacológico.

1226. DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN UN MEDIO RESIDENCIAL GERIÁTRICO

AUTORES: LEACHE ALEGRIA L, ARIZCUREN DOMEÑO MÁ, IDOATE GRIJALBA A, BURGUETE VIDONDO Y, DE GRACIA VERGARA P.

RESIDENCIA LANDAZÁBAL. Calle Landazábal 2, bajo. CP: 31600. Navarra. España

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) en base a la aplicación de criterios de control en un modelo residencial geriátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal de pacientes ancianos (edad ≥ 65 años) institucionalizados en un centro residencial geriátrico.

Se recogieron variables: demográficas (edad y sexo), clínicas (patología y síndromes geriátricos) y de tratamiento. Se incluyeron fármacos crónicos (duración ≥ 30 días). Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y del programa de gestión informática del centro. Se definió polifarmacia como el consumo de ≥ 5 medicamentos. Para la identificación de PPI se emplearon los criterios STOPP-START.

RESULTADOS: Se incluyeron 170 pacientes con una mediana (rango) de edad de 86 (65-104) años, siendo un 72% mujeres. Se identificaron un total de 1700 fármacos crónicos.

Las patologías más prevalentes fueron: osteoarticular (94,4%), neurológica (85%), sensorial (76%) y cardiovascular (40%), entre otras. Entre los síndromes geriátricos más frecuentes destacan: polifarmacia (83%), trastorno del ánimo (72%), deterioro cognitivo (69%), incontinencia urinaria (63%), alteración de la marcha (49%), déficit sensorial (36%), estreñimiento (28%) y trastorno del sueño (28%).

Se detectaron un total de 315 PPI (18,5% del total de tratamientos crónicos): 212 (67,3%) en base a criterios STOPP y 103 (32,7%) en base a criterios START. Un 25% de pacientes presentó más de una PPI.

Los criterios STOPP más prevalentes correspondieron a: sistema nervioso central (33,0%), fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caída en personas mayores (23,5%), sistema cardiovascular (18,9%), uso de analgésicos (9,9%) e indicación de la medicación (5,6%), entre otros. La utilización de neurolépticos y benzodiazepinas en pacientes con riesgo de caída fueron los criterios STOPP más frecuentes en nuestro medio.

Los criterios START más frecuentes correspondieron a: sistema cardiovascular (38,8%), sistema musculoesquelético (36,9%), sistema endocrino (9,7%), sistema gastrointestinal (7,8%), sistema respiratorio (3,9%) y sistema nervioso central (2,9%). Los criterios START más prevalentes fueron: anticoagulantes en fibrilación auricular crónica, suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis, antiagregantes en pacientes con enfermedad vascular y uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

CONCLUSIONES: Un 18,5% de los tratamientos crónicos constituye PPI, predominando los criterios STOPP (67,3%). Los criterios STOPP-START constituyen una medida dirigida a prevenir la utilización inadecuada de fármacos, promoviendo una prescripción más eficiente y segura, por lo que se considera necesaria su incorporación a la valoración geriátrica multidisciplinar.

614. EL FARMACÉUTICO DE RESIDENCIAS Y LA REDUCCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS

AUTORES: González Martínez M, Capilla Santamaría E, Martínez Sánchez E, Cáliz Hernández B, Aranguren Oyarzábal A, Calvo Alcántara MJ.

Subdirección General de Farmacia Y Productos Sanitarios. SERMAS. Plaza Carlos Trias Bertrán 7; CP:28020. Madrid. España

OBJETIVOS. En las personas mayores existen determinados medicamentos con una relación beneficio/riesgo desfavorable. Esto ha motivado el desarrollo de criterios de prescripción inapropiada en este grupo de población. Los más extendidos son los Beers y STOPP-START. En nuestra Comunidad se han seleccionado una serie de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en mayores de 74 años por su relevancia. El objetivo principal de este estudio fue evaluar si la intervención farmacéutica reduce la prevalencia de MPI en residencias de mayores (RM). Los objetivos secundarios fueron estimar la prevalencia de MPI e identificar los MPI más frecuentemente en esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio cuasiexperimental, multicéntrico, transversal y prospectivo de diseño antes-después en nueve residencias de mayores públicas. El corte transversal se realizó durante el segundo semestre del año 2015 en función de la residencia. Se incluyeron todos los residentes institucionalizados de edad superior a 73 años. Se consideraron pérdidas de seguimiento aquellos residentes que fallecieron o fueron trasladados. Se utilizaron los criterios de MPI de la Comunidad que incluyen: benzodiazepinas de vida media larga, algunos fármacos con efecto

anticolinérgico, sulfonilureas de vida media larga, AINE, ticlopidina y fluoxetina. La variable principal fue la reducción en el porcentaje de residentes con MPI antes y después de la intervención farmacéutica. Se analizó además, el número de intervenciones aceptadas, y si la aceptación de las intervenciones estaba relacionada con algún medicamento o grupo concreto. Se propusieron las intervenciones en base a las alternativas detalladas en estos criterios MPI. Se empleó el programa IBM® SPSS® Statistics 22.0 para el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS: Se incluyeron 2204 residentes mayores de 73 años, con una edad media de 86,2 años (73-106) y un 73,5% mujeres. La prevalencia de residentes con MPI fue de 4,8% (n=105) antes de la intervención (edad media: 83,7 años y 73,9% mujeres). Los 105 residentes estaban en tratamiento con 111 MPI. En 39 de ellos no se realizó ninguna intervención, en la mayoría de los casos por estar justificado su uso (72%). Se propusieron 72 intervenciones de las que se aceptaron 21 (29,2%). Hubo 5 pérdidas de seguimiento. El porcentaje de residentes con MPI pasó del 4,8% al 3,6% (OR=1,34; IC95%: 0,99 a 1,86; p=0,059). No se encontraron diferencias en la aceptación entre grupos terapéuticos o medicamentos. Los MPI más frecuentemente utilizados fueron: amitriptilina, clorazepato dipotásico, diazepam e hidroxizina (14% cada uno) seguidos de biperideno y fluoxetina (12% cada uno).

CONCLUSIONES: La atención farmacéutica centrada en los MPI consigue disminuir numéricamente la prevalencia de los mismos en personas de edad avanzada institucionalizadas en residencias de mayores.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

292. ESTIMACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. PROYECTO IMPACTO.

AUTORES: Villalba Moreno AM, Alfaro Lara ER, Pérez Guerrero C, Nieto Martín MD, Villanueva Buenos C, Santos Ramos B.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avda Manuel Siurot. Sevilla. España

OBJETIVOS: Los efectos adversos de medicamentos anticolinérgicos pueden contribuir a la aparición de eventos como deterioro cognitivo o caídas en pacientes de edad avanzada. El objetivo del estudio es estimar el Riesgo Anticolinérgico (RAC) de una población de Pacientes Pluripatológicos (PP) según su farmacoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal del riesgo de sufrir reacciones anticolinérgicas en una cohorte de PP (según definición del Proceso Asistencial Integrado, Consejería de Salud) incluidos en el proyecto IMPACTO (Octubre 2010-Abril 2012).

Se utilizaron dos escalas muy utilizadas en la bibliografía: Anthicolinergic Risk Scale (ARS) y Anthicolinergic Cognitive Burden (ACB). En ellas se hace una clasificación de los fármacos según su actividad anticolinérgica. Puntuaciones superiores tras aplicarlas a los tratamientos se asocian con mayor riesgo de efectos anticolinérgicos. Puntuaciones iguales o superiores a 3 en ACB se consideran clínicamente relevantes y en ARS los pacientes con 3 o más puntos se califican de alto riesgo.

De cada paciente se recogió: edad, sexo y tratamiento farmacológico.

Variables: pacientes con RAC (aquellos tratados con al menos un fármaco con actividad anticolinérgica según las escalas ARS y ACB) y fármacos con actividad anticolinérgica más frecuentemente prescritos.

RESULTADOS: Se analizaron los tratamientos de 382 pacientes (edad media 76,9±8,9 años, 52,5% varones y una media de 11,6±5,5 medicamentos prescritos).

Según la escala ACB, se identificaron 327 pacientes (85,6%) considerados con RAC: 193 pacientes (50,5%) con 1 punto, 92 (24,1%) con 2 puntos y 42 (11,0%) con 3 o más puntos.

Según ARS, se determinaron 92 pacientes (24,1%) con RAC: 69 (18,1%) pacientes con 1 punto, 13 (3,4%) con 2 puntos y 10 (2,6%) con una puntuación de 3 o más.

Los fármacos más frecuentemente prescritos fueron furosemida (74,1%) y digoxina (7,9%) con 1 punto según ACB, risperidona (6,0%) y ranitidina (5,8%) con 1 punto en ambas escalas, atenolol (5,5%) con 1 punto en ACB y haloperidol (5,2%) con una puntuación de 1 en las dos escalas.

CONCLUSIONES: Existe un alto porcentaje de PP con riesgo de sufrir eventos adversos anticolinérgicos debido a su tratamiento. La detección de pacientes con RAC puede llegar a ser una importante estrategia para optimizar el tratamiento farmacológico en PP.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

209. ESTUDIO DE PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

AUTORES: Rodríguez Samper MC, Sola Morena MD, De Mora Alfaro MJ, González Moral ML.

Hospital General de Villarrobledo. Avenida Miguel de Cervantes s/n. Albacete. España

Objetivo

Describir las características de pacientes polimedicados mayores de 65 años, así como conocer la prevalencia de prescripción potencialmente inadecuada (PPI) en el ámbito de Atención Primaria.

Material y método

Se realizó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo desde Abril a Mayo de 2015. Se incluyeron los pacientes > 65 años polimedicados (con 7 o más fármacos) adscritos a un centro de salud urbano durante el primer trimestre del año. Se contabilizaron los medicamentos prescritos de forma ambulatoria activos con una duración mayor a 6 meses, excluyendo absorbentes, nutrición enteral, sondas o apósitos. La aleatorización de la muestra fue realizada a través de Excel 2010 con grado de confianza del 95% y precisión del 5%. Se revisaron las historias clínicas de cada paciente, a través de Mambrino XXI® y se accedió desde Turriano® a los datos de prescripción electrónica del ámbito de Atención Primaria.

Las variables recogidas fueron; sexo, edad, número de fármacos prescritos mínimo durante 6 meses, enfermedades crónicas (clasificación CIE-9-MC) y prescripción potencialmente inapropiada siguiendo los criterios STOPP- START versión 2.

Resultados

Durante dicho periodo, la población adscrita al centro de salud fue de 25.789 habitantes, de los cuales, 2.247 (8,7%) eran pacientes > 65 años polimedicados con 7 o más fármacos. Se evaluó una muestra aleatoria de 224 pacientes, 138 (61,6%) mujeres y 86 (38,4%) hombres, con una mediana de edad de 79 años (74-85). La mediana del número fármacos/ paciente fue de 10 (8-12).

Se registraron un total de 848 enfermedades crónicas, con una mediana de 4 enfermedades/ paciente (3-5). La hipertensión fue la más frecuente en ambos sexos, presente en 172 pacientes (76,8%), seguida de dislipemia (57,1%), asma o EPOC (30,4%), diabetes mellitus tipo II (25,4%) y artrosis (19,6%).

240 prescripciones cumplían algún criterio STOPP- START en 150 pacientes, 101 mujeres y 49 hombres. 140 pacientes presentaron criterios STOPP (212 prescripciones) y 28 pacientes criterios START (28 prescripciones). Se observó una mediana de 1 PPI/paciente (1-2).

El criterio STOPP más frecuente fue el relacionado con uso de benzodiazepinas > 4 semanas (41,5%), seguido del uso de opiodes pautados sin laxante (17%) y de zolpidem (7,5%). El 51,5% de dichos criterios pertenecían al sistema nervioso central, seguido de analgesia con el 17% y el sistema cardiovascular con un 10%.

El criterio START más frecuente fue la ausencia de antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica era habitualmente > 160 mmHg y/o la presión arterial diastólica era habitualmente > 90 mmHg (6/28), seguido de la omisión de agonistas beta-2 o antimuscarínicos inhalados pautados en asma o EPOC (5/28) y antiagregantes en enfermedad cardiovascular (5/28). El 64,2% de dichos criterios pertenecían al sistema cardiovascular, seguido del sistema respiratorio (17,9 %) y el gastrointestinal (10,7%).

CONCLUSIÓN: Nuestra población presenta características similares a otros estudios, observándose en más de la mitad de nuestros pacientes, al menos un criterio de PPI en el ámbito de Atención Primaria.

En esta población es fundamental un abordaje multidisciplinar desde los diferentes niveles asistenciales con el objetivo de identificar pacientes con riesgo de complicaciones asociadas al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

1243. EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA Y DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO

AUTORES: DIAZ RUIZ P, CALLEJON CALLEJON G, RODRIGUEZ RODRIGUEZ J, BETANCOR GARCIA T, JURADO SUÁREZ R, MERINO ALONSO J.

hospITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. cTRA DEL ROSARIO 145 SERVICIO DE FARMACIA -1. Santa Cruz de Tenerife. España

INTRODUCCIÓN

El dimetilfumarato (DMF) es un fármaco de administración oral indicado para el tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR), se trata de la primera terapia oral de primera línea de tratamiento para esta indicación, sin embargo presenta como efectos adversos muy frecuentes: molestias digestivas (menos del 12%) y rubefacción (34%).

OBJETIVO: Conocer la tolerancia y el grado de satisfacción de nuestros pacientes con EMRR en tratamiento con DMF.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo que incluye los pacientes actualmente tratados con DMF en nuestro hospital. Los pacientes fueron entrevistados para conocer la tolerancia a DMF y la percepción que tienen sobre eficacia y seguridad del mismo. Los pacientes que han pasado de otros inmunomoduladores a DMF se les ha pedido

que valorasen el cambio. Otras fuentes de información utilizadas han sido el programa de dispensación a pacientes externos de Dominion® y la historia clínica electrónica.

RESULTADOS: Actualmente se encuentran en tratamiento con DMF 33 pacientes con una edad media(SD) de 41,6(10,2) años, siendo mujeres el 84,8%(n=28) de los mismos, estos pacientes llevan en tratamiento con DMF un promedio(SD) de 7,93(3) meses.

El 57,6%(n=19) de los pacientes mostró molestias digestivas atribuibles al tratamiento, el 39,4%(n=13) las mostró solo durante los 2 primeros meses. Todos los pacientes menos 1 tomaron 20 mg de omeprazol el primer mes de tratamiento, 13 de ellos tuvo que incrementar la dosis diaria a 40 mg. En la actualidad 13 pacientes toman omeprazol, aunque solo 5 continúan con molestias digestivas, 1 de los pacientes ya tomaba omeprazol previamente.

La rubefacción fue presentada por el 78,8%(n=26) de los pacientes. De ellos a 7 les sigue ocurriendo con mucha frecuencia (mas de 3 veces por semana), a 8 con frecuencia (1 vez a la semana), a 4 ocasionalmente (1 o 2 veces al mes) y a 7 ya no les ocurre.

En la percepción subjetiva de los pacientes en cuanto a tolerancia: 8 refieren tolerarlo muy bien, 15 bien, 9 ni bien, ni mal, 1 paciente lo tolera mal.

En la percepción subjetiva de los pacientes de la eficacia: 5 pacientes la perciben como muy buena, 17 buena, 8 ni buena ni mala, y 3 perciben una mala eficacia.

El 69,7%(n=23) provienen de otros tratamientos: 21 de otros inmunomoduladores de primera línea (interferones y ac. glatiramer), 1 de fingolimod y 1 de natalizumab. El tiempo medio(SD) que llevan en tratamiento con inmunomoduladores es de 6,9(5,1) años. En su valoración del cambio respecto a las terapias previas: 14(60,8%) valoran el cambio como muy positivo, 7(30,5%) como positivo y 2(8,7%) como negativo.

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con DMF presentan efectos adversos de forma más frecuente que lo que muestran sus ensayos clínicos, siendo la rubefacción mas frecuente que las molestias digestivas.

La percepción de los pacientes en cuanto a tolerancia es elevada al igual que en cuanto a eficacia.

La mayoría de los pacientes que están tratados con DMF y habían recibido otros tratamientos inmunomoduladores previos valoran positivamente el cambio.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

761. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE INMUNOMODULADORES EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS 51 MESES DE IMPLANTACION

AUTORES: BETANCOR GARCÍA T, DÍAZ RUIZ P, CALLEJÓN CALLEJÓN G, RODRÍGUEZ RODRIGUEZ J, HERNÁNDEZ PÉREZ MA, MERINO ALONSO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. CTRA DEL ROSARIO 145 SERVICIO DE FARMACIA -1. Santa Cruz de Tenerife. España

INTRODUCCIÓN

En 2012 se implantó en nuestro centro el Programa de Optimización de Dosis de Inmunomoduladores en Esclerosis Múltiple (PODIEM), consensuado entre la Unidad de Esclerosis Múltiple y el Servicio de Farmacia y avalado por la Comisión de Farmacia. En PODIEM se reduce la dosis total mensual de inmunomodulador que recibe el paciente reduciendo su frecuencia de administración con el objetivo de mejorar la adherencia y minimizar los efectos adversos, manteniendo la respuesta clínica. Los pacientes incluidos en PODIEM presentan Esclerosis Múltiple remitente recurrente sin brotes ni lesiones nuevas ni activas en Resonancia Magnética y sin progresión de la discapacidad en los últimos 3 años. Los pacientes aceptan ser incluidos en el programa mediante consentimiento informado.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia, seguridad y costes del PODIEM tras 51 meses de su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Evaluación de resultados de PODIEM obtenidos entre 01/01/2012 y 31/03/2015. Con el programa de dispensación a pacientes externos de Dominion® fueron analizadas las dosis prescritas y dispensadas por paciente desde la primera reducción de dosis hasta que abandonaron PODIEM.

Se calculó el porcentaje de dosis que recibió cada paciente durante el periodo del estudio considerando como 100% las dosis plenas de fármaco según ficha técnica.

Se calculó el gasto real que ha supuesto la terapia de estos pacientes y el gasto hipotético si no se hubiese aplicado PODIEM, valorando así el ahorro obtenido.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, 443 pacientes han sido tratados con inmunomoduladores de primera línea (Interferones o Ac.Glatirámico) de los que 90(20%) se incluyeron en PODIEM. De ellos, 21 han reducido dos veces la dosis y 5 una tercera vez.

69 pacientes (76,7%) han permanecido el programa más de 12 meses, 46(51,1%) más de 24 meses, 32(35,6%) más de 36 meses y 8(8,9%) más de 48 meses.

Del total de pacientes de PODIEM, 30 sujetos (33,3%) interrumpieron el programa, 10 de ellos volvieron a dosis plenas por empeoramiento clínico, 13 cambiaron a otro fármaco y 7 se desconoce.

La media $\pm$ SD del porcentaje de dosis que recibieron los pacientes para cada fármaco es la siguiente:

- Acetato de glatirámico 20 mg SC: 15 pacientes, porcentaje de dosis 42,3 $\pm$ 8,3.
- Interferón beta-1a 22mcg SC: 21 pacientes, 57,3 $\pm$ 13,8.
- Interferón beta-1a 44mcg SC: 27 pacientes, 53,1 $\pm$ 14,0.
- Interferón beta-1a 30 mcg IM: 11 pacientes, 49,6 $\pm$ 1,2.
- Interferón beta-1b SC 300mcg: 16 pacientes, 76,9 $\pm$ 16,7.

Implantar PODIEM durante estos 51 meses ha supuesto un ahorro de 953.885€, lo cual se traduce en un ahorro medio 224.444/año.

CONCLUSIONES: La colaboración entre el Servicio de Farmacia y la Unidad de Esclerosis Múltiple ha permitido implantar con éxito PODIEM en nuestro hospital

PODIEM permite reducciones de dosis de inmunomoduladores con garantías de eficacia y seguridad para el paciente siendo muy importante la adecuada selección de pacientes y su estrecho seguimiento.

PODIEM presenta ventajas de tolerabilidad para los pacientes y un importante ahorro económico para el hospital.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

762. FACTORES ASOCIADOS A CAÍDAS EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

AUTORES: LEACHE ALEGRIA L, ARIZCUREN DOMEÑO MÁ, IDOATE GRIJALBA A, BURGUETE VIDONDO Y, DE GRACIA VERGARA P.

RESIDENCIA LANDAZÁBAL. Calle Landazábal 2, bajo. CP: 31600. Navarra. España

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de caídas en pacientes institucionalizados, así como identificar los factores asociados a sufrir un mayor número de caídas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en un centro socio-sanitario de larga estancia. Se incluyeron aquellos residentes que sufrieron al menos una caída durante el año 2015.

Se recogieron variables: 1) demográficas: edad y sexo, 2) funcionales: índice de Barthel (IB) y Tinetti para el equilibrio y la marcha, 3) cognitivas: Mini-Examen cognoscitivo (MEC), 5) clínicas: alteración visual y auditiva, 4) de tratamiento: polifarmacia (consumo de >5 medicamentos) y prevalencia de fármacos que incrementan el riesgo de caída (antidepresivos, hipnóticos, neurolépticos y sedantes). Los datos se obtuvieron del programa de gestión informática del centro.

El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante STATA® 13.0. Para analizar la normalidad de las variables se utilizó la prueba Shapiro-Wilk. La relación entre variables cuantitativas y cualitativas se analizó mediante la prueba de U de Mann Whitney y la relación entre variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, dependiendo de su normalidad. Con las variables estadísticamente significativas se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se registraron un total de 253 caídas que correspondían a 105 residentes (61,0% del total). La mediana (rango) de edad fue de 86 (61-99) años, siendo el 63,8% mujeres. La mediana (rango) del número de caídas por usuario fue de 2 (1-9).

La mediana (rango) del IB fue de 30 (0-100), Tinetti de 17 (0-27) y MEC de 17 (0-35). Un 57,1% presentaba alteración visual y un 20% auditiva. Un 83,8% de usuarios presentaba polifarmacia y un 91,4% mantenía tratamiento con al menos un fármaco que incrementa el riesgo de sufrir caídas.

El consumo de fármacos sedantes fue el único factor que estuvo asociado a sufrir un mayor número de caídas (coeficiente de correlación: 1,56; $p=0,028$). No se obtuvo relación estadísticamente significativa entre el número de caídas y la edad ($p=0,590$), IB ($p=0,342$), Tinetti ($p=0,324$), MEC ($p=0,236$), alteración visual ($p=0,787$), alteración auditiva ($p=0,709$), polifarmacia ($p=0,916$), número de fármacos que aumentan el riesgo de sufrir caídas ($p=0,630$), consumo de antidepresivos ($p=0,371$), hipnóticos, ($p=0,451$), hipotensores ($p=0,813$) ni consumo de neurolépticos ($p=0,081$).

CONCLUSIONES: El elevado porcentaje de pacientes que presentó al menos una caída durante el periodo de estudio (61,0%) revela la magnitud del problema en los centros socio-sanitarios.

Se observa asociación entre el consumo de fármacos sedantes y el número de caídas, lo que pone de manifiesto la necesidad de evaluar de forma periódica la idoneidad de dichos tratamientos en base a criterios beneficio-riesgo.

1002. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA TRAS EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ICTUS EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR SEGÚN LOS CRITERIOS CHA2DS2-VASC

AUTORES: LIÑANA GRANELL C, BRAVO JOSÉ P, SAÉZ LLEÓ C, GALLEGO IGLESIAS B, FERRANDO PIQUERES R, IBAÑEZ BENAGES E.

HOSPITAL GENERAL CASTELLÓN. Avda. Benicassim, s/n. Castellón de la Plana. España

OBJETIVO: Evaluar el riesgo de presentar un accidente cerebro-vascular (ACV) y el riesgo de sangrado en pacientes institucionalizados en Residencias para Personas Mayores Dependientes (RPM) diagnosticados de arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado entre Febrero-abril de 2016 en pacientes institucionalizados en tres RPM dependientes del Servicio de Farmacia (414 residentes). Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticados de ACxFA, con o sin tratamiento para la prevención de ictus. Mediante la revisión de historias clínicas y consulta del programa informático Sinfhos® se recogieron variables demográficas y clínicas. A los pacientes seleccionados se les realizó la evaluación de los criterios CHA2DS2-VASc puntuando las siguientes variables: Insuficiencia cardíaca, hipertensión, edad (>75), Diabetes Mellitus, ictus previo, enfermedad vascular y sexo (femenino). De la misma forma se evaluó el riesgo de hemorragia de estos pacientes, mediante la escala HAS-BLED, partiendo de los factores de riesgo asociados con la probabilidad de sangrado: Hipertensión, función renal y hepática, ACV previo, historia previa de sangrado, INR lábil, edad (>65), fármacos y alcohol. Los resultados se trataron como frecuencias relativas mediante el programa Excel 2010®.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 53 pacientes ($86,4 \pm 6,4$ años; 30,2% hombres), a los que se les realizaron ambas evaluaciones (CHA2DS2-VASc y HAS-BLED). Se obtuvo una puntuación CHA2DS2-VASc media de $4,8 \pm 1,4$, con riesgo de presentar un ACV por año de $6,4 \pm 2,7\%$. Además, un 26,4% de los pacientes sufrían un riesgo intermedio de hemorragia y un 73,6% un riesgo alto. El 100% de los pacientes obtuvieron valores de riesgo de ictus entre moderado y alto, siendo el tratamiento recomendado con anticoagulantes. El análisis indicó que 37 (69,8%) recibían tratamiento anticoagulante, 11 pacientes (20,8%) estaban tratados con antiagregantes y 5 pacientes (9,4%) no llevaba ningún tipo de tratamiento. Un 68,75% de los pacientes que no se adecuaban a las recomendaciones tenían un riesgo ≥ 4 de sufrir un evento cardiovascular. De los pacientes no tratados, el 33,3% tenían un riesgo alto de sufrir hemorragia, mientras que en los tratados con antiagregantes era de un 72,7%.

Se procedió a la intervención farmacéutica en dichos pacientes. De los pacientes no tratados: 2 fallecieron antes de la intervención, en 2 pacientes se recomendó su derivación a cardiología y en 1 no se realizó intervención por edad muy avanzada (99 años).

En los pacientes tratados con antiagregantes, tras revisión y consulta con los médicos de referencia se decidió no modificar el tratamiento. Los motivos principales de no intervención fueron: alto riesgo de sangrado, edad muy avanzada, demencia avanzada o enfermedad terminal, riesgo moderado de ictus y déficit de factores de coagulación.

CONCLUSIONES: El riesgo de ictus en pacientes de edad avanzada con ACxFA es elevado, por lo que es importante un control de los factores de riesgo y de la necesidad o no de introducir tratamiento anticoagulante.

La importancia del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes institucionalizados es indispensable para evitar un aumento en la morbi - mortalidad.

605. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS AL INGRESO Y AL ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES: GALINDO ALLUEVA M, CASAJÚS LAGRANJA P, ARRIETA NAVARRO R, ARTAJONA RODRIGO E, GASSO SÁNCHEZ MA, CASTIELLA GARCÍA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Paseo Isabel la Católica 1-3, 50009. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Analizar el número y tipo de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPIs) que presentan los pacientes al ingreso y al alta en un servicio de medicina interna (MI). Observar los fármacos más implicados en las PPIs.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó la medicación domiciliar al ingreso y al alta de los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en MI entre febrero y marzo de 2016. Variables recogidas: edad, sexo, principios activos (PAs) al ingreso y al alta y procedencia. Fuentes de datos: informe de urgencias, informe de alta y receta electrónica. Para analizar las PPIs se utilizaron los criterios de Beers (CB) 2015 clasificados en cinco tipos: evitar fármaco (EF), evitar en patología concreta (EPC), usar con precaución (UP), interacción (I) y evitar según función renal (EFR). Se llevó a cabo un análisis descriptivo y comparativo, programa estadístico: SPSS 15.0.

RESULTADOS: 60 pacientes: 56,7% hombres, edad media 83,3 años (rango: 66-95), 83,3% no institucionalizados. Media PA al ingreso: 8,58; media de PA al alta: 8,65; media PPIs al ingreso: 3,03 (rango 0-10), media PPIs alta: 2,65 (rango 0-8). El 91,7% de los pacientes presentaron alguna PPI al ingreso y el 93,7% al alta. Al ingreso se detectaron un total de 182 PPIs siendo un 47% de tipo EF, 35% tipo UP, 14% tipo EPC, 2% tipo I y 2% tipo EFR. Las PPIs más frecuentes fueron el uso de diuréticos 22% (tipo UP), inhibidores de la bomba de protones (IBPs) sin estar indicados 21% (EF), benzodiacepinas 12% (EF) y uso de fármacos a evitar en pacientes con demencia o deterioro cognitivo 7% (EPC). Al alta se encontraron un total de 127 PPIs siendo un 47% del tipo EF, un 44% del tipo UP, un 7% de tipo EPC y un 2% tipo I y 1% tipo EFR. Las PPIs más frecuentes fueron el uso de diuréticos 25% (tipo UP), IBPs sin estar indicados 22% (EF), benzodiacepinas 13% (EF) y precaución en el uso de ISRS 8% (UP). No existen diferencias significativas entre las PPIs al ingreso y al alta ($p=0,41$). Sólo se observan diferencias significativas entre las PPIs de tipo EPC al ingreso (43,3% de los pacientes) y al alta (15%) ($p=0,03$). Por criterios concretos sólo se observaron diferencias significativas en el uso de AINEs al ingreso (8,3% de los pacientes) y al alta (0%); $p=0,046$. Se observan diferencias significativas según sexo tanto en las PPIs al ingreso (2,67 criterios en varones vs 3,14 en mujeres; $p=0,034$) como al alta (2,3 en hombres vs 3,1 en mujeres; $p=0,026$).

CONCLUSIONES: Un elevado número de pacientes presentan alguna PPI. Tras la estancia hospitalaria no se ve reducido su número, por lo que es necesario plantear estrategias en colaboración con los facultativos implicados para intentar disminuirlas. Destaca la elevada frecuencia de uso de IBPs sin indicación y de benzodiacepinas al ingreso que no son modificadas al alta, y el mayor número de PPIs en mujeres.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

855. PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR OSTEOPORÓTICA

AUTORES: MOVILLA POLANCO E, BAS BRIME V, LALUEZA BROTO P, VILLAR CASARES MDM, MESTRE TORRES J, SELGA MARSÁ J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. del Valle de Hebrón, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: El déficit de vitamina D se relaciona con osteoporosis y aumento del riesgo de fracturas siendo prevalente en la población anciana. El objetivo de este estudio consiste en conocer el estatus de vitamina D en una cohorte de pacientes geriátricos con fractura de fémur osteoporótica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluye todos los pacientes ingresados en la Unidad de Ortopediatriá de un hospital universitario de tercer nivel por fractura de fémur durante un periodo de dos meses de 2016. De cada paciente se recogieron variables biodemográficas (edad, sexo, peso, ámbito de residencia, polifarmacia), variables clínicas (función renal $\square$ filtrado glomerular-, albúmina sérica, tipo de fractura y valores plasmáticos de vitamina D). Se excluyeron los pacientes con fractura patológica de fémur.

En relación con la vitamina D, se registraron los valores al ingreso. Se aceptó la clasificación empleada en la práctica clínica donde se define como hipovitaminosis valores de calcifediol inferiores a 30 ng/ml. Las hipovitaminosis a su vez se dividen en: insuficiencia (20-29 ng/ml), deficiencia (

RESULTADOS: Ingresaron durante el periodo de estudio un total de 64 pacientes, la mayoría mujeres (73,4%), con una mediana de edad de 87 años (69-97).

Del total de pacientes se analizaron aquellos de los que se había determinado el nivel de vitamina D al ingreso; en total 23, con una mediana de edad de 84 años (90,5% mujeres).

La mediana de albúmina plasmática en este grupo fue de 3,2 g/dl (2,9 $\square$ 4,1 g/dl), el 52,2% tenían un aclaramiento de creatinina inferior a 60 ml/min y en un caso inferior a 30 ml/min.

El tipo de fractura más frecuente fue la pertrocanterea (47,8%) seguida de la subcapital (39,1%). El resto fueron una fractura de acetábulo, una periprotética y una subtrocantérea.

La mayoría de los pacientes (52%) con hipovitaminosis D estaban institucionalizados, el 28,5% vivían solos y el resto vivía con la familia. Además, el 95,6% (22/23) estaban polimedicados.

Los niveles de vitamina D alcanzaron una mediana de 4.78 ng/ml (4 $\square$ 48 ng/ml). El 91,3% (21) presentó hipovitaminosis D: insuficiencia 4,3%, deficiencia 21,7% y deficiencia grave 65,2%.

Al analizar los subgrupos (normalidad, insuficiencia, deficiencia y deficiencia grave) no se encontró correlación entre el grado de déficit de vitamina D y los niveles de albúmina, la función renal, la polifarmacia, la institucionalización ni el tipo de fractura. Sin embargo, si se observó una ligera relación entre la deficiencia grave de vitamina D y edad avanzada.

CONCLUSIÓN: La deficiencia grave de vitamina D afecta a una elevada proporción de pacientes con fractura de fémur osteoporótica. A pesar de la alta prevalencia, la determinación de niveles plasmáticos al ingreso es poco frecuente.

Sería interesante comparar estos resultados con una cohorte de pacientes de las mismas características sin fractura de fémur para establecer una correlación clínica real entre riesgo de fractura y grado de déficit de vitamina D. No obstante, se necesitan más estudios poblacionales que permitan determinar la aplicabilidad de la clasificación de hipovitaminosis D que tenemos actualmente aceptada.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

13. PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL.

AUTORES: Martínez Crespo A, Mallén Torrijo N, Lozano Ortiz R, Frutos Pérez-Surio A, Apesteguía El Busto A. Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar. Calle Duquesa Villahermosa 66-68. Zaragoza. España

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de antipsicóticos (Grupo N05A, clasificación ATC) prescritos en el centro como variable principal y como variables secundarias la proporción de antipsicóticos típicos frente a los antipsicóticos atípicos, la prevalencia de antipsicóticos de acción prolongada y de prescripciones ☐off-label☐.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal realizado con los pacientes ingresados en el centro el día 20 de noviembre de 2015 que llevaban prescrito algún antipsicótico en ese momento.

La información se obtuvo mediante el módulo de unidosis del programa Farmatools®, creándose una base de datos en Access con la siguiente información: número de historia del paciente, sexo, edad, antipsicóticos prescritos, antipsicóticos con prescripción de dosis ☐off-label☐ (superior a la dosis indicada en la ficha técnica del medicamento). Para las comparaciones se utilizó la prueba de χ^2 , presentándose los datos como la media $\pm$ desviación estándar o en porcentajes.

RESULTADOS: De los 171 pacientes ingresados en el centro, se excluyeron 4 quedando la muestra constituida por 167 pacientes, 104 hombres y 63 mujeres con una edad de $57,39 \pm 15,86$ años.

El número total de prescripciones de antipsicóticos fue de 379, de las cuales 117 (30,87 %) correspondieron a antipsicóticos típicos y 262 (69,13 %) a antipsicóticos atípicos.

La prevalencia de prescripción de cada antipsicótico típico fue: clotiapina 10 (2,64 %), levomepromazina 40 (10,55 %), flufenazina 16 (4,22 %), zuclopentixol 24 (6,33 %), trifluoroperazina 1 (0,26 %), perfenazina 1 (0,26 %), clorpromazina 1 (0,26 %) y haloperidol 24 (6,34 %).

Respecto a la prevalencia de cada antipsicótico atípico: clozapina 39 (10,29 %), olanzapina 57 (15,04 %), quetiapina 39 (10,29 %), paliperidona 69 (18,21 %), risperidona 19 (5,01 %), aripiprazol 32 (8,45 %), ziprasidona 2 (0,53 %), asenapina 1 (0,26 %) y amisulpirida 4 (1,06 %).

El número de antipsicóticos por paciente fue de $2,21 \pm 1,03$ con un máximo de 5 antipsicóticos prescritos a un mismo paciente, 6 pacientes alcanzaron esa cifra.

Se prescribieron un total de 84 antipsicóticos de acción prolongada (22,16 % de las prescripciones totales): 10 aripiprazol (Abilify Maintena®), 30 paliperidona (Xeplion®), 10 risperidona (Risperdal Consta®), 16 flufenazina (Modecate®), 17 zuclopentixol (Clopixol Depot®) y 1 olanzapina (Zyphadera®).

Un total de 42 prescripciones (11,29 %) se consideraron ☐off-label☐, al superar la dosis máxima contemplada en la ficha técnica, de las cuales 38 (90,47 %) correspondían a antipsicóticos atípicos y 4 a los típicos (9,53 %). ($\chi^2 = 8,36$; $p=0,0038$).

CONCLUSIONES: -La media de antipsicóticos prescritos/paciente fue de 2,21.

- Mayor prevalencia de prescripciones de antipsicóticos atípicos frente a los típicos.
- Alto porcentaje de prescripciones de antipsicóticos parenterales de acción prolongada.
- Los antipsicóticos atípicos son utilizados en dosis ☐off-label☐ con más frecuencia que los típicos, la diferencia fue estadísticamente significativa.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

767. RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

AUTORES: ESCOLANO PUEYO A, Casajús Lagranja P, Castiella García M, Gasso Sánchez A, Navarro Pardo I, Abad Sazatornil MR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATOLICA1,3. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Cuantificar el grado de riesgo anticolinérgico al que se ven sometidos los pacientes ancianos al ingreso en un servicio de medicina interna. Evaluar la relación prescripción de fármacos con efecto anticolinérgico (FEA) y presentación de síntomas anticolinérgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ancianos (≥ 75 años) ingresados en el servicio de medicina interna en mayo y junio de 2015. Variables de estudio: sexo, edad, fármacos con efecto anti-

colinérgico prescritos al ingreso y al alta y síntomas anticolinérgicos desarrollados. La evaluación del riesgo anticolinérgico total se realizó mediante la escala Anticholinergic Risk Scale (ARS), que considera con grado sumatorio (1-3) el riesgo asociado a cada fármaco para desarrollar un síntoma anticolinérgico. El estudio de asociación consumo de fármaco-desarrollo de síntoma anticolinérgico se realizó mediante el test de Chi-cuadrado. Fuentes de información: informes de urgencias e historia clínica electrónica.

RESULTADOS: 143 pacientes, 62,2% mujeres. Edad media $85,5 \pm 5,7$ años [75-100]. Cada paciente tenía prescritos una media de $7,5 \pm 3,6$ fármacos [0-20]. El 18,2% de los pacientes estaba institucionalizado y el 81,8% residía en su domicilio. El 4,9% fallecidos durante el ingreso. El 32,2% de los pacientes tenía prescrito al menos un fármaco con riesgo anticolinérgico al ingreso, presentando al menos un síntoma anticolinérgico al ingreso el 35,7%. Al aplicar el test de Chi-cuadrado se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre tener prescrito un fármaco con riesgo anticolinérgico y desarrollar un síntoma anticolinérgico, OR: 12,9 $p=0,001$.

46 pacientes tenían prescrito al menos un FEA al ingreso. De ellos, con riesgo grado 1 fueron: quetiapina 32,8%, trazodona 22,4%, mirtazapina 12,1%, levodopa-carbidopa 6,9%, haloperidol y risperidona 5,2%; selegilina, metoclopramida, pramipexol, ranitidina, paroxetina 1,7%. Grado 2: baclofeno y olanzapina 1,7%. Grado 3: amitriptilina e hidroxizina: 1,7%.

La media del grado de riesgo anticolinérgico que presentaron los pacientes fue de $1,4 \pm 0,8$.

El 30,8% de los pacientes que vivían en su domicilio tenían prescrito algún FEA, frente a un 38,5% en los pacientes institucionalizados. De todos los pacientes ingresados con algún FEA, al alta fue retirado al menos uno de ellos en el 7,4% de los pacientes.

CONCLUSIONES: Un porcentaje considerable de los pacientes ancianos que ingresan en el servicio de medicina interna tiene prescrito al menos un FEA, siendo la mayoría de grado 1. La escala ARS predice, de forma estadísticamente significativa, la asociación entre tener prescrito un FEA y desarrollar un síntoma anticolinérgico. De forma proporcional, los pacientes institucionalizados tienen prescritos más FEA que los que viven en su domicilio.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

200. RIESGO DE PROLONGACION DEL INTERVALO QT EN PACIENTES PSIQUIATRICOS ANCIANOS

AUTORES: Cirujeda Ranzemberger C.

Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen. Camino del Abejar, 100. Zaragoza. España

OBJETIVO: Analizar el riesgo de prolongación del intervalo QT en pacientes mayores de 65 años ingresados en un centro psiquiátrico de larga estancia. Establecer una escala de puntuación para valorar dicho riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los tratamientos prescritos a los pacientes mayores de 65 años durante el primer trimestre de 2016 en un centro psiquiátrico de larga estancia de 300 camas. Se utiliza la lista actualizada de los ☐Medicamentos que prolongan el QT y/o causan torsade des pointes☐ publicada por AZCERT en www.crediblemeds.org adaptada a los medicamentos españoles. La AZCERT clasifica el riesgo de prolongar el intervalo QT en ☐conocido☐ , ☐posible☐ y ☐condicionado a determinadas situaciones clínicas☐ (pacientes de alto riesgo con síndrome QT prolongado congénito). Se decide adjudicar el valor 2 al riesgo conocido, valor 1 al riesgo posible y valor 0,5 al riesgo condicionado y calcular el riesgo global para todos los pacientes. La información de los tratamientos se extrae del aplicativo Savac®. Para evaluar el riesgo se dividen a los pacientes en dos grupos: geriátricos y pertenecientes a psicogeriatría. Se analiza el riesgo en ambos grupos.

RESULTADOS: Se registra un total de 69 pacientes mayores de 65 años, siendo un 60,9% mujeres. La media de edad es de 77,26 años (65-95). El total de los medicamentos prescritos en pauta fija por paciente es de 6,1 (mujeres: 6,64 y hombres 5,25). Hay 41 pacientes en el grupo de pacientes geriátricos y 28 en el grupo de psicogeriatría. Un 85,5% tienen prescrita además medicación PRN, habiendo 2,65 medicamentos PRN/paciente. Debido al elevado porcentaje de medicación PRN estas prescripciones también se analizan, pero tratándolas por separado. Los medicamentos en pauta fija aportan un riesgo medio de 1,95/paciente (0-5,5), aportando la medicación PRN un 0,52 adicional por paciente. El grupo de geriatría tiene un riesgo inferior (1,74/paciente) comparado con el grupo de psicogeriatría (2,14/paciente). Las mujeres tienen un riesgo de 2,02/paciente, mientras que los hombres de 1,85/paciente. En el 55% de los pacientes el índice es superior a 2. En el 16% de los casos el fármaco implicado es haloperidol, seguido por zuclopentixol (10,6%) y risperidona y clotiapina (ambas 7,3%).

CONCLUSIONES: En la población estudiada detectamos un mayor riesgo de prolongación del intervalo QT en los pacientes psicogeriátricos comparado con los geriátricos. La población psicogeriátrica presenta una especial fragilidad al haber recibido tratamientos farmacológicos no exentos de riesgo durante muchos años. Al llegar a la etapa geriátrica, existe la posibilidad de no tener en cuenta los cambios de tolerancia relacionados con cambios fisiológicos de la edad y de continuar tratamientos, que sí bien han sido útiles y seguros anteriormente, en esta nueva etapa deberían reevaluarse al poder haberse alterado el equilibrio beneficio-riesgo. El índice obtenido es útil para estratificar pacientes y permite seleccionar los de mayor riesgo. Se podría fijar un índice superior a 2 como indicador centinela para revisar tratamientos y/o extremar el seguimiento electrocardiográfico con el fin de mejorar la seguridad.

702. SEGUIMIENTO TERAPEÚTICO DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON DIMETILFUMARATO

AUTORES: CARDONA PEITX G, MORALES TRIADÓ A, SILES BAENA A, RAMO TELLO C, BONAFONT PUJOL X. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. Crta. de CANYET s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: Analizar los índices de tolerabilidad, satisfacción y adherencia del tratamiento con dimetilfumarato, mediante un programa de seguimiento de los pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional de pacientes que iniciaron tratamiento con dimetilfumarato entre diciembre de 2014 y marzo de 2016. A partir de la historia clínica se recogieron los siguientes datos basales: sexo, edad, tiempo de diagnóstico, tratamientos anteriores, número de brotes en el último año y estado de discapacidad (EDSS).

A partir de la ficha técnica, se elaboró un cuestionario de tolerabilidad con diez preguntas sobre las reacciones adversas más frecuentes: vasculares, gastrointestinales e infecciones, valoradas de 0 (nunca), 1 (alguna vez) y 2 (muchas veces). El grado de satisfacción con el medicamento se analizó mediante el cuestionario TSQM (versión española 1.4) con 14 preguntas valoradas con la escala de Likert de siete puntos (desde 1-sumamente insatisfecho a 7-sumamente satisfecho) y clasificadas en cuatro categorías: efectividad del tratamiento, reacciones adversas, conveniencia y satisfacción global. Para determinar la adherencia se utilizó el test de Morisky-Green modificado con una quinta pregunta que valoraba el porcentaje de veces que el paciente olvidó tomarse la medicación (>75%, 75-51%, 50-25%,

RESULTADOS: Se incluyeron 27 pacientes (74% mujeres), edad media $39,51 \pm 5,83$ años, tiempo de diagnóstico medio 2,7 años. Dieciséis pacientes eran naive, 7 habían recibido un tratamiento anteriormente y 4 dos tratamientos. La media de brotes en el último año fue 1,12 y la puntuación media del EDSS 1,78. Del total de pacientes, 24, 20 y 7 alcanzaron el período de seguimiento completando los cuestionarios en los meses 1, 6 y 12 respectivamente. Hubo tres abandonos (embarazo, cambio de centro y decisión propia).

En relación a la tolerabilidad, la puntuación media en trastornos vasculares al mes 1, 6 y 12 fue 2,83; 2,90 y 3,43 respectivamente (siendo la puntuación máxima posible PMP=10); trastornos digestivos 1,88; 0,85 y 1,14 respectivamente (PMP=8) e infecciones 0,17; 0,45 y 0,57 respectivamente (PMP=2).

La puntuación media obtenida respecto a la satisfacción en los tres periodos de evaluación fue: efectividad del tratamiento 15,29; 15,21 y 14,83 (PMP=21); tolerabilidad 15,35; 17,86 y 17 (PMP=20); conveniencia 17,19; 18,05 y 17 (PMP=21) y satisfacción global 12,90; 13,55 y 12,57 (PMP=17). Finalmente, el porcentaje de pacientes totalmente adherentes fue del 71% (mes 1), 50% (mes 6) y 40% (mes 12). En todos los pacientes no adherentes el porcentaje de olvido fue inferior al 25%.

CONCLUSIONES: Dimetilfumarato ha demostrado ser bien tolerado y ha cumplido con las expectativas de los pacientes según la encuesta de satisfacción. Estos resultados se mantienen constantes a lo largo del tiempo a diferencia de la adherencia que ha disminuido, lo que demuestra que es necesaria una atención farmacéutica constante para mejorar el cumplimiento.

1198. USO DE QUETIAPINA FUERA DE INDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS

AUTORES: MARTÍN CASASEMPERE I, Rubio Cebrian B, Santaolalla García I, Picazo Sanchiz G, Moriel Sanchez C, Vázquez Castillo MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RIO JÚCAR S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: - Medir el grado de utilización fuera de indicación de quetiapina en pacientes ingresados.

- Conocer cuáles son los servicios clínicos con mayor porcentaje de prescripción de quetiapina fuera de indicación.
- Analizar el porcentaje de pacientes que ingresaron en el hospital con quetiapina como tratamiento habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (enero 2015-diciembre 2015) donde se analizó la prescripción del principio activo quetiapina en todos los pacientes ingresados durante el año 2015. Las variables analizadas fueron: uso indicado en ficha técnica (diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar), edad, sexo, servicio clínico prescriptor y tratamiento previo al ingreso con quetiapina.

Se localizaron todos los pacientes que tuvieron prescrito quetiapina durante su ingreso mediante el programa Farmatools®. Los demás datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica Selene® y programa de atención primaria HORUS®. Se calculó el porcentaje de prescripciones fuera de indicación por: servicio prescriptor, sexo y edad, así como el porcentaje de paciente con quetiapina como tratamiento basal.

RESULTADOS: Se localizaron un total de 535 pacientes que recibieron quetiapina durante el periodo del estudio, de los cuales: solo 140 pacientes (26.17%) cumplían indicación en ficha técnica, el 56,32% eran mujeres y la mediana de edad fue de 62 años, el 75.6% (n=106) tomaban quetiapina como tratamiento crónico. Los 395 pacientes restantes (73.83%) estaban recibiendo quetiapina fuera de las indicaciones aprobadas, siendo la mediana de edad de este grupo de 84 años y el 48,34% mujeres, de los cuales el 33,55% (n=132) lo tomaba de forma habitual.

Los servicios clínicos que más prescribieron quetiapina dentro de las indicaciones aprobadas fueron: Psiquiatría, el 90.02% (n=126) de los pacientes tratados cumplían indicación, seguido del Servicio de Cirugía General con el 16,41% (n=7) y Otorrinolaringología con el 15,6% (n=6). Los servicios que mayor porcentaje de prescripción fuera de indicación tuvieron fueron: servicio de Medicina Interna el 87,47% (n=306) de las prescripciones no se ajustaban a indicación junto al servicio de Traumatología con una prescripción fuera de indicación del 85,34% (n=26).

CONCLUSIÓN: El uso de quetiapina fuera de las indicaciones aprobadas, especialmente en la agitación de paciente con demencia, es una actuación de alta prevalencia en nuestro medio (llegando casi al 75% de las prescripciones). La intervención del farmacéutico en este campo es clave para aportar alternativas terapéuticas con indicación aprobada o tramitar de forma correcta los usos fuera de indicación.

Clasificación: Pacientes crónicos

1. UTILIZACIÓN DE LA FÓRMULA HUGE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA.

AUTORES: Bastida Fernandez C, Soy Muner D.

Hospital Clínic Barcelona. C/ Villarroel, 170. Barcelona. España

Introducción: En práctica clínica, el ajuste de dosis de fármacos según funcionalidad renal se basa en la estimación del filtrado glomerular mediante ecuaciones basadas en la creatinina sérica. Estas ecuaciones presentan algunas limitaciones en ciertas poblaciones, como la geriátrica, en la cual dicha estimación puede ser poco precisa. Para solventarlo, se han desarrollado nuevas fórmulas, como la fórmula HUGE, basada en el hematocrito, la urea y el sexo. HUGE ha mostrado utilidad en la identificación de pacientes mayores con enfermedad renal crónica (ERC).

OBJETIVO: Evaluar la utilidad de la fórmula HUGE en práctica clínica para identificar, de una forma más precisa que las fórmulas utilizadas habitualmente, posibles alteraciones de la función renal en pacientes ingresados mayores de 70 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo en un Hospital Universitario. Se incluyeron pacientes mayores de 70 años con sospecha de ERC durante el año 2014 y se recogieron retrospectivamente variables demográficas y bioquímicas. Se calculó el filtrado glomerular y el aclaramiento de creatinina con las diferentes ecuaciones basadas en creatinina (MDRD-4 y CKD-EPI y Cockcroft-Gault (CG), respectivamente). Se clasificó a los pacientes en ERC o no ERC según las guías KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). Se aplicó la fórmula HUGE a la misma cohorte de pacientes y se clasificaron en ERC (HUGE>0) o no ERC (HUGE

RESULTADOS: Se incluyó un total de 107 pacientes en el estudio (52% hombres). Los valores promedio de edad, creatinina sérica, hematocrito y urea fueron 77.9 ± 5.8 años, 0.95 ± 0.42 mg/dL, 30.8 ± 4.50 L/L y 60.6 ± 38.6 mg/dL, respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de función renal calculados con las ecuaciones MDRD-4, CKD-EPI y CG. El CCI fue de 0.87 (IC95% 0.49-0.95; $p < 0.001$) y 0.85 (IC95% 0.78-0.90; $p < 0.001$) para MDRD-4 y CKD-EPI respecto a CG, respectivamente. Destacar que CKD-EPI presentó un menor sesgo y una mayor precisión en la población de estudio. Al comparar la proporción de pacientes clasificados en ERC y no ERC según los valores obtenidos con las tres fórmulas basadas en creatinina con los resultados obtenidos con HUGE, se observaron diferencias estadísticamente significativas, sobreestimándose los pacientes con ERC si se utilizaba la fórmula HUGE.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte de pacientes ingresados mayores de 70 años, la fórmula HUGE no mostró un mejor comportamiento que las ecuaciones MDRD-4, CG y CKD-EPI para identificar ERC. CKD-EPI es la fórmula más precisa para la estimación del filtrado glomerular en la población de pacientes estudiada para el posterior ajuste de la dosis de fármaco.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

541. VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DE CRITERIOS DE DESPRESCRIPCIÓN EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

AUTORES: PERIS MARTÍ JF, DE ORBE IZQUIERDO S, FERNÁNDEZ VILLALBA EM, ORTIZ DE URBINA SANDOMINGO V, MORENO MIRALLES A, QUINTANA VARGAS I.

CENTRO SOCIO SANITARIO RPMD LA CAÑADA. Calle 561, s/n. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar la valoración de los profesionales sanitarios sobre la idoneidad de la aplicación de criterios de desprescripción en el paciente mayor institucionalizado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se elaboró una propuesta de escenarios de desprescripción, identificados con el binomio medicamento-situación clínica, en la que se incluyeron los criterios LESS-CHRON (Grupo CRONOS-SEFH y Sociedad Española de Medicina Interna) calificados como adecuados y dudosos junto con otros escenarios propuestos en bibliografía reciente, que se valoró en dos etapas:

1.- A modo de encuesta se solicitó a médicos y farmacéuticos de residencias públicas para mayores dependientes de la comunidad autónoma que valorasen la idoneidad de la aplicación en el ámbito asistencial de cada uno de los escenarios propuestos (IED) con una escala del 1 (muy inadecuado) al 9 (muy adecuado).

2.- Posteriormente, en reunión presencial, la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) del ámbito asistencial discutió los escenarios en función de los resultados de la primera etapa y resolvió los casos con discrepancias importantes. Para cada escenario, se consideró ☐ consenso suficiente ☐ cuando se obtuvo una mediana (M-IED) ≥ 7 y una puntuación (N-IED)

RESULTADOS: La propuesta incluyó 29 escenarios. El cuestionario se envió a un total de 38 médicos y 19 farmacéuticos. La tasa de participación fue de 33 profesionales (57,89%), 20 médicos (52,63%) y 10 farmacéuticos (52,63%); 2 encuestas no especificaban la profesión.

Los escenarios de desprescripción que obtuvieron un ☐ consenso suficiente ☐ fueron:

- Estatinas, en prevención primaria en pacientes mayores de 85 años o demencia avanzada.
- Estatinas, en prevención secundaria en demencia avanzada.
- AAS 300 mg en prevención primaria como antiagregante
- Doble antiagregación durante más de un año
- Anticolinesterásicos y memantina en demencia avanzada
- Antipsicóticos en demencia iniciados tras ingreso hospitalario y posterior estabilidad conductual durante un mes
- Antidepresivos en demencia avanzada sin antecedentes claros de depresión
- AINEs como analgésicos en pacientes con riesgo cardiovascular y/o insuficiencia renal.
- Glucosamina y condroitín sulfato en pacientes con osteoartritis
- Bifosfonatos tras 5 años de tratamiento
- Bifosfonatos en paciente no deambulador (movilidad limitada).

Uno de los profesionales encuestados propuso dos nuevos escenarios.

En la segunda etapa, se determinó que los escenarios con ☐ consenso suficiente ☐ fueran los primeros para su desarrollo y posterior aplicación desde la CFyT. Además, se decidió que los nuevos escenarios propuestos no se incorporaran al proyecto.

Respecto a la valoración en función de la profesión, 21 de los 29 escenarios no fueron puntuados por debajo de 5 por ningún farmacéutico, circunstancia que no se da en la evaluación realizada por los médicos.

CONCLUSIONES: El desarrollo de un programa de desprescripción ha sido bien valorado por los profesionales del ámbito sociosanitario. Sin embargo, el profesional médico parece tener un mayor grado de reserva respecto a la desprescripción.

CLASIFICACIÓN: PACIENTES CRÓNICOS

305. VALORACIÓN DEL POTENCIAL DE DESPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN CUATRO CENTROS SOCIO SANITARIOS

AUTORES: MADRID GONZALEZ M, MORENO GARCIA M, GARCIA RODICIO S, GUERRO DE PRADO M. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: 1/Analizar el uso de estatinas en ancianos institucionalizados en cuatro centros sociosanitarios. 2/Valorar la necesidad de implantar un protocolo de desprescripción.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo sobre los 787 residentes de los cuatro centros sociosanitarios con atención farmacéutica desde el Servicio de Farmacia del Hospital. Selección de los pacientes en tratamiento con fármacos del grupo ATC C10AA (Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG-CoA reductasa) a través del programa de Gestión de Unidosis de Farmatools®.

Revisión de las guías de práctica clínica de tratamiento de la hipercolesterolemia de NICE 2014 y Canadian Family Physician 2015, estableciéndose los siguientes criterios potenciales de desprescripción para mayores de 75 años: 1/ Prevención primaria: suspensión del tratamiento; 2/Prevención secundaria: disminución de dosis en terapias de alta intensidad (atorvastatina 40-80 mg o rosuvastatina 20-40 mg).

Revisión de la historia clínica del paciente para recoger las siguientes variables: demográficas (edad, sexo, peso, talla), antecedentes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, miopatía, episodio cardiovascular previo) y tratamiento farmacológico actual (antiagregantes, analgésicos). Análisis de los resultados obtenidos.

RESULTADOS: Reciben tratamiento con estatinas 88/787(11,2%) residentes, 59/88 mujeres, con una mediana de edad de 83 [60-118] años. Son mayores de 75 años, 74/88 residentes.

En prevención primaria, reciben alguna estatina 25/74 residentes, candidatos a la potencial suspensión del tratamiento. En prevención secundaria reciben tratamiento los 49/74 restantes. De ellos, están en tratamiento con terapia de alta intensidad 7/49, y son los candidatos a disminución de dosis. Todos tienen hipertensión, 4/7 diabetes mellitus y 4/7 se encuentran en tratamiento con analgésicos (posible miopatía).

En total se considera que 32/88 (36,4%) residentes en tratamiento con estatinas (25 en prevención primaria y 7 en prevención secundaria, todos mayores de 75 años) podrían beneficiarse del establecimiento de un protocolo de desprescripción.

CONCLUSIONES: En la muestra analizada, uno de cada tres residentes mayores de 75 años en tratamiento con estatinas, lo hace en prevención primaria. De los residentes tratados en prevención secundaria, uno de cada siete recibe terapia de alta intensidad.

Se considera que ambos grupos podrían beneficiarse de un protocolo de desprescripción, (casi un 40% de los pacientes tratados), con lo que se decide su implantación en los cuatro centros.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

798. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA EN PEDIATRIA (PROA-NEN)

AUTORES: FERNANDEZ POLO A, MELENDO PEREZ S, LARROSA ESCARTIN N, SOLER PALACIN P.

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº. Vall d'Hebron, 119-129. Barcelona. España

OBJETIVO: Describir y analizar el uso de antimicrobianos y la adecuación a los protocolos en un hospital pediátrico de tercer nivel, como herramienta de auditoría e identificación de puntos de mejora, dentro del programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

Material y métodos.

Estudio observacional, transversal, mediante corte de prevalencia de 24 horas del uso de antimicrobianos en los pacientes ingresados.

Las prescripciones se revisaron a través del programa de prescripción electrónica asistida y los datos clínicos en la historia clínica electrónica. Se registraron los antimicrobianos utilizados, indicación, posología, días de tratamiento y datos microbiológicos. Se analizó la adecuación a los protocolos de tratamiento consensuados y aprobados en el hospital.

RESULTADOS: De 159 pacientes ingresados, se registraron 143 antimicrobianos en 59 pacientes (prevalencia: 37,1%). El 71% eran antibacterianos, 16% antivirales y 13% antifúngicos. El 8% de los antibióticos eran de uso restringido según clasificación de la subcomisión de antiinfecciosos. El 43% eran pautas profilácticas. El 72% de los tratamientos se instauraron de forma empírica y se realizaron cultivos previos al inicio de tratamiento en el 94%. El 52% de los tratamientos antimicrobianos dirigidos disponían de antibiograma en el momento del estudio y 9% no se adaptaban al antibiograma. La pauta posológica fue correcta en todos las prescripciones para la indicación y características del paciente. Sólo el 3% superaba el número de días recomendado. El 71% de los tratamientos dirigidos se adaptaban a los protocolos del hospital, el 19% no y el 10% no había protocolo para la indicación.

CONCLUSIONES: A pesar de la elevada prevalencia de uso de antiinfecciosos, la calidad de prescripción es alta teniendo en cuenta la complejidad del centro. La realización periódica de cortes transversales y la monitorización seriada de la utilización de antiinfecciosos debe permitir optimizar el uso de antiinfecciosos detectando potenciales puntos de mejora e incluirse como una herramienta de monitorización en los programas PROA en pediatría.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

850. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS EN PEDIATRIA

AUTORES: GUTIÉRREZ CÍVICOS MDR, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, VINEY . AC, GARCÍA LAGUNAR MH, GARCÍA MÁRQUEZ A, FERRIS VILLANUEVA EM.

HOSPITAL UNVI. SANTA LUCÍA. Mezquita, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de adecuación de las indicaciones de prescripción y la seguridad de las inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas (IgIV) en pacientes pediátricos según la evidencia disponible en las Guías Clínicas del Uso de Inmunoglobulinas y las fichas técnicas (FT).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes pediátricos tratados con IgIV entre enero 2013-marzo 2016 en un hospital de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas informatizadas (Selene®)

y el programa de prescripción y dispensación de fármacos (Savac®), recogiendo variables demográficas y antropométricas, diagnóstico, esquema terapéutico, dosis administradas, marca comercial, velocidad de administración y reacciones adversas.

Se revisaron las FT de las marcas comerciales de las IgIV empleadas. Las indicaciones se clasificaron según el grado de evidencia, utilizando la propuesta en las Clinical Guidelines for Immunoglobulin Use (2nd Edition 2008; 2nd Edition Update, 2011) editadas por el British Health Department y su adaptación española por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

RESULTADOS: Se incluyeron 10 pacientes (7 varones) con una mediana de edad de 3 (rango: 2-10) años y peso medio de 18,0±5,7kg. Las indicaciones por las que se inició tratamiento con IgIV y el grado de recomendación/nivel de evidencia fueron: enfermedad de Kawasaki [(30%, n=3); A/Ia], púrpura trombocitopénica idiopática [(30%, n=3); A/Ib,], agammaglobulinemia ligada al cromosoma X [(10%, n=1); B/IIb], síndrome de Guillain Barré [(10%, n=1); A/Ia], neuritis óptica [(10%, n=1); no recomendada] y síndrome de ROHHAD [(10%, n=1); no recomendada]. La pauta posológica prescrita para las indicaciones aprobadas fue la recomendada en FT y para las no aprobadas fue: 1,8g/kg/día durante 2 días (neuritis óptica) y 2g/kg mensuales (síndrome de ROHHAD).

En cuanto a la seguridad, durante la perfusión se monitorizó la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno. Dos pacientes (20%) presentaron reacción infusional, uno tras 1h de iniciar la perfusión (Plangamma®) con tiritona intensa, rigidez de manos, fiebre y vómito, pudiendo estar relacionada con una velocidad de infusión rápida; otro tras perfundir 1,5ml de IgIV (Plangamma®), presentando dolor torácico y erupción eritematosa cutánea, mejorando la situación clínica tras suspenderla. En el primero, se cambió de marca comercial (Octagamocta®) ajustándose la velocidad de administración, no objetivándose reacción infusional; en el segundo, se suspendió sin completar tratamiento ante la posible reacción alérgica.

De manera global, las indicaciones según el grado de recomendación/nivel de evidencia fueron: 40% A/Ia, 30% A/Ib, 10% B/IIb y 20% no aprobadas en FT (off-label) y no recomendadas en las guías.

CONCLUSIONES: Las IgIV suponen una opción terapéutica en una amplia variedad de trastornos del sistema inmune en pediatría, presentando como inconvenientes un elevado coste, disponibilidad limitada y riesgos potenciales. En ocasiones se utilizan en indicaciones no recomendadas por las guías clínicas debido a la falta de estudios en la población pediátrica.

Con respecto a la toxicidad, las reacciones infusionales están relacionadas directamente con una velocidad de infusión rápida. El papel del farmacéutico como asesor del personal de enfermería mediante la protocolización de las pautas de infusión es fundamental para mejorar el perfil de seguridad de las IgIV.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

825. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EXTERNO PEDIÁTRICO CON SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO TIPO FINLANDÉS Y EN TRATAMIENTO CON ALBÚMINA ENDOVENOSA DOMICILIARIA. «HOME DELIVERY»

AUTORES: Serramontmany Morante E, Fernandez Polo A, Cañete Ramirez C, Muñoz Lopez M, Morillo Soriano M, Ariceta Iraola G.

Hospital universitari Vall d'Hebron. Passeig de la vall d'hebron 119-129, 08035. Barcelona. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: El síndrome nefrótico congénito tipo finlandés (SNCF) es una enfermedad rara de origen genético que cursa con proteinuria masiva e hipoalbuminemia. Si albuminemia es

Formulación y diseño

Se ha creado un equipo multidisciplinar: pediatras (Servicio Nefrología), enfermeras, farmacéuticos del área de pacientes externos y el soporte de la dirección. La implantación de la AF y envío a domicilio (home delivery) del material para la administración, ha consistido en la participación en la educación sanitaria de padres/cuidadores y seguimiento mensual de los pacientes en farmacia. El servicio de farmacia (SF) coordina la dispensación de la medicación y home delivery mediante circuito telemático. Para la evaluación del programa, se han definido indicadores de seguridad y registro de la actividad.

EJECUCIÓN: La implantación de la AF y home delivery se ha realizado en coordinación con el equipo multidisciplinar. La inclusión de los pacientes y el inicio de la educación sanitaria a padres/cuidadores se realiza cuando el tratamiento con albúmina está optimizado a una administración diaria. El tratamiento se pauta por prescripción electrónica asistida y el circuito de la solicitud del material vía telemática por e-mail al SF mediante planillas estandarizadas con descripción de producto, código y cantidad. Mensualmente, se realiza una visita de AF, dispensación de la medicación y envío de material.

Evolución

El programa inició en Marzo de 2014, con la inclusión del primer paciente y posteriormente se han incluido progresivamente hasta un total de 4 pacientes (Febrero 2016).

RESULTADOS Y EFECTOS: Se incluyeron 4 pacientes pediátricos, varones, diagnosticados de SNCF. El tiempo de seguimiento fue de un año, excepto un paciente que recibió trasplante renal a los 10 meses después del inicio del programa.

La edad mediana al iniciar tratamiento con albúmina domiciliaria fue de 3 meses (1,5-6) con una dosis de 1g/kg administrada 5 días por semana (1-7). Solamente precisaron 1,5 ingresos hospitalarios relacionados con complicaciones del catéter.

La mediana de visitas de AF/paciente fue de 11(5-12), representando 33 visitas de AF y una mediana de 196 (77-357) viales de albúmina por paciente (828 viales totales;8,27kg). Se realizaron una mediana de 6 envíos (5-9) de material por paciente (27 envíos).

La AF al paciente pediátrico con SNCF y home delivery ha permitido el seguimiento ambulatorio de los pacientes, evitando largas estancias hospitalarias en estos niños.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

132. DISEÑO DE UNA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN SISTEMAS DE INFUSIÓN CONTINUA EN LA UNIDAD DE CURAS INTENSIVAS PEDIÁTRICAS

AUTORES: BORRÁS TRIAS L, RUDI SOLA N, CARRASCO DOMINGO A, RODRIGUEZ NIEBLA S, PUIG COMAS G, DAVI POLLINA M.

Hospital Parc Taulí. Parc Tauli S/N. Barcelona. España

OBJETIVOS: Unificar los criterios de administración de los fármacos utilizados más frecuentemente mediante sistemas de infusión continua intravenosa en la Unidad de Curas Intensivas Pediátricas. Elaborar una guía consenso y un póster resumido para su consulta y aplicación con el fin de estandarizar la administración de medicación en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionó un listado de los fármacos utilizados en perfusión continua en pacientes pediátricos en la Unidad de Cuidados Intensivos (6 camas UCI) de un hospital de segundo nivel. De cada principio activo se indican las presentaciones disponibles, sus nombres comerciales y sus indicaciones terapéuticas.

Para cada principio activo se realizó una búsqueda bibliográfica a través de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS), en fuentes de información terciarias en formato electrónico como MICROMEDEX® 2.0, LEXICOMP®, Trissel's® 2 IV Compatibility y en formato papel como Pediatric Dosage Handbook, The Harriet Lane Handbook y también se recogió la información de las fichas técnicas. La información obtenida se estructuró en principio activo, nombre comercial y presentaciones, indicaciones terapéuticas, diluyentes, concentración máxima, estabilidad y fotosensibilidad, precauciones relacionadas con la infusión, y la administración intravenosa (directa, infusión intermitente, infusión continua). Además de 2 anexos sobre compatibilidad IV de fármacos y de nutrición parenteral.

Junto con enfermería, se elaboró un documento de búsqueda rápida en formato póster para tener disponible en la unidad.

RESULTADOS: El número de fuentes bibliográficas consultadas fue de 21 fichas técnicas, 2 prospecto, 2 bases de datos electrónicas de información de medicamentos y 2 específicas de estabilidad i.v., 2 fuentes terciarias específicas de pediatría y 1 artículo. La información se recopiló en forma de guía con 19 fichas de lectura fácil, indexadas por principio activo y nombre comercial de rápida consulta para el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos de pediatría.

CONCLUSIONES: La elaboración de una guía de preparación y administración de medicamentos con sistemas de infusión continua basada en la evidencia disponible y adaptada a su utilización en pacientes pediátricos permite estandarizar las prácticas en la preparación de medicamentos. Es una herramienta útil y de fácil manejo para el personal de enfermería con la que se pretende potenciar la seguridad del paciente y facilitar la labor del personal sanitario.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1220. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INTERFERON ALFA2B EN EL TRATAMIENTO DEL CRANEOFARINGIOMA

AUTORES: VILLANUEVA BUENO C, RIVERO GARVIA M, SIERRA TORRES MI, ALVAREZ DEL VAYO BENITO C, MARQUEZ RIVAS FJ, POYATOS RUIZ LL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N CP 41013 SEVILLA. Sevilla. España

OBJETIVO: El craneofaringioma es un tumor benigno en la base del cerebro cerca de la hipófisis. El tratamiento incluye: cirugía, radioterapia y tratamiento intraquímicos. Una alternativa para el control del tumor quístico a corto plazo es el uso de interferón alfa2b intratumoral

El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad del uso de interferón alfa2b en el tratamiento de los craneofaringiomas de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional retrospectivo y descriptivo. Se revisaron todos los pacientes con craneofaringioma que habían estado en tratamiento con interferón alfa2b desde Mayo de 2012 hasta Marzo de 2016 en un hospital de tercer nivel. La recogida de datos se realizó en Abril de 2016 obteniéndose del programa de farmacia ATHPS APD® y de las historias clínicas de los pacientes.

Se recogieron en una tabla de Excel 2010® las siguientes variables: identificación de los pacientes, edad, indicación del fármaco, diagnóstico, fecha de intervención quirúrgica, posología interferón alfa2b, número de ciclos, duración del tratamiento, complicaciones, evolución del tumor y reacciones adversas.

La efectividad se evaluó en función del control del tumor, si se había mantenido estable, se había reducido o había progresado en base a las pruebas radiológicas. Para evaluar la seguridad del tratamiento se observaron la aparición de efectos adversos así como complicaciones asociadas al mismo.

RESULTADOS: Se recogieron los datos de un total de 10 pacientes (2 mujeres y 8 hombres), de los cuales 6 eran menores de edad. La mediana de edad actual de los 10 pacientes es de 10,5 años (4-68) y la mediana al diagnóstico fue de 8 años (2-64). Todos ellos en seguimiento por servicio de neurocirugía infantil, empezaron el tratamiento con interferón alfa2b como off-label tras su aprobación por la comisión de farmacia al no estar la indicación para dicha patología recogida en ficha técnica. 2 pacientes recibieron una dosis de 2MUI y 8 paciente de 3MUI, todos se administraron tres veces por semana hasta un total de 12 inyecciones, es decir, duración de 4 semanas por ciclo. El número medio de ciclos de tratamiento fue de 2 (1-4). En 6 casos se ha utilizado de novo consiguiendo el control de la enfermedad en cuatro pacientes y en dos se ha requerido cirugía posterior; y en los otros 4 casos se ha empleado como adyuvancia de los cuales 2 han conseguido control de la enfermedad y dos han requerido reintervención.

En cuanto a la seguridad, se produjeron 2 casos de infección (meningitis y absceso epidural), un caso de intolerancia al interferón (paciente en UCI por fallo ventilatorio) y como complicaciones del tratamiento dos obstrucciones del sistema de administración de interferón.

CONCLUSIONES: El tratamiento con interferón es efectivo aunque no exento de riesgos. Constituye una opción relativamente segura que permite el manejo y control del craneofaringioma quístico teniendo en cuenta que la resección quirúrgica entraña riesgos y secuelas no desdeñables.

A pesar de los resultados, es necesario realizar un estudio más amplio para poder llegar a unas conclusiones más universales.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1022. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE INFlixIMAB INNOVADOR AL BIOSIMILAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES: VILLANUEVA BUENO C, RODRIGUEZ MARTINEZ A, SIERRA TORRES MI, ALVAREZ DEL VAYO BENITO C, TOSCANO GUZMAN MD, MONTECATINE ALONSO E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT SIN NUMERO CP 41013 SEVILLA. Sevilla. España

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad derivada del uso de infliximab biosimilar (Remsima®) en una población pediátrica con enfermedad de Crohn (EC) tratada previamente con infliximab innovador (Remicade®).

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional, retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes menores de 18 años con EC que estaban en tratamiento con infliximab innovador y cambiaron a infliximab biosimilar en Marzo de 2015.

Se recogieron en una tabla de Excel 2010® las siguientes variables: edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento con Remicade® e inicio con Remsima®; clasificación de Moreal: edad al diagnóstico (A), localización (L) y patrón evolutivo (B); índice de enfermedad, marcadores de laboratorio y efectos secundarios.

La efectividad del tratamiento con infliximab biosimilar se evaluó mediante el índice de actividad de enfermedad de Crohn pediátrico (wPCDAI) y calprotectina antes de iniciar el tratamiento con el biosimilar, en la semana 24, y también antes de iniciar el tratamiento con Infliximab innovador

Con el fin de evaluar la seguridad se observaron la aparición de efectos adversos ocurridos durante el tratamiento con el biosimilar.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 8 pacientes (6 varones y 2 mujeres). La Mediana de edad fue 10,59 años [8,6-12,2]. De acuerdo a la clasificación de Monreal: todos los pacientes fueron diagnosticados con 16 años o menos (3-A1a y 5-A1b); 2 mostraron localización a nivel ileocólica y gastrointestinal alta (L3+L4a), 3 a nivel ileocólica (L3), 2 a nivel ileón terminal y gastrointestinal alta (L1+L4a) y 1 a nivel cólica (L2); los 7 pacientes mostraban patrón no obstructivo-no fistulizante (B1) y un paciente mostró patrón obstructivo (B2). La mediana de tiempo de tratamiento con Infliximab innovador antes de realizar switch fue de 12 meses [2-40]. La mediana wPCDAI al inicio Infliximab innovador 38,75 [10-67,5], la mediana al switch 3,75 [0-72,5] y la mediana a las 24 semanas del inicio con biosimilar 3,75 [0-27,5]. La mediana calprotectina al inicio Infliximab innovador 686 [208-1400], la mediana al switch 499 [28-1544] y la mediana a las 24 semanas de inicio con biosimilar 188,5 [47-967].

En los 8 pacientes se ha mantenido la respuesta clínica y analítica observada con el Infliximab innovador y sólo en uno de los pacientes se tuvo que intensificar el tratamiento acortando el intervalo entre dosis.

Durante el seguimiento con el biosimilar ningún paciente mostró reacciones adversas, siendo bien tolerado por todos los pacientes.

CONCLUSIONES: A pesar de que se trata de un estudio preliminar con pocos pacientes, inicialmente los datos muestran que el switch al biosimilar infliximab (Remsima®) no presenta un descenso de la efectividad y/o seguridad en pacientes pediátricos con enfermedad de Crohn.

Se necesitan estudios con seguimientos más largos para garantizar la confirmación de los resultados.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

403. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EMPLEO DE BUDESONIDA VISCOSA

AUTORES: García Verde MJ, Martínez Roca C, Yañez Gómez P, Martín Herranz MI.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias N 84. CP 15006. A Coruña. España

OBJETIVO: La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad de reciente descripción y etiología desconocida caracterizada por inflamación crónica del esófago e infiltración eosinofílica de su mucosa. El objetivo de este trabajo es analizar las características epidemiológicas, clínicas y el tratamiento de la EE (incluyendo una fórmula magistral de budesonida viscosa) en nuestra población.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Periodo: marzo 2014-marzo 2016. Criterios inclusión: pacientes ≤16 años diagnosticados de EE y seguidos por los servicios de Alergología y Gastroenterología Infantil. Datos recogidos: características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: Se incluyeron 2 pacientes varones de 7 y 11 años, ambos con múltiples alergias, especialmente alimentarias y valores elevados de IgE en analíticas sanguíneas. El principal síntoma referido por ambos pacientes fue disfagia; otros síntomas asociados: tos, vómitos, incapacidad de tránsito bolo alimentario. Los dos pacientes recibieron soporte nutricional con dieta adaptada (precisando uno de ellos fórmula elemental) y tratamiento farmacológico con inhibidor de la bomba de protones, corticoides deglutidos (empleo de presentación para inhalación) a dosis máximas y montelukast.

Desde el Servicio de Farmacia se propuso la administración de una fórmula magistral de budesonida viscosa con el objetivo de aumentar la permanencia del corticoide en la mucosa esofágica. El Servicio de Farmacia elaboró un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la formulación de una suspensión oral de budesonida viscosa (0,25 mg/mL) a partir de las ampollas para nebulización de budesonida 0,25 mg/mL. Para su realización se miden 130 mL (32,5 mg) de budesonida a los que se adiciona 1,95 g de carboximetilcelulosa. Las características organolépticas son mejoradas mediante adición de un comprimido de sacarina y 0,68 mL de esencia de fresa. Antes de envasar en frasco de topacio, se homogeniza con varilla de vidrio, se deja reposar 24 h en nevera y se vuelve a homogenizar. Siguiendo la matriz de riesgos recogida en la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria se asignó una estabilidad de 14 días refrigerada y protegida de la luz. La dosis prescrita en ambos casos fue 1 mg/12h. Se recomendó a los pacientes permanecer acostados durante 30 minutos tras su administración para favorecer su permanencia en la superficie esofágica. Ambos pacientes refirieron mejoría sintomática en las primeras cuatro semanas que se mantuvo durante todo el tratamiento. Además refirieron mejor tolerancia por disminución del picor frente a los corticoides deglutidos. No se observó ningún efecto adverso relacionado con la fórmula.

CONCLUSIONES: En nuestra población, la EE afecta principalmente a varones menores de 8 años (incidencia 1 caso/año). La EE presenta síntomas prodrómicos inespecíficos y debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de otros cuadros gastrointestinales.

Aunque la etiología está todavía por determinar, se acepta que tiene base alérgica, pudiendo ser útil la acción anti-inflamatoria de los corticoides. La elaboración de una fórmula magistral de budesonida con viscosidad aumentada incrementa el tiempo de contacto con la mucosa esofágica mejorando la eficacia y con un buen perfil de seguridad.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

494. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS.

AUTORES: Betriu Sebastià L, Arévalo Bernabé ÁG, Lalueza Broto P, Juárez Giménez JC, Martínez de Compañón Z, Rossich Verdés R.

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

OBJETIVO: Las quemaduras graves producen una extravasación de plasma con pérdida significativa de inmunoglobulinas (Ig), lo que podría aumentar el riesgo de infecciones.

El objetivo es analizar la utilización de Ig inespecíficas en pacientes pediátricos quemados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional que incluye todos los pacientes pediátricos con superficie corporal quemada (SCQ) superior al 10% ingresados en la unidad de quemados de un hospital de tercer nivel entre agosto del 2012 y marzo del 2016.

Se registraron las siguientes variables obtenidas de la historia clínica informatizada: biodemográficas (sexo, edad, peso), relacionadas con la quemadura (mecanismo, SCQ) y relacionadas con la administración de Ig (niveles, dosis, preparados comerciales, día y número de administraciones).

RESULTADOS: Se incluyeron 48 pacientes (20 niñas/28 niños) con una edad mediana de 2 años (8 meses-15 años) y un peso de 12 kg (7,5-67 Kg). El mecanismo de la quemadura fue escaldadura en el 87,5% (42) de los casos, llama en el 10,4% (5) y eléctrico en el 2,1% (1) restante. La SCQ mediana fue del 14,5% (10-50%).

Se determinaron los niveles de IgG en 37 pacientes (77%), de los cuales el 60% (22) tenía niveles por debajo del intervalo de normalidad correspondiente por edad y presentaba una SCQ mediana del 20,5% (10-50%). Los pacientes con niveles correctos tenían una SCQ del 12% (10-15%).

Del total de los pacientes, el 52% (25) recibió Ig inespecíficas (todos a dosis de 400 mg/Kg): el 48% (12) durante las primeras 48h post quemadura y el 52% (13) en los días posteriores. De los 25, en el 24% (6) de los casos los niveles previos a la administración eran correctos, mientras que en el 76% (19) resultaban inferiores a los correspondientes por edad. De estos 19 pacientes, siete (36,8%) presentaron niveles dentro del intervalo tras la primera administración (el 28,6% (2) con SCQ>20%). Por otro lado, hubo 4 pacientes (el 75% (3) con SCQ>20%) que tras la reposición seguían teniendo concentraciones por debajo de la normalidad, por lo que a 3 de ellos se les administró más de una dosis. En 8 de los niños (42,1%) no se repitieron determinaciones de Ig tras la primera infusión.

No se registraron reacciones adversas relacionadas con la administración.

De los 23 pacientes a los que no se infundieron Ig, se les determinaron niveles a 12 (52,17%) y 3 de ellos, aún estando por debajo del intervalo, no recibieron terapia de reposición.

CONCLUSIONES: Se objetiva una correlación entre la extensión de la SCQ y la depleción de inmunoglobulinas.

A raíz de los resultados obtenidos, se debería considerar:

- La determinación de niveles de IgG durante las primeras 72 horas post-quemadura en niños con SCQ >15%.
- Si los valores de la primera determinación son normales, valorar un nuevo control a las 48-72 horas.
- Si se administran Ig inespecíficas, se debería plantear un control a la semana en pacientes con SCQ>20%.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

1182. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL INFANTIL

AUTORES: TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, RUIZ JIMÉNEZ MDM, GONZÁLEZ LOZANO E, GARRIDO CORRO B, DE LA RUBIA NIETO MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Ctra. Madrid - Cartagena, s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de cumplimiento de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica (PAQ) previo a la implantación de un protocolo de PAQ en los diferentes servicios quirúrgicos de un hospital infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a cirugía programada en el hospital infantil durante un periodo de 3 semanas.

Los criterios de evaluación del cumplimiento e idoneidad de la PAQ fueron:

- Registro de la administración del antibiótico.
- Registro de la administración de la dosis intraoperatoria en cirugías > 4h y/o hemorragia importante.

-Selección correcta de la profilaxis antibiótica: antibiótico apropiado, dosis correcta, hora de administración correcta (30min antes de la cirugía).

RESULTADOS: De 156 cirugías programadas, 51 pacientes precisaban PAQ por el tipo de cirugía (17,65% cirugía pediátrica, 3,92% cardíaca, 3,92% neurocirugía, 50,98% otorrinolaringología, 1,96% máxilofacial, 11,76% oftalmología).

Se comprobó que:

-Se registró la administración del antibiótico en la historia clínica del paciente en el 49% de las intervenciones (19 pacientes con PAQ intravenosa y 6 con PAQ tópica). El servicio de otorrinolaringología fue el único que no registró ninguna administración.

-Se realizaron 3 cirugías con duración >4 horas. No se registró en ningún caso la dosis intraoperatoria.

-Se seleccionó el antibiótico apropiado y la dosis correcta en el 98,04% de los pacientes con PAQ registrada.

-De los 25 pacientes con registro de la PAQ, se registró la hora de administración en 18 (35,29%); el antibiótico se administró 30min antes de la cirugía en 2 casos (3,92%), más de una hora antes del inicio de la intervención en 2 casos (3,92%), 15min antes en 3 casos (5,88%), 5min antes en 1 caso (1,96%), al inicio de la cirugía en 2 casos (3,92%) y durante la cirugía en 8 casos (15,68%). No hubo registros en el caso de la profilaxis tópica (cirugía oftálmica) y en un caso de PAQ intravenosa.

CONCLUSIONES: -Se observa un elevado cumplimiento del protocolo en el criterio de selección apropiada del antibiótico y dosis correcta, pero deficiente en la hora de administración de la primera dosis y en el registro de la administración de la dosis intraoperatoria.

-Se observa la necesidad de una intervención multidisciplinar (Servicio de Infecciosas, Cirugía, Anestesia, Farmacia y enfermería) para mejorar los índices de incumplimiento; se propone como medida correctora concienciar a anestesistas, cirujanos y personal de enfermería de la importancia de administrar 30min del inicio de la cirugía la primera dosis de antibiótico y la 2ª dosis intraoperatoria en cirugías de más de 4 horas y/o hemorragia importante, para conseguir un nivel tisular de antimicrobianos adecuado durante todo el proceso quirúrgico.

-Dada la importancia de registrar la PAQ sería interesante modificar el impreso de quirófano incluyendo registro de administración de 1º dosis de antibiótico y dosis intraoperatoria (hora, antibiótico y dosis).

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

326. EVALUACIÓN DEL USO DE PICIBANIL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUILOTÓRAX.

AUTORES: Betriu Sebastià L, Roch Santed M, Cabañas Poy MJ, Molino Gahete JA, Guillén Burrieza G, Clemente Bautista S.

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron 119-129. 08035 - Barcelona. Barcelona. España

OBJETIVO: Determinar la eficacia y seguridad del uso de picibanil (medicamento liofilizado compuesto por una cepa de *Streptococcus pyogenes* con actividad inmunomoduladora, antiinflamatoria y antitumoral) en el tratamiento de quilotórax refractario al tratamiento conservador en el paciente pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional que incluye todos los pacientes tratados de quilotórax con picibanil en un hospital pediátrico de tercer nivel hasta marzo 2016.

Revisando la historia clínica electrónica se registraron: datos demográficos, tipo de quilotórax, dosis y número de instilaciones de picibanil, tiempo de clampaje del drenaje con el fármaco en el interior, volumen de los drenajes previos a la administración de picibanil (tres días anteriores) y posteriores al desclampaje del drenaje (hasta su resolución) y la aparición de efectos adversos relacionados con la administración.

La eficacia se evaluó en función de la resolución del quilotórax y de los volúmenes de drenaje. Se calculó el porcentaje de disminución del volumen entre la media de los drenajes de los tres días anteriores a la instilación del picibanil con el tercer, quinto y décimo día después del desclampaje.

La seguridad se evaluó según la tolerancia al tratamiento y la aparición de reacciones adversas.

RESULTADOS: Se incluyeron 6 pacientes (3 niñas/3 niños) de edades comprendidas entre 1 mes y 6 años.

Tres de los pacientes presentaron quilotórax congénito bilateral, dos quilotórax adquirido derecho y uno quilotórax adquirido bilateral.

Los pacientes recibieron una dosis mediana de 1 KE (0.5-2 KE) en función del peso.

De mediana, se realizaron 1,5 (1-5) instilaciones de picibanil por paciente. En total, el fármaco se instiló en 13 ocasiones. En tres pacientes el cuadro se resolvió con una única instilación.

El tiempo medio de clampaje con picibanil fue 25,8 horas (SD=16). Cuando el tiempo fue inferior o igual a 24 horas se repitió la administración en 6 ocasiones (46,15%) y esto sucedió en la mitad de los pacientes. No obstante, en dos se resolvió el quilotórax dejando actuar el picibanil < 4 horas. Cuando el drenaje se dejó pinzado entre 36-48h no hizo falta la repetición de la instilación por resolución del cuadro.

Se produjo una disminución del 86,6% del volumen del drenaje el tercer día después del desclampaje y del 90,74% el quinto día. A los 10 días se había resuelto el quilotorax en el 100% de los pacientes, aunque uno de ellos recayó al cabo de 4 meses.

En cuanto a la tolerancia del tratamiento, en tres de las ocasiones (23%) el desclampaje del drenaje se realizó antes de las 48h recomendadas por cirugía debido a la intolerancia por acumulación excesiva de débito. Dos de los pacientes presentaron dolor, tres febrícula y además 3 de ellos presentaron taquicardia y polipnea. Los efectos adversos desaparecieron a las pocas horas de la administración. Cabe destacar que uno de los pacientes presentó un ligero desplazamiento mediastínico.

CONCLUSIONES: El picibanil ha demostrado ser un fármaco eficaz y bien tolerado por lo que se considera una opción terapéutica en el tratamiento del quilotorax cuando el tratamiento conservador ha fracasado.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

354. INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL ACLARAMIENTO DE LEVETIRACETAM EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES: Alzueta Istúriz N, Aldaz Pastor A, Egüés Lugea A, Marín Marín M, Bermejo Bravo A.

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PIO XII 36. Navarra. España

OBJETIVO: Los pacientes pediátricos (1 día a 18 años) son un grupo heterogéneo de pacientes en el que los medicamentos presentan amplia variabilidad farmacocinética como consecuencia de la evolución antropométrica y la ontogénesis.

Se ha observado que la edad influye en la farmacocinética de levetiracetam (LEV) y algunos estudios han demostrado que el aclaramiento de levetiracetam es mayor en niños en comparación con pacientes adultos. Hay aspectos de la evolución del aclaramiento en la infancia desconocidos, por ello se planteó evaluar la influencia de la edad sobre el aclaramiento de levetiracetam en una población de pacientes pediátricos diagnosticados de epilepsia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo (2009 - 2013) de las historias clínicas de 23 pacientes pediátricos (7 varones y 16 mujeres) en tratamiento con LEV oral en seguimiento por parte del Servicio de Neuropediatría.

Las variables recogidas fueron la dosis diaria recibida, la edad, sexo, peso, talla, concentración sérica basal y aclaramiento oral aparente (CLLEV) calculado a partir de la dosis diaria que recibía el paciente normalizada por peso y la concentración de LEV medida. La cuantificación de las concentraciones de LEV se realizó por HPLC.

Para valorar la influencia de la edad, se comparó el CLLEV entre tres grupos de edad: grupo 1 pacientes entre 0-4,9 años (n=2), grupo 2 entre 5-11,9 años (n=11) y grupo 3 entre 12-17,9 años (n=16).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata® v.13.0.

RESULTADOS: Se analizaron 29 concentraciones séricas de LEV.

Se excluyó a los pacientes no cumplidores así como a los que habían recibido la medicación antes de la extracción. Se observó que a medida que aumenta la edad de los pacientes el CLLEV disminuye de forma significativa (Grupo 1: $196,46 \pm 38,70$ mL/h/kg; Grupo 2: $124,37 \pm 54,51$ mL/h/kg; Grupo 3: $77,26 \pm 23,72$ mL/h/kg) ($p < 0,001$). Ello hace necesario disminuir las dosis por unidad de peso a partir de los 12 años (Grupo 2: $50,73 \pm 18,72$ mg/Kg vs Grupo 3: $35,46 \pm 6,86$ mg/Kg) ($p < 0,001$). El valor de CLLEV en el grupo de edad más elevado es similar al observado en adultos. Este hecho no es significativo en el Grupo 1 debido a que se trata de un grupo muy heterogéneo.

CONCLUSIONES: La edad tiene una gran influencia sobre el CLLEV en pacientes pediátricos, siendo muy superior en edades tempranas y con una tendencia descendente a medida que aumenta la edad de los pacientes.

Este hecho justifica una menor relación dosis/Kg en edades más tardías y enfatiza la importancia del porcentaje de eliminación de este fármaco debido a metabolismo.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

663. UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTI CMV INTRAVENOSA DURANTE EL EMBARAZO PARA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN MATERNO FETAL

AUTORES: GIRALDEZ MONTERO JM, RODRIGUEZ PRADA M, IGLESIAS DEUS A, LAMAS DIAZ MJ.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. DE SANTIAGO. Choupana, s/n. A Coruña. España

OBJETIVOS: describir la experiencia clínica por administración de Ig anti CMV (CMV-Ig) (Cytotect® CP Biotest) tras seroconversión durante el primer trimestre de gestación de un embarazo gemelar bicorial-biamniótico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, basado en revisión de historia clínica. Fuente de datos: aplicativos informáticos IANUS® y Silicon®. Datos recogidos: pauta posológica, duración tratamiento, efectividad, efectos adversos y evolución.

Embarazo de madre de 30 años. En primer trimestre se objetiva seroconversión materna a CMV tras contacto: 11 semanas de gestación: IgM+ e IgG + con baja avidéz (4,8%) y PCR sangre (CMWs) 14 semanas: PCR + en orina (CMVo)= 1.693 cp/ml. 21 semanas: se negativiza la IgM y persiste IgG+ con avidéz baja. DNA sangre materna no detectable. PCR líquido amniótico: positiva para el 2º feto con 8.205.076 cp/ml y negativa para el 1er feto. Semana 22 recibe CMV-Ig, 200 UI/Kg/mes 4 ciclos (previa solicitud de uso fuera de ficha técnica). No otros datos de infección congénita en los fetos, con ecografías antenatales normales. La madre no tuvo reacciones adversas relacionados con esta medicación.

RESULTADOS: 1er GEMELO (1G), 2º GEMELO (2G):

Al nacimiento PCR de CMVo + (>10.000.000 cp/ml) (1G); 1.243.125 copias/ml (2G).

-Análisis de sangre: normal (no afectación hepática) (1G)y(2G)

-Análisis de LCR: muestra hemorrágica (1G); 12 células/ ul (2G)

-Ecografías transfontanelar y abdomen: normales(1G)y(2G)

-RM cerebral: hiperintensidad de la sustancia blanca frontal, temporal y parietooccipital bilateral. (1G); alteración de la sustancia blanca profunda (2G)

-PCR CMVs: 18.000 cp/ml(1G) 1.424 copias/ml (2G)

-PCR CMV LCR: positivo (no cuantificado). (1G); negativa (2G)

-Exploración oftalmológica: normal(1G)y(2G)

-PEATC (potenciales evocados auditivos del tronco cerebral) y PEV (potenciales evocados visuales): umbral neurofisiológico para la audición de 60 y 50 dB en el oído izquierdo y derecho respectivamente. (1G); 50 dB en ambos oídos (2G). Datos compatibles con vía visual en proceso de maduración.

Confirmada la infección congénita por CMV con afectación del SNC, se decide iniciar tratamiento con Ganciclovir iv a 12mg/kg/día, que se mantiene 17 días, continua posteriormente con valganciclovir oral a 32 mg/kg/día.

Se objetivó un descenso progresivo en el número de copias de CMV en orina, sangre y LCR. No se detectaron copias en sangre a las 2 semanas y en orina a los 2 meses de tratamiento.

Con el inicio del tratamiento, hay un descenso progresivo en las cifras de neutrófilos y monocitos(valores mínimos absolutos de 900 y 70 respectivamente).

Adecuada progresión en el desarrollo psicomotor y crecimiento cefálico tras ecografía transfontanelar a los 3 meses.

En el momento actual y con 4 meses de vida, tiene una exploración neurológica normal, un perímetro de cráneo de 41cm (p65,5) continuando tratamiento con valganciclovir oral sin objetivarse efectos secundarios relevantes.

CONCLUSIONES: No se encontraron evidencias de que la utilización de gammaglobulina anti CMV intravenosa pueda afectar negativamente ni a la madre ni a los recién nacidos.

Actualmente ambos gemelos siguen a tratamiento con valganciclovir y seguimiento por parte de sus pediatras evolucionando favorablemente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1084. ADECUACIÓN A LAS NUEVAS RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA ASOCIADA A NATALIZUMAB

AUTORES: FERNÁNDEZ GONZÁLEZ J, JUANBELTZ ZURBANO R, FONTELA BULNES C, De Miguel Gaztelu M, Preciado Goldaracena J, Coma Punset M.

Complejo Hospitalario de Navarra. Irunlarrea 3. Navarra. España

Introducción:

La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad desmielinizante de curso subagudo o crónico que afecta a la sustancia blanca subcortical del sistema nervioso central y que está causada el virus John Cunningham (virus JC). Se trata de una enfermedad rara pero grave, que puede llegar a provocar la muerte o la severa discapacidad del paciente.

El uso de natalizumab se encuentra asociado a un incremento del riesgo de desarrollar LMP, siendo factores de riesgo la presencia de anticuerpos frente al virus JC, una duración de tratamiento superior a dos años y el uso previo de inmunosupresores.

OBJETIVO: Evaluación del cumplimiento de las nuevas recomendaciones sobre el uso de natalizumab publicadas en marzo de 2016 por la AEMPS.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo en hospital terciario. Incluye todos los pacientes con dispensaciones de natalizumab en enero de 2014 y 2016 seleccionando aquellos pacientes con más de dos años de tratamiento. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, dosis acumuladas, título de anticuerpos anti virus JC, inmunosupresión previa,

tratamiento actual, riesgo estimado de LMP según recomendaciones AEMPS y cumplimiento de las recomendaciones para pacientes con más de dos años de tratamiento (RNM anual o bianual, anticuerpos anti JC cada 6 meses y consentimiento informado).

Se utilizó el programa de Historia Clínica Informatizada 5.0 y FarHo 2.1 (programa de dispensación de Farmacia).

RESULTADOS: Se analizaron 56 pacientes (69,6% mujeres y 30,4% hombres). La mediana de las dosis acumuladas fue de 65 (22 a 111).

El 53,6% (30) de los pacientes tienen índice de anticuerpos por debajo de 0,9.

El 21,4% (12) de los pacientes recibieron terapia inmunosupresora previa al tratamiento de natalizumab. Durante el estudio se suspendió el tratamiento en 3 pacientes (2 de ellos por alto riesgo de LMP).

Según la clasificación de la EMA para la estimación del riesgo de LMP, el 46,4% (26) de los pacientes estudiados tiene un riesgo de desarrollar la enfermedad menor a 1/1000. El 12,5% (7) presenta un riesgo entre 1 y 5 / 1000. El 41,1% (23) presenta un riesgo superior a 5 / 1000.

Respecto al cumplimiento de las recomendaciones: a 47 pacientes (83,9%) se les realizó una RNM en el último año, de los cuales 37 (66,1%) se les hizo en los últimos 6 meses. El 16,1% (9) de los pacientes NO tienen una RNM en el último año.

Del número total de pacientes (34) a los que es recomendable medir el índice de anticuerpos anti-VJC cada 6 meses a 26 se les repitió el índice cada 6 meses no siendo así en 8 pacientes (23,5%).

Treinta y dos pacientes (57,1%) tienen consentimiento informado firmado al segundo año de tratamiento, el resto no se ha podido localizar.

CONCLUSIONES: Ante las nuevas recomendaciones de la AEMPS nuestro grado de incumplimiento es de 16% para las RNM anuales, 23% para el índice de Ac y 41% para los consentimientos informados.

Nuestros datos son corroborados por distintas publicaciones en las que la asignatura pendiente también es la información al paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

575. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES SEGÚN LOS CRITERIOS DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

AUTORES: USARRALDE PEREZ A, PEREZ FIGUERAS M, BARTOLOME GARCIA E, SANZ MARQUEZ S, GONZALEZ ANGLADA MI, PEREZ ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. C/BUDAPEST, S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: Evaluar la adecuación y la seguridad de la utilización de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes ingresados según las indicaciones de los ☐ Criterios de selección de IBP ☐ del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo de pacientes tratados con IBP, ingresados el 7/02/2016.

Se consideraron adecuadas las prescripciones de: tratamiento de 1) úlcera gastroduodenal (asociada a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), H. pylori u otros), 2) enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), 3) síndrome de Zollinger-Ellison, 4) dispepsia, 5) hemorragia digestiva alta (HDA); y la profilaxis de 1) úlcera de estrés, 2) úlcera gastroduodenal inducida por AINEs en pacientes con factores de riesgo (FR). El riesgo gastrointestinal se clasificó en bajo, moderado y alto. Pacientes de bajo riesgo gastrointestinal: sin FR. Riesgo moderado: aquellos con algún FR (complicaciones gástricas previas, 65-75 años, dosis altas de AINEs, utilización concomitante de fármacos gastrolesivos (FG): antiagregantes, anticoagulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o corticoides). Riesgo alto: ≥ 2 FR, > 75 años o sangrado gastrointestinal previo. Los pacientes más beneficiados de la gastroprotección son los de riesgo alto-medio.

La relación de pacientes tratados con IBP se obtuvo de Farmatools®. De la historia clínica electrónica (Selene®) se recogió: sexo, edad, IBP prescrito (dosis, frecuencia), complicaciones gástricas previas, IBP previo al ingreso, FG prescritos y efectos adversos (EA).

Los datos se recogieron en Excel® y se analizaron con SPSS®. Para las variables cuantitativas se calculó media, desviación estándar y valores máximos-mínimos; las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias relativas porcentuales.

RESULTADOS: Un 69,3% (248/358) de los pacientes tenían prescrito un IBP: 56% (139/248) varones, edad media de 71,86 años (DS 15,11 [13-101]).

Un 2,8% (7/248) estaban en tratamiento activo: 71,4% (5/7) por HDA, 14,3% (1/7) por ERGE y 14,3% (1/7) por úlcera asociada a H. pylori, todos correctamente pautados.

Un 97.2%(241/248) de los pacientes estaban en tratamiento profiláctico, 0.8%(2/241) tenían una pauta c/12h, 61.4%(148/241) lo tomaban previo al ingreso. Un 4.6%(11/241) lo tomaban por profilaxis de úlcera inducida por AINEs: 27.3%(3/11) de los pacientes presentaban riesgo medio (2 tomaban AINEs a dosis altas y 1 tomaba otro FG concomitante); 72.7%(8/11), riesgo alto (2 por presentar 3 FR y 6 por presentar 2 FR).

Un 92.7%(230/248) de las prescripciones no se adecuaban a las recomendaciones del SERMAS a pesar de que un 54.8%(126/230) tomaban un FG, distinto de AINE, y tenían FR: 3.2%(4/126) 3 FR, 37.3%(47/126) 2 FR y 59.5%(75/126) 1 FR. Un 5.7%(13/230) de los pacientes tomaban 1FG sin ningún FR y 37.0%(85/230) no tomaban ningún FG. Un 2.6%(6/230) de los pacientes tomaban algún AINE, pero presentaban riesgo gastrointestinal bajo.

De 153 pacientes que tomaban IBP previo al ingreso, 39.9%(61/153) presentaron posibles EA: 37.4% infección respiratoria, 34.3% ferropenia, 8.1% hipocalcemia, 8.1% gastroenteritis aguda (25% por *Clostridium difficile*), 5.1% déficit de vitamina B12, 4% hipomagnesemia, 2% osteoporosis, 1% carcinoma gástrico.

CONCLUSIONES: La mayoría de las prescripciones no se adecuaban a las recomendaciones del SERMAS. Su extendido uso en los últimos años plantea cuestiones de seguridad que refuerzan la necesidad de realizar formación sobre la correcta utilización de IBP para mejorar su prescripción y validación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

650. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES MAYORES AL DOCUMENTO DE CONSENSO «PRÁCTICAS SEGURAS PARA EL USO DE OPIOIDES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO»

AUTORES: Bartolomé García E, Usarralde Pérez Á, Sanz Marquez S, Pérez Encinas M.

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

OBJETIVOS: Analizar el uso seguro de opioides mayores(OM) en pacientes ingresados y establecer medidas de mejora en base a la publicación del documento de consenso(DC) -Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico- (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, diciembre 2015).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal de pacientes hospitalizados tratados con OM. Se realizaron tres cortes: 29-febrero, 14-marzo y 30-marzo de 2016. Se seleccionaron los criterios del DC más aplicables en la práctica hospitalaria. La relación de prescripciones con OM se obtuvo de Unidosis(Farmatools®). Variables recogidas de Selene®(historia clínica electrónica): sexo, fecha nacimiento, servicio, dolor(agudo/crónico), seguimiento por unidad del dolor(UD), OM(principio activo, dosis, frecuencia), analgésicos(paracetamol, AINEs, tramadol), coadyuvantes analgésicos(antidepresivos, anticonvulsivantes, neurolépticos), depresores del sistema nervioso central(DSNC), laxantes, antieméticos, inhibidores/inductores-CYP3A4, efectos adversos(EA), EPOC. Se registraron las intervenciones farmacéuticas realizadas: duplicidades, dosis máxima, frecuencia, interacciones, forma farmacéutica. Se recogieron y analizaron los datos en Excel®. Para las variables cuantitativas se calculó media y desviación estándar; las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias relativas porcentuales.

RESULTADOS: Un 9.3%(96/1036) de las prescripciones contenían uno o más OM. Se excluyeron 16 prescripciones de morfina por indicación en disnea, evaluándose 80 prescripciones de 68 pacientes(edad media: 72.25años(SD=14), 58.8% mujeres). Servicios prescriptores principales: Medicina Interna(37.5%), Oncología(11.25%), Urgencias(10.0%). Se prescribieron 107 líneas de OM: fentanilo(transdérmico 31.8%, transmucoso 5.6%), morfina(intravenosa 21.5%, oral de liberación rápida 6.5% y oral de liberación prolongada 3.7%), petidina(17.8%), oxicodona de liberación prolongada(7.5%), solución bupivacaína/fentanilo epidural(5.6%). Se prescribieron 1.3 OM/prescripción. En 36.3% de las prescripciones, ≥1OM había sido prescrito previo al ingreso, en un 30% el seguimiento se realizaba por UD. Tipo del dolor: 47.5% agudo, 52.5% crónico. Se pautaron 1.5 analgésicos y 0.7 coadyuvantes/prescripción. Considerando las recomendaciones del DC: 11.3% de las prescripciones asociaban OM y menores(tramadol); respecto a interacciones 55% tenían ≥1DSNC y 6.3% inhibidores/inductores CYP3A4 (categoría C/D-FDA); 7.4% de los pacientes presentaban EPOC; 10.3% de los pacientes con dolor crónico no tenían prescrita una pauta de rescate. Se registraron EA en 30.9% de los pacientes, principalmente: 39.1% estreñimiento (22.2% -2 pacientes- sin laxante), 34.8% somnolencia, 13% náuseas/vómitos (todos ellos con antiemético). Medidas de mejora establecidas: 1) herramientas de ayuda a la prescripción: introducción de dosis máximas en 33.3%(11/33) de las presentaciones de OM y actualización del 100% de las descripciones de los nombres de OM en Selene® 2)documentos de educación al paciente: 8 hojas informativas de diferentes presentaciones de OM y calendarios de administración para fentanilo transdérmico. Tras la validación de los tratamientos, se realizaron intervenciones en el 14.7%(n=10) de los pacientes: frecuencia(n=5), recomendación prescripción de laxante (n=2) y forma farmacéutica(n=3).

CONCLUSIONES: El uso seguro de OM ha resultado aceptable, no obstante, el DC ha permitido mejorar su prescripción y validación, así como elaborar herramientas de mejora de la prescripción y educación al paciente. El papel del farmacéutico es fundamental para desarrollar medidas que promuevan el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo como son los OM.

90. ADECUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ORALES EN PACIENTES CON Sonda DE ALIMENTACIÓN

AUTORES: HERNÁNDEZ SEGURADO M, MARTÍN GOZALO EM, BÉCARES MARTÍNEZ J, CASTILLO BAZÁN E, TORTAJADA ESTEBAN EV, PELEGRIN TORRES P.

HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. Avda. Reyes Católicos, 2. Madrid. España

Identificación y diagnóstico:

Debido a que no todos los principios activos (PA) están comercializados como solución, es inevitable proceder a triturar o disgregar fármacos sólidos para su administración en pacientes portadores de sonda de alimentación (SA). Sin embargo, estas acciones sólo puede realizarse si la forma farmacéutica y las propiedades del PA lo permiten. Además, la nutrición enteral (NE) es una fuente de interacciones con medicamentos.

Por ello, la prescripción de medicamentos en pacientes portadores de SA es una fuente de errores medicación (EM) y éstos resultan de especial interés en el alta hospitalaria a un paciente con SA.

Formulación y diseño:

Estudio prospectivo, realizado desde abril 2015 a enero 2016. La planificación del estudio fue la siguiente:

- Fase I pre-intervención: abril-mayo 2015.
- Fase II de acciones de mejora: mayo-septiembre 2015
- Fase III post-intervención: octubre 2015-enero 2016

Ejecución y evolución:

Fase I pre-intervención: desde el Servicio de Farmacia se obtuvo un listado diario de pacientes portadores de SA ingresados en el hospital. Se revisaron fuentes bibliográficas para consultar si cada medicamento prescrito era compatible con la administración por SA. Posteriormente se comunicaba al médico prescriptor si se observaba alguna discrepancia, indicando alternativas. Estos datos fueron registrados para su posterior evaluación.

Fase II de acciones de mejora: se realizaron reuniones de los farmacéuticos implicados con los Servicios Médicos que manejan un mayor número de pacientes portadores de SA. Se difundió el ☐top10☐ de errores de medicación, obtenido en la fase pre-intervención, a todos los facultativos del hospital como fuente de consulta rápida. Se realizó una sesión formativa en Medicina Interna sobre la correcta administración de estos medicamentos.

Fase III post-intervención: misma metodología que en la fase I pre-intervención.

Resultados y efectos:

Fase I pre-intervención: se revisó la medicación oral prescrita en el ingreso de 80 pacientes portadores de SA, con un total de 505 fármacos orales. En el 59% de los pacientes (47) se detectaron discrepancias. De los fármacos revisados, el 14% (69) presentó discrepancias, de las cuales, el 23% (16) fueron solucionadas mediante intervención farmacéutica. La tasa de EM antes de la intervención farmacéutica fue del 14%, mientras que tras la intervención fue del 11%: los EM disminuyeron un 3%.

Fase III post-intervención: tras las acciones de mejora, se revisó la medicación de 118 pacientes portadores de SA ingresados, con un total de 700 fármacos orales. En el 67% de los pacientes (79) se detectaron discrepancias. De los fármacos revisados, el 21% (149) presentó discrepancias, de las cuales, el 42% (63) fueron solucionadas mediante intervención farmacéutica. La tasa de EM detectados fue del 21%, la cual se redujo hasta un 12% tras la intervención farmacéutica: los EM disminuyeron un 9%.

En vista del elevado porcentaje de pacientes que presentan discrepancias entre la medicación prescrita y su administración por SA, el programa de intervención farmacéutica reduce EM, promueve la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar y conciencia sobre la importancia de la seguridad del medicamento.

34. ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN DE REACTIVACIÓN DE LA HEPATITIS B SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

AUTORES: Fuster Sanjurjo L, Koprivnik - S, González Rodríguez AM, Rodríguez Penín I.

Hospital Arquitecto Marcide. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avenida de la residencia S/N. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir la adherencia a las recomendaciones de cribado y profilaxis de reactivación del virus de la hepatitis B (VHB) en pacientes tratados con Rituximab.

MATERIAL Y MÉTODO: En julio de 2014 la AEMPS publicó una nota informativa sobre la ☐Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor☐; recomendaba el cribado de VHB antes de iniciar la terapia antineoplásica o inmunosupresora y aconsejaba seguir las directrices de tratamiento de la EASL y AEEH.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes que recibieron rituximab entre 7/2014 y 12/2015 en nuestra institución. Datos recabados de la historia clínica electrónica IANUS® y del programa Farmis®: datos demográficos (edad y sexo), tratamiento con Rituximab (indicación y duración), vacunación y serología VHB [fecha, **RESULTADO:** antígeno HBs (HBsAg), anticuerpo HBcAg (anti-HBcAg) y anticuerpo HBsAg (anti-HBsAg)], manejo de pacientes no inmunizados o con serología positiva y reactivación de hepatitis. Análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 86 pacientes (edad media: 63±13 años); 47 hombres. Diagnóstico: 83 linfoma no Hodgkin, 1 linfoma Hodgkin, 1 púrpura trombocitopénica autoinmune y 1 anemia hemolítica autoinmune.

Cribado: Treinta y cinco pacientes habían iniciado el tratamiento con rituximab antes de la publicación de la nota informativa; en 26 de ellos se solicitó el cribado VHB antes del inicio, en 7 posteriormente y en 2 no se solicitó. El cribado de VHB se realizó en el 100% de los pacientes que iniciaron el tratamiento después de la alerta (n=51).

De las 84 serologías disponibles 67 eran negativas, 12 positivas [11 HbsAg negativo/anti-HBcAg positivo y 1 HbsAg positivo/anti-HBcAg positivo (infección crónica VHB a tratamiento con lamivudina)] y 5 mostraban inmunización.

Cumplimiento de las directrices de tratamiento (n=79): a) Serología negativa (n=67): Se recomienda vacunación. 0% Cumplimiento. b) Serología positiva (n=12). Se realizará prueba de detección de ADN viral. 25% cumplimiento (n=3): i) VHB crónica a tratamiento con lamivudina y DNA indetectable que inicia tratamiento a largo plazo (no cumple recomendación: administrar entecavir o tenofovir), ii) detección inicial de ADN y tratamiento con lamivudina (cumple recomendación: ☐ en pacientes con neoplasias hematológicas en los que no se pueda garantizar realizar mediciones periódicas de ADN iniciar tratamiento con lamivudina ☐ y iii) detección de ADN viral inicial y suspensión del tratamiento con Rituximab al mes del inicio (recomendación no valorable: realización mediciones periódicas de ADN cada 1-3 meses).

No hubo ningún caso de reactivación del VHB (mediana de seguimiento desde el inicio del tratamiento: 368 días); 34 pacientes continúan el tratamiento [serología positiva (n=4)]. 14 exitus al final del estudio.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes que iniciaron el tratamiento con rituximab tras la publicación de la nota de la AEMPS fueron sometidos a las pruebas de cribado de VHB.

El 80% de los pacientes tratados con rituximab durante el periodo de estudio a los que se les realizó serología presentaron resultado negativo; ninguno fue vacunado.

El bajo cumplimiento de las Directrices de la EASL y AEEH detectado indica una oportunidad de actuación farmacéutica con el fin de mejorar el cuidado del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

167. ADMINISTRACIÓN YEYUNAL DE MEDICAMENTOS: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS.

AUTORES: Serramontmany Morante E, Lalueza Broto P, Juárez Gimenez JC, Girona Brumós L, Puiggros Ilop C. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig de la vall d'hebron 119-129, 08035. Barcelona. España

OBJETIVO: Algunos pacientes requieren la administración de nutrientes y medicamentos por vía yeyunal debido a complicaciones gastrointestinales como gastroparesia, náuseas/vómitos crónicos o reflujo grave.

La administración por esta vía puede generar efectos adversos por la elevada osmolaridad y el contenido en excipientes como sorbitol y propilenglicol además de interacciones con nutrientes. También puede haber incertidumbre sobre la absorción de los fármacos.

OBJETIVO: analizar los fármacos administrados por vía yeyunal en una serie de pacientes y proponer estrategias de mejora.

MATERIAL Y METODO: Estudio observacional ambispectivo en un hospital universitario de tercer nivel, con pacientes portadores de sondas yeyunales (nasoyeyunal/yeyunostomía) durante el periodo de Enero 2015 hasta Marzo 2016. Los pacientes se identificaron a partir de los registros de la Unidad de Soporte Nutricional, las variables clínicas se obtuvieron de la historia clínica informatizada y los tratamientos farmacológicos se recogieron del programa de prescripción electrónica (PPE).

Se registraron variables biodemográficas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico principal, diagnóstico causante de la yeyunostomía, días de ingreso) y farmacológicas (total de fármacos administrados, y los administrados por sonda yeyunal).

Para el análisis de la adecuación de la administración yeyunal, se procedió a una búsqueda de bibliografía mediante un algoritmo que incluyó tanto fuentes primarias, secundarias y terciarias del tipo: PubMed micromedex, upToDate, Google académico, así como el contacto directo con los laboratorios fabricantes de las distintas especialidades farmacéuticas.

RESULTADOS: Se incluyeron 8 pacientes (4 mujeres, 4 varones) portadores de sonda yeyunal con una edad mediana de 50 años (20-88) y una duración mediana del ingreso de 59 días (4-293). La mayoría de los pacientes (5), llevaban sonda yeyunal por gastroparesia grave.

Se analizaron 13 ingresos que incluyeron un total de 217 especialidades farmacéuticas diferentes; 45 de ellas administradas por vía yeyunal.

De éstas 45, cuatro (8%) no hubieran debido administrarse por esta vía (comprimidos de ácido acetilsalicílico (AAS) y fenitoina; solución y capsulas de sulfato ferroso), diecisiete (37%) si se pueden administrar (capsulas de amoxicilina, gabapentina y metamizol; comprimidos de ciprofloxacino, esomeprazol, furosemida, oxcarbamazepina, paroxetina, propranolol y ranitidina; sobres de calcio carbonato, esomeprazol, lactitol, lactobacillus y magnesio; solución de levetiracetam y paracetamol), y de veinticuatro (53%) no hay información disponible.

De los 4 medicamentos que no pueden administrarse por vía yeyunal, el AAS y el sulfato ferroso requieren medio ácido para su absorción; y los comprimidos de fenitoina han mostrado disminución de su absorción al ser administrados por esta vía. La administración incorrecta de estos fármacos afectó a 3 pacientes diferentes. Sólo en 1 paciente todas las especialidades administradas por esta vía fueron aceptables.

A partir de estos resultados se implementaron modificaciones en el módulo de administración de fármacos en el PPE.

CONCLUSIONES: - Estos datos confirman el elevado número de fármacos de los que hay ausencia de información sobre la administración yeyunal por lo que es necesario generar evidencia en esta área de conocimiento para prever posibles complicaciones y mejorar la administración de los fármacos.

- Los resultados obtenidos nos han permitido acciones de mejora en el módulo de administración de fármacos en el PPE

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

636. ALERGIA A MEDICAMENTOS: COMPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN DIFERENTES BASES DE DATOS

AUTORES: TALADRIZ SENDER I, MONTERO LLORENTE B, PINTOR RECUENCO R, GÓMEZ DE SALAZAR LÓPEZ DE SILANES E, BERMEJO VICEDO T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Ctra. Colmenar Viejo, km. 9.10. Madrid. España

OBJETIVOS: -Evaluar la concordancia en los registros de alergia relativas a fármacos del grupo farmacoterapéutico J01MA (Quinolonas antibacterianas: fluoroquinolonas) en tres aplicativos utilizados en nuestro centro.

-Analizar la actualización de datos tras la realización de pruebas de alergia que confirmen el diagnóstico.

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

Se seleccionó el grupo farmacoterapéutico J01MA debido al aumento en el número de reacciones alérgicas a estos antibióticos en los últimos años. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes ingresados desde septiembre de 2015 hasta febrero de 2016 con alerta de alergia a fluoroquinolonas registrada en el programa informático Hospiwin®. Este dato se comparó con la información relativa a la presencia de alergias medicamentosas disponible en los informes médicos de los distintos Servicios del hospital, y en la aplicación informática de Atención Primaria Horus®.

Se diseñó una hoja de recogida de datos en la que se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, grupo farmacoterapéutico o medicamento responsable de la reacción alérgica, registro de alergia en las tres bases de datos estudiadas, existencia de informes de Alergología, resultado de las pruebas de alergia y actualización de las bases de datos tras el informe de Alergología.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio ingresaron 64 pacientes con alerta registrada de alergia a fluoroquinolonas en Hospiwin® (55% hombres), con una edad media de 75,3 años. El número medio de alertas de alergia incluidas por paciente fue dos.

En el 48,4%(31) de los pacientes se registró en Hospiwin® la alergia genérica al grupo J01MA, indicándose en el 52,6%(33) alergia a un único medicamento del grupo (25% levofloxacino, 15% ciprofloxacino, 12,6% moxifloxacino).

La información registrada en las tres bases de datos revisadas fue concordante en el 57,8%(37) de los casos.

Comparando entre sí las bases empleadas en el hospital (informes médicos y Hospiwin®), un 9,4%(6) de los pacientes presentaron discrepancias, frente al 31,1%(19) encontrado entre dichas bases de datos y Horus®.

El 43,7%(28) de los pacientes registrados en las tres bases de datos disponían de informe de Alergología que confirmaba la alergia a fluoroquinolonas. Tras este informe, en el 78,5%(22) de estos pacientes se actualizó correctamente la información en todas las bases de datos revisadas.

Tras analizar los resultados de los informes de Alergología, en el 12,5%(7) de los casos se registró como alergia una reacción adversa de tipo no alérgico (recogida en ficha técnica).

CONCLUSIONES: -La información sobre alergias a fluoroquinolonas no coincide en las tres bases de datos revisadas en el 50% de los pacientes.

-La concordancia entre la información de las bases de datos de Atención Especializada y la de Atención Primaria es del 69,9%.

-En el 21,5% de los pacientes la información no se actualiza correctamente en estas bases tras las pruebas de alergia.

-Este estudio pone de manifiesto la necesidad de mantener constantemente actualizada la información relativa a alergias en las bases de datos, para evitar discrepancias entre ellas que dificulten un tratamiento seguro y eficaz.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

407. ALERGIAS A MEDICAMENTOS: ANALISIS Y REGISTRO EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA.

AUTORES: REBOLLAR TORRES E, SOLANO ARAMENDIA MD, ANDRES ARRIBAS I.

HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. RAMON Y CAJAL, 60. Zaragoza. España

OBJETIVO: Evaluar y cuantificar la cumplimentación en el programa de prescripción asistida (PEA) del apartado alergias con la información de la historia clínica electrónica (HCE) común para atención primaria y especializada.

Metodología

Estudio observacional descriptivo-prospectivo de septiembre a diciembre de 2015. Se incluyen todos los pacientes ingresados en un Servicio de Geriátría con Unidad de Ortogeriatría.

Al ingreso, el farmacéutico revisa en la HCE las alergias que constan en el sumario clínico (atención primaria) y las informadas por servicios de Urgencias (atención especializada).

Se analiza la información obtenida en la HCE y la cumplimentación del apartado alergias en la PEA, considerándose cumplimentado tanto si constan alergias como si no. En este último caso se registran como ☐no conocidas☐. El programa de PEA es Farmatools-Dominion 2.5., que permite registrar las alergias codificadas, por principio activo o grupo terapéutico, o como texto libre.

Asimismo, se analizan los medicamentos que causan las alergias.

RESULTADOS: Se revisan 466 ingresos (73 son reingresos, 15,66%); edad media de 85,64 años y 316 mujeres (67,81%). La cumplimentación de las alergias en FarmaTools la realiza el farmacéutico en 432 casos (92,70%) y el médico en 34 (7,3%). El 94% de las cumplimentadas por el médico no fueron codificadas.

Constan alergias en la HCE en 153 pacientes (32,83%), y sólo 19 (12,42%) son registradas por el médico al hacer el ingreso en el programa FarmaTools. De las alergias registradas, 50 se califican como sospechas (32,68%) y 17 como intolerancias (11,11%).

El número total de alergias fue de 204 (1,33 por paciente). Los medicamentos causa de alergias clasificados grupo terapéutico son: Antiinfecciosos (J) 83 (40,6%): 50 penicilinas, 14 fluorquinolonas, 4 macrólidos; Sistema Nervioso Central (N) 49 (24%): 10 pirazolonas, 7 paracetamol+tramadol, 9 AAS, 6 antidepresivos; Sistema Musculoesquelético (M) 18 pacientes (8,82%) y Cardiovascular (C) y Sangre y Órganos Hematopoyéticos (B) ambos con 15 casos (7,35%).

Se detectan discrepancias en la HCE en 84 de los 153 pacientes que presentan alergias (54,9%). En 50 casos constan las alergias en el sumario clínico de la HCE, pero no en el informe de urgencias del hospital.

CONCLUSIONES: - Se ha encontrado una elevada incidencia de alergias, explicable por el alto porcentaje de sospechas referido en la HCE. Los antiinfecciosos es el grupo terapéutico que más frecuentemente causa alergia.

- Se evidencia un alto número de discrepancias en la información referente a alergias entre atención primaria y especializada, por lo que sería necesario, para mejorar la seguridad del paciente y la utilización de los medicamentos, realizar estudios que confirmen las alergias además de actualizar esta información en la HCE.

- En la gran mayoría de los pacientes el apartado alergias no es rellenado por el médico prescriptor.

- La intervención farmacéutica al informar y registrar las alergias en el PEA incrementa la calidad de la prescripción y aporta seguridad al paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

521. AMPLIACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE AJUSTE DE FÁRMACOS POR INSUFICIENCIA RENAL.

AUTORES: Labeaga Beramendi Y, León Barbosa A, Pampín Sánchez R, Pena Villanueva P, Calzón Blanco C, Durán Román C.

Hospital Universitario de Cabueñes. Calle Los Prados, 395. Asturias. España

OBJETIVOS: Actualizar el procedimiento de ajuste de fármacos en insuficiencia renal (IR), mediante la ampliación a fármacos no antibióticos. Analizar y valorar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas de este tipo, determinando el impacto de los medicamentos incorporados al procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 3 meses de duración (Enero-Marzo 2016) realizado en un hospital universitario.

Sobre una tabla de ajuste posológico de antibióticos en IR implantada en el Servicio de Farmacia, se añadieron fármacos no pertenecientes al grupo J de la clasificación ATC, utilizando el Boletín de farmacovigilancia de la Región de Murcia sobre fármacos nefrotóxicos (Nº 17, 2010). Para determinar la recomendación se consultaron: Ficha Técnica, The Renal Drug Handbook, Guía de dosificación de fármacos del Hospital general Universitario Reina Sofía y el Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha (Vol. XII, Nº 1, 2011).

Los pacientes sobre los que se intervino durante la validación farmacéutica diaria debían: estar ingresados en unidades clínicas con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias, tener aclaramiento de creatinina menor de 50 mL/min pasadas 24h tras el ingreso (según la fórmula de Cockcroft-Gault) y tener prescritos medicamentos incluidos en el procedimiento. En los casos necesarios, se realizó una recomendación farmacéutica a través de □Comentarios de Farmacia□ dentro de las notas de curso clínico, indicándole al prescriptor una sugerencia de modificación de dosis, intervalo posológico o ambas. Para valorar su aceptación se analizaron cambios en las prescripciones en las siguientes 24-48h.

Las variables recogidas fueron: datos demográficos del paciente, principio activo, servicio médico y aceptación o no de la intervención.

Se definió como impacto el porcentaje de intervenciones con estos fármacos con respecto al total de intervenciones y su grado específico de aceptación.

RESULTADOS: Al actualizar la tabla de ajuste por IR, sobre los 30 antibióticos ya incluidos, se añadieron 13 nuevos fármacos.

Se realizaron 141 recomendaciones farmacéuticas, sobre 105 pacientes, 65 mujeres y 40 hombres, con una edad media de 84,1 años. El grado global de aceptación de las intervenciones fue del 62,4%.

Se enviaron 66 notificaciones (46,8%) sobre los nuevos fármacos incorporados, y 75 sobre antibióticos (53,2%). Los porcentajes de aceptación fueron del 66,3% y 62,7% respectivamente. En el grupo de las nuevas inclusiones, enoxaparina fue el fármaco con mayor intervención (56,1%), con un grado de aceptación del 62,2%. Amoxicilina/clavulánico fue el antibiótico con mayor notificación (33,3%) y una aceptación del 56,0%.

El servicio de medicina interna, recibió el 42,6% de todas las recomendaciones hechas, siendo su aceptación del 50,8%. Las intervenciones sobre los nuevos fármacos supusieron el 49,2% frente al 50,8% de los antibióticos.

CONCLUSIONES: La inclusión de nuevos fármacos para su ajuste en IR se tradujo en un incremento de las intervenciones farmacéuticas, añadiendo relevancia a la validación del farmacéutico.

La aceptación de las intervenciones, tanto de forma global como de estos nuevos fármacos en particular, se traduce en una mejora en la farmacoterapia y seguridad de los pacientes, aportando un valor añadido al trabajo realizado desde el Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

931. ANALISIS DE ERRORES DE MEDICACION EN UNA UNIDAD MEDICA CON PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION EN FORMATO PAPEL

AUTORES: Frontera Gómez R, Rodríguez Estevan I, Pérez Pons JC, Lorente Fernández L, Medina Guerrero A, Soler Company E.

Hospital de Llíria. Paratge Cabeço de l'Àguila CV-35, Salida 29, 46160 Llíria, Valencia. Valencia. España

OBJETIVO: Detectar errores de medicación en una unidad de medicina interna con prescripción en formato papel y su análisis posterior en la transcripción de la unidosis en el servicio de farmacia y en la hoja de administración de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo y analítico realizado durante 4 semanas en un hospital comarcal con un área de población de 96.000 habitantes, mediante el programa Farmasyst (Versión 2.06.49) de unidosis. Diariamente se recopiló la información correspondiente al tratamiento de cada paciente reflejado en las hojas de carga de carros de unidosis, comparándolo con las hojas de administración de enfermería y validándolo con las órdenes médicas de prescripción de tratamientos. Se clasificaron los errores según la adaptación española de la clasificación del □National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention□ (NCCMERP) extraída de la guía correspondiente al □Institute for Safe Medication Practices□ (ISMP) de la SEFH.

RESULTADOS: Se revisaron 43 pacientes en el periodo de estudio correspondientes a 5823 líneas de tratamiento analizadas en 102 órdenes médicas.

Se obtuvieron un total de 537 errores de medicación, clasificados en:

A. Medicamento erróneo: Transcripción/Dispensación/Administración de un medicamento diferente al prescrito: 106 (19,73%)

B. Omisión de dosis o de medicamento: Omisión de la transcripción: 149 (27,74%)

C. Dosis incorrecta: Dosis mayor de la correcta: 58 (10,80%). Dosis menor de la correcta: 46 (8,56%)

D. Vía de administración errónea: 54 (10,05%)

E. Hora de administración incorrecta: 92 (17,13%)

F. Paciente equivocado: 2 (0,37%)

G. Duración del tratamiento incorrecta: Duración mayor de la correcta: 30 (5,58%)

Su análisis posterior nos informó de que el 27,74% de los errores detectados son debidos a la omisión de la transcripción. La mayoría de los errores descritos no tienen repercusión clínica relevante. El grupo terapéutico con mayor proporción de errores fueron la estatinas y los antihipertensivos, siendo las discrepancias entre el tratamiento domiciliario y el hospitalario, así como el retraso en la terapia secuencial la causa principal de errores detectados.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos serán utilizados para establecer medidas correctoras de prevención de errores de medicación.

Siendo la transcripción el principal foco de errores, la aplicación de un sistema electrónico de prescripción que la omite podría ser eficaz en la reducción significativa de los errores generados.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

669. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: LABRADOR ANDÚJAR N, FERNÁNDEZ ARÉVALO M, FERNÁNDEZ-CORADA SÁNCHEZ A, MANZANO LISTA FJ, QUIRÓS AMBEL H, MOYA GÓMEZ P.

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. Avd. de Barber, 40. Toledo. España

OBJETIVO: Analizar la actividad de un farmacéutico clínico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) mediante la evaluación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y descriptivo realizado durante un mes (16 de febrero al 15 de marzo de 2016) en una UCI médico-quirúrgica de 26 camas, de un hospital de tercer nivel. Se registraron las IF realizadas durante la visita diaria a UCI (tiempo de estancia: 2 horas) y fruto de la revisión de la historia clínica electrónica y de la revisión y validación de las órdenes médicas (OM) y órdenes de administración de enfermería manuales y actualizadas diariamente. Las IF se clasificaron basándose en los problemas relacionados con el medicamento (PRM) del Tercer Consenso de Granada, consultado en la bibliografía. Se registraron datos demográficos (edad y sexo), grupo terapéutico relacionado con la intervención, destinatario de las IF y grado de aceptación de la intervención. La evaluación de las IF se realizó midiendo el impacto de las IF en la efectividad, seguridad y eficiencia del tratamiento.

RESULTADOS: Se registraron 41 IF y se clasificaron en: 21,96% modificar posología, 17,08% corrección de error de prescripción en OM, 14,64% modificar vía de administración, 9,76% sustituir a equivalente terapéutico, 9,76% relacionadas con la administración, 7,32% suspender medicamento innecesario, 7,32% prevenir reacciones adversas a medicamentos, 4,88% recomendar monitorización farmacocinética, 4,88% necesidad de medicación adicional y 2,44% ajustar nutrición artificial. Los grupos terapéuticos implicados en las IF fueron: 29,27% grupo J antiinfecciosos para uso sistémico, 24,39% grupo N sistema nervioso, 9,76% grupo A tracto alimentario, 7,32% grupo C sistema cardiovascular, 7,32% grupo M sistema musculoesquelético, 7,32% nutrición enteral, 4,88% grupo G sistema genitourinario, 4,88% grupo S órgano de los sentidos, 2,44% grupo B sangre y órganos hematopoyéticos y 2,44% grupo R sistema respiratorio.

Los destinatarios de las IF fueron: un 95,12% médicos y un 4,88% enfermería. Las IF tuvieron un grado de aceptación del 92,68%. Con respecto al impacto de las IF, un 46,34% eran relativas a la efectividad del tratamiento, un 29,27% a la eficiencia y un 24,39% a la seguridad.

CONCLUSIONES: El mayor número de IF registradas fue por el PRM detectado de posología inadecuada. El grupo terapéutico que requirió mayor número de IF fue el J (antiinfecciosos para uso sistémico).

El farmacéutico clínico integrado en la UCI permite prevenir o resolver PRM que influyen tanto en la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacoterapéuticos de los pacientes. La visita del farmacéutico a la Unidad mejora la relación con el personal médico y de enfermería facilitando de este modo la detección de los PRM y optimización de los tratamientos; y aumentando el grado de aceptación de las IF realizadas.

El análisis de las intervenciones permite detectar los PRM más frecuentes, e identificar los puntos de mejora que se pueden aportar como ayuda a la prescripción y administración de fármacos (tablas de ajuste de dosis de antiinfecciosos, administración por sonda o la prescripción electrónica asistida).

472. ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD Y VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA TRAS EL CAMBIO DE TRASTUZUMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO

AUTORES: BARCIA MARTÍN MI, GARCÍA FERRÓN M, JARA SÁNCHEZ C, TORO CHICO P, GOMEZ PEDRERO AM, PEREZ ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORÓN. Calle Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar la seguridad y satisfacción percibida por la paciente tras el cambio de formulación de trastuzumab intravenosos (i.v.) a subcutáneo (s.c.).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 3 meses de duración (enero-marzo de 2016) en el que se incluyeron pacientes de Oncología tratados con trastuzumab subcutáneo en la fecha de realización de la encuesta. Se utilizaron como fuentes de datos el módulo de pacientes ambulatorios del programa Farmatools®, la historia clínica electrónica (Selene®) y el programa de historias oncológicas (GestiOnc®) para registrar datos demográficos (edad, sexo), peso, esquema quimioterápico, fecha de inicio y fecha de suspensión o cambio de tratamiento. Para conocer la valoración por parte de los pacientes y evaluar la posible toxicidad se realizó una entrevista en la consulta o una encuesta telefónica con 4 preguntas: reacciones adversas derivadas de la administración, duración del efecto local, limitación funcional y conformidad con el tratamiento. Para el registro de esta información se diseñó una hoja en Excel.

RESULTADOS: Se incluyeron 13 pacientes, todas mujeres con una edad media de 53 años (27-75). Se realizó la encuesta telefónica a 11 de las pacientes, y las 2 restantes fueron entrevistadas en consulta. Al evaluar la toxicidad se observaron efectos adversos locales: hematoma (92,3%), y en el momento de la administración dolor intenso (61,5%) y dolor moderado (30,7%); una de las pacientes no presentó problemas. Se calificaron como efectos adversos locales graves en el 61,5% debido a la limitación funcional en alguna de las actividades cotidianas tales como deambular. En relación a la duración de los efectos adversos locales, resultaron durar menos de 1 semana en el 69,2% y entre 8 y 15 días en el 30,8% de las pacientes. En cuanto a la conformidad con el tratamiento, el 46,2% de las pacientes refirieron disconformidad, el 46,2% manifestó que aunque fuera molesto lo podían tolerar, y una paciente expresó estar conforme con el tratamiento. Teniendo en cuenta la opinión de las pacientes, aquellas disconformes cambiaron a vía i.v. (46,2%) mientras que las restantes mantuvieron la formulación s.c. (53,8%). Finalmente, se comunicaron por vía telemática al Sistema Nacional de Farmacovigilancia las reacciones adversas locales que ocasionaron limitación funcional en las pacientes (61,5%).

CONCLUSIONES: La valoración de la satisfacción con el cambio de formulación a otra vía de administración es clave para la mejora de la calidad asistencial del paciente. A pesar de las ventajas que supone el cambio de formulación a trastuzumab s.c. en cuanto a comodidad y tiempo de administración, en parte de nuestras pacientes, resultó ser molesta y limitante funcionalmente. La reciente comercialización de fármacos hace necesaria una vigilancia estrecha de las reacciones adversas detectadas así como su notificación al centro de farmacovigilancia.

337. ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS POR LINEZOLID ORAL

AUTORES: GRANERO LÓPEZ M, BARDÁN GARCÍA B, PIÑEIRO FILGUEIRA B, RODRÍGUEZ PENÍN I.

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. CTRA. CATABOIS S/N. A Coruña. España

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de alteraciones en el hemograma relacionadas con la prescripción ambulatoria de linezolid.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que recibieron ambulatoriamente linezolid oral en un hospital de segundo nivel. Período: 1/1/2015-15/4/16. Los datos recogidos, en el programa de prescripción electrónica asistida (Silicon®) y en la historia clínica electrónica (lanus®), fueron: edad, sexo, localización de la infección, duración del tratamiento, función renal basal, control hematológico (hemoglobina (Hb), plaquetas (P) y neutrófilos (N)) antes, durante y después del tratamiento, y prescripción concomitante de piridoxina.

Se consideraron alteraciones en el hemograma una disminución entre el inicio y el final del tratamiento en el nivel de Hb $\geq$ 25%, P $\geq$ 25% y N $\geq$ 50%. El grado de toxicidad hematológica se clasificó según la CTCAEv 4.03.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes (edad media 71,1 años; 6 hombres). Todos recibieron 1200 mg/día de linezolid oral. Localización de la infección: 7 pacientes (36,8%) fueron diagnosticados de infecciones oculares, 6 (31,6 %) de infección de hueso y/o prótesis articular (seguidos por la unidad de enfermedades infecciosas (UEIN)), 2 (10,5%) de infección de piel y partes blandas, 2 (10,5%) de infección del tracto urinario, 1 (5,3%) de endocarditis sobre válvula protésica y 1 (5,3%) de infección de herida quirúrgica (seguido por la UEIN). La duración media del tratamiento fue de 17,6 días (7-44). Un 21% de pacientes no tenía ningún control analítico al inicio de la terapia y

en un 36,8 % no se realizó un control tras el tratamiento. Un 57,9% de pacientes contaba con algún control durante el tratamiento. De los 11 pacientes en que se llevó a cabo un control analítico pre y post tratamiento, 6 (54,5%) presentaron alteraciones en el hemograma, con disminución de plaquetas y hemoglobina en un caso, de neutrófilos en otro y sólo de plaquetas en 4 pacientes (uno con creatinina 1,89 mg/dL). En cuanto a los grados de toxicidad hematológica, un paciente desarrolló neutropenia G2 y dos presentaron anemia G2 y G3 (partiendo ambos de anemia G1). Ningún paciente desarrolló trombocitopenia. No hubo diferencias en la media de duración de tratamiento entre los pacientes con alteraciones en el hemograma y los que desarrollaron toxicidad hematológica (18,6 vs 17,6 días). Seis pacientes recibieron tratamiento con piridoxina (todos prescritos por la UEIN), dos de ellos mejoraron su grado de anemia basal (pero uno presentó disminución de plaquetas), otro pasó de anemia G1 a G2, en uno apareció alteración hematológica a nivel de las plaquetas y dos mantuvieron su situación basal.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los pacientes en que se pudo valorar el efecto del linezolid sobre los parámetros hematológicos presentaron alteraciones a ese nivel.

La disminución en el número de plaquetas fue la alteración observada con mayor frecuencia, aunque sin repercusión clínica.

Consideramos necesario insistir en las recomendaciones de la ficha técnica, informando al prescriptor sobre la necesidad de realizar un hemograma completo semanal, independientemente del basal, a los pacientes que reciban linezolid.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

145. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA ERA DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA LA HEPATITIS C

AUTORES: MOLINA CABEZUELO M, ROSSIGNOLI MONTERO A, JIMENEZ NACHER I, GONZALEZ FERNANDEZ MA, SOBRINO JIMENEZ C, HERRERO AMBROSIO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA 261. Madrid. España

OBJETIVOS: El objetivo del estudio fue analizar las intervenciones realizadas por el Área de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos, en un hospital de tercer nivel, sobre antivirales de acción directa (AAD) para el tratamiento de la Hepatitis C y evaluar los principales problemas relacionados con estos medicamentos (PRM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con cualquier AAD o combinaciones desde el 1 de Abril de 2015 hasta el 1 de Abril de 2016. Se recogieron las siguientes variables. Características de los pacientes: edad, sexo, co-infección con VIH y grado de fibrosis. Las intervenciones farmacéuticas se obtuvieron en el módulo de pacientes externos del programa Farmatools® y se clasificaron según el Tercer Consenso de Granada (2007) registrándose el tipo de intervención farmacéutica, vía de consulta (telefónica ó en el momento de la dispensación) y medicamentos implicados.

RESULTADOS: Durante este periodo, fueron tratados un total de 1.129 pacientes y se realizaron 161 intervenciones en 116 pacientes.

Las características de los pacientes a los que se les realizaron intervenciones fueron: edad años ($M \pm SD$)= $61 \pm 11,21$, 59 fueron varones y 57 mujeres. 17 pacientes (14.65%) eran co-infectados con VIH.

En cuanto al grado de fibrosis, 17 pacientes (14.65%) presentaban F1 (con comorbilidades aceptadas por el comité), 51 pacientes (43.96%) F2, 18 pacientes (15.52%) F3 y 30 pacientes (25.86%) F4.

El tipo de intervenciones fueron: interacción medicamento-medicamento 136 (84,47%), detección de reacción adversa 9 (5,59%), interacción medicamento-alimento 8 (4,97%), omisión de la administración 2 (1,24%), ajuste de dosis 2 (1,24%), selección inadecuada de medicamentos 1 (0,62%), ajuste de dosis por insuficiencia hepática 1 (0.62%), duración inapropiada del tratamiento 1 (0.62%) y pauta/intervalo incorrecto 1 (0.62%).

Los medicamentos implicados en las 136 intervenciones por interacción medicamento-medicamento fueron según la clasificación ATC: antiinflamatorios 26 (19,12%), antibióticos sistémicos 25 (18,38%), antihistamínicos 15 (11%), mucolíticos y expectorantes 13 (9,55%), antihipertensivos 10 (7,35%), antiácidos 7 (5,15%), psicofármacos 7 (5,15%), antiasmáticos 7 (5,15%), descongestionantes 6 (4,41%), antivirales 4 (2,94%), hipolipemiantes 3 (2,2%), antigotosos 3 (2,2%), corticoides 2 (1,47%), antidiabéticos 2 (1,47%), inmunomoduladores 1 (0,73%), vitaminas 1(0,73%), hormonoterapia antineoplásica 1 (0,73%), antiflatulentos 1(0,73%), antidiarreicos 1(0,73%), y antieméticos 1(0,73%).

De las 161 intervenciones realizadas, 49 fueron a través de vía telefónica y el resto en la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES: El farmacéutico ejerce un importante papel dentro del equipo multidisciplinar que trata a estos pacientes. El 84.47% de las intervenciones realizadas han sido interacciones medicamento-medicamento. De las 161 intervenciones, se ha conseguido evitar PRMs en 31 casos. Esto ha supuesto una optimización e incremento de la

efectividad de la terapia, así como una disminución de la aparición de reacciones adversas, mejorando la seguridad para el paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

226. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN CIRUGÍA GENERAL

AUTORES: Cantudo Cuenca MR, Fobelo Lozano MJ, Manzano Garcia M, Cantillana Suarez M, Guardia Baena D, Diaz Gomez D.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Crta Cadiz s/n. Sevilla. España

OBJETIVO: Analizar y clasificar las intervenciones farmacéuticas (IF) en el servicio de cirugía general (CGE) de un hospital de especialidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado en la unidad de CGE de Octubre de 2015 a Enero de 2016 donde se incluyeron aquellos pacientes sobre los cuáles se realizó alguna IF durante la validación de la prescripción médica y seguimiento posterior de los pacientes en dicho período. Para el registro y análisis de las IF se elaboró una herramienta de excel. Las variables evaluadas incluyeron datos demográficos (edad, sexo), tipo de ingreso (programado o urgente), tipo de cirugía, número y tipo de IF realizadas, clasificación ATC del medicamento de la IF y aceptación o rechazo de éstas. Las fuentes de información consultadas fueron: el programa de prescripción electrónica de pacientes ingresados Farmatools[®], la historia de salud única digital Diraya[®], el listado informatizado de medicamentos prescritos en atención primaria y la entrevista con el paciente y/o cuidador, en caso necesario.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 194 pacientes con una media de edad de $68,2 \pm 13,2$ años, siendo el 51% mujeres. Del total de ingresos, el 62,9% era programado. En cuanto al tipo de cirugía, el 44,8% era cirugía colorrectal, el 41,2%, hepatobiliar-pancreática, el 7,7%, esófago-gástrica y 6,3%, endocrina.

Durante el período de estudio se realizaron 444 IF, las cuáles se clasificaron en: inicio de tratamiento: 242 (54,5%), modificar vía, dosis y/o pauta: 90 (20,3%), suspender medicamento: 66 (14,9%), cambio de medicamento: 25 (5,6%), confirmar o completar prescripción: 17 (3,8%), monitorización: 4 (0,9%). Del análisis de los tres grupos más numerosos de IF se obtuvo que de las IF de inicio de tratamiento, 209 (86,3%) se debieron a tratamiento domiciliario no prescrito y 33 (13,7%) a necesidad de tratamiento adicional. En cuanto a las intervenciones relacionadas con la modificación de la vía, dosis y/o pauta, 40 (44,4%) de ellas correspondían a disminución de dosis, 19 (21,1%) a aumento de dosis y, el resto, 31 (34,5%), a cambios de pauta o vía. En relación a la suspensión de medicamentos, de las IF realizadas, 53 (81,5%) correspondían a medicamento no indicado, nueve (13,8) a duración excesiva y tres (4,7%) a duplicidad terapéutica.

Los grupos terapéuticos más frecuentes fueron: C-sistema cardiovascular: 147 (33,1%), A-tracto alimentario y metabolismo: 84 (18,9%), N-sistema nervioso: 74 (16,7%), B-sangre y órganos hematopoyéticos: 43 (9,7%), M-Sistema musculoesquelético: 21 (4,7%) y J-Antiinfeciosos para uso sistémico: 18 (4,1%).

La aceptación de las intervenciones realizadas fue del 97,7%.

CONCLUSIONES: Las IF más frecuentes realizadas en CGE son las de inicio de tratamiento siendo clave el farmacéutico en la adecuación de la medicación domiciliaria durante la hospitalización. La aceptación de las IF fue excelente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1171. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS RELACIONADAS CON EL RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT

AUTORES: MEDINA GALLEG0 J, ALVAREZ FERNANDEZ I, SAEZ VILLAFANE M, GUERRA GONZALEZ M, MARTIN SANZ A, GUTIERREZ GUTIERREZ E.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEON. Altos de la Nava, sn. León. España

Introducción

El intervalo QT representa el tiempo comprendido entre la despolarización y la repolarización ventricular. La Torsade de Pointes (TdP) es un tipo de taquicardia ventricular polimórfica, asociada a un alargamiento del intervalo QT. A menudo es autolimitada y de corta duración, pero si se prolonga en el tiempo puede provocar síncope, fibrilación ventricular, parada y muerte súbita cardiaca.

Un factor de riesgo importante para el desarrollo de TdP es el uso concomitante de más de un medicamento que prolonga el intervalo QT o el uso concomitante con inhibidores del metabolismo, así como el uso de dosis altas de este tipo de fármacos.

OBJETIVO: Análisis de las intervenciones realizadas por el servicio de Farmacia en relación al riesgo de prolongación de QT en pacientes ingresados: motivo y tipos de recomendación, grado de aceptación e influencia de la edad del paciente y tipo de servicio clínico implicado.

MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron todas las intervenciones realizadas relacionadas con el riesgo de prolongación QT desde enero de 2013 hasta marzo de 2016. Los datos han sido obtenidos del registro de intervenciones del Módulo de Unidosis del programa informático FarmaTools®.

RESULTADOS: Se registraron un total de 394 intervenciones con un índice de aceptación del 29,7 %. La edad media de los pacientes fue de 74,4 años (SD=12,8). El 82,4 % de los pacientes eran mayores de 65 años.

Según el motivo el 41,4 % de las intervenciones correspondieron a dosificaciones incorrectas y el 58,6 % a la presencia de interacciones. El tipo de recomendación realizada desde el servicio de Farmacia se clasificó en: modificación de dosis 38,1 %, monitorización del paciente 29,7 %, cambio de medicamento 19,0 %, y suspender tratamiento 13,2 %. El 56,4 % de las intervenciones realizadas se agrupan en tres servicios médicos: Medicina Interna 28,43 %; Traumatología 13,96 %; Neumología 13,96 %. Si hacemos distinción entre servicios quirúrgicos y no quirúrgicos, el grado de aceptación varía del 22,0 % al 34,4 % respectivamente (OR: 0,54; IC95 %: 0,34 a 0,86; p=0,009). Y en cuanto a la edad, se aceptan más las intervenciones en pacientes mayores de 65, con un 30,86 % frente al 24,64 % aunque la diferencia no es significativa (OR: 1,37; IC95 %: 0,75 a 2,48; p=0,30).

CONCLUSIONES: El grado de aceptación global de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con el riesgo de prolongación del intervalo QT, es bajo, siendo mayor en servicios médicos y en pacientes mayores de 65 años.

La potencial gravedad asociada a este tipo de interacciones farmacológicas, hace necesario el desarrollo de estrategias efectivas que alerten a los clínicos sobre el riesgo asociado al uso de fármacos capaces de prolongar el intervalo QT, especialmente en pacientes de alto riesgo.

Es preciso profundizar en las causas de no aceptación de este tipo de intervenciones farmacéuticas por parte de los clínicos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1150. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LOS PROCESOS DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DURANTE EL AÑO 2015

AUTORES: LEGARIA GAZTAMBIDE E, SUÁREZ DEL OLMO D, CORREGIDOR LUNA L, SALCEDO MINGOARRANZ ÁL, LUCENA CAMPILLO MA, GARCÍA DÍAZ B.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. Avda. Orellana, s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Todos los profesionales sanitarios están obligados a notificar errores de medicación (EM). El farmacéutico sigue siendo una figura fundamental en la detección y evaluación de los EM. Analizarlos es una labor propia del farmacéutico, dirigida a velar por el uso racional, seguro y eficaz del medicamento.

Por ello, el objetivo de este estudio es evaluar los EM producidos en nuestro hospital durante el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los EM notificados previamente en la base de datos del hospital, los cuales habían sido comunicados al Observatorio Regional de Gestión de Riesgos Sanitarios a través de la web de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios del Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Nuestra base de datos clasifica los EM según la adaptación española de la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

Los EM se clasificaron según tipo de error, causa, gravedad de las consecuencias sobre el paciente, proceso de la cadena en el que se originan y profesional sanitario que lo detecta.

RESULTADOS: En 2015 se notificaron 73 EM. Los tipos más frecuentes fueron: error en la dosis (41 %), error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (22 %) y selección inapropiada del medicamento (15 %). Tras analizar detalladamente el error en la dosis, se descubrió que un 60 % era mayor de la correcta.

Por otro lado, se observó que el mayor porcentaje de errores se producen en la prescripción (51 %), seguido de la administración (15 %) y la validación (14 %). Es importante destacar al farmacéutico como figura clave en la detección de la mayoría de estos errores (70 %).

Posteriormente se evaluó la causa del EM, un 53,5 % está ligado a la falta de conocimiento/formación (frecuentemente factores humanos: lapsus, despistes o sobrecarga de trabajo) y un 19 % se debieron a que la presentación de la especialidad farmacéutica daba lugar a confusión (nombres similares, similitud de envases, etiquetado incorrecto o equivocado). El análisis de los EM causados por presentaciones similares sugieren que un 64 % derivan en errores de preparación/manipulación/acondicionamiento y un 21 % en selección inapropiada del medicamento (no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario).

Por último se analizaron las consecuencias de los errores sobre el paciente. El 66 % de los EM no alcanzaron al paciente (gravedad B) y el 22 % alcanzó al paciente pero no le causó daño (gravedad C). Cabe destacar el hallazgo de un error de categoría D (alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización) y dos de categoría E (el error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención).

CONCLUSIÓN: Este tipo de estudio permite hacer un seguimiento de los EM, de manera que se puedan plantear e implantar las intervenciones farmacéuticas necesarias para reducirlos.

Para ello, es necesario fomentar la notificación de los EM y establecer un sistema de clasificación común para todos los profesionales sanitarios, con el fin de detectar aquellos procesos y causas que conducen con mayor frecuencia a errores e implementar acciones de mejora.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1203. ANALISIS DE LOS ERRORES POTENCIALES DE UNA UNIDAD DE REENVASADO Y ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS

AUTORES: RUIZ CALDES MJ, ROMA SANCHEZ E, FERRANDIS BELLVER SL, MARTINEZ CERCOS L, GARCIA PELLICER J, POVEDA ANDRES JL.

HOSPITAL LA FE. AVD. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Estudio retrospectivo de análisis de los errores potenciales de una Unidad de reenvasado y acondicionamiento de medicamentos de un Servicio de Farmacia Hospitalario, entre agosto 2015 y marzo 2016

MATERIAL Y MÉTODOS: Las Unidades del reenvasado y acondicionamiento de medicamentos incrementan la seguridad de los pacientes al facilitar la administración de los medicamentos. Nuestra Unidad dispone de 4 auxiliares, 1 coordinadora, 1 farmacéutico responsable, 1 administrativa y 5 máquinas, Strokarc(1), Blispack (2) y SX(2). Previo a la liberación de las sesiones elaboradas se aplica un Plan de Seguridad normalizado agrupado en cinco apartados: validación por coordinadora de primera etiqueta de sesión, elaboración por auxiliares de sesiones, validación por farmacéutico de cada sesión elaborada, registro de sesiones por administrativa en programa de gestión y validación de orden de almacenamiento por operador logístico. En este estudio se han analizado los errores potenciales o disconformidades originados en esta Unidad y detectados por el Plan de Seguridad, a partir del registro de actividad diario e informatizado que se dispone. Para proceder al análisis se ha utilizado la taxonomía de errores de medicación de NCCMERP, modificado bajo la coordinación de ISMP-España. Los 4 aspectos considerados han sido: identificación de los errores, consecuencias, características y causas o factores que han podido contribuir a su aparición.

RESULTADOS: Se han detectado un total de 134 errores o disconformidades: 123 (91.79%) detectados en la etiqueta inicial por coordinadora (88,6%) y farmacéutico (11,4%). El resto han sido: 5 (3,73%) detectados en el registro por administrativa y un 4,47% (6) detectados en el almacenamiento. Las no validaciones del etiquetado han correspondido a disconformidad de datos de caducidad (35,77%), lote (57.72%) o código de medicamento (6.5%). Sólo 14 sesiones (10,44% de sesiones totales no conformes y 0.18% de las totales realizadas en el periodo) se ha tenido que repetir, mientras que el resto de disconformes sólo ha necesitado repetir la etiqueta inicial. Las causas atribuibles de estos errores se han clasificado en dos grupos: factor humano 91.74 % (introducción de datos mínimos en la elaboración de etiqueta a pesar de la automatización) y factores informáticos 8,26 % (fallo de programas de gestión o de almacenamiento del hospital). Por último considerar que todos los errores potenciales detectados han afectado a 120 medicamentos (17,54% de artículos totales acondicionados) pero en ninguno de los casos el Plan de Seguridad aplicado ha permitido que haya habido consecuencias para los pacientes ya que todas las disconformidades han sido detectadas en puntos previos a la distribución intrahospitalaria de medicamentos, lo que ha permitido clasificarlos como errores de Categoría A o con nivel de ☐error potencial☐ o ☐no error☐, mientras que, han generado un problema de aumento de coste para el servicio de farmacia de 130,67 euros en material fungible y personal implicado.

CONCLUSIONES: El reenvasado y acondicionamiento de medicamentos necesita de un Plan de Seguridad constante que evite cualquier error potencial de medicamentos que pueda afectar a la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

600. ANÁLISIS DE POSIBLES PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE HIERRO SACAROSA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA DE PACIENTES INGRESADOS.

AUTORES: ALCALÁ SANZ A, ORVIZ SUAREZ MT, CABELLO MURIEL A, PEREZ PRIOR N.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA. Hospital Universitario de Torrevieja Carretera CV-95 s/n, 03186. Alicante. España

OBJETIVO: Analizar la utilización de hierro-sacarosa, tras observar una elevada prescripción del medicamento en la validación diaria de las prescripciones de los pacientes hospitalizados, y en ocasiones no acordes a las recomendaciones de la ficha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un seguimiento durante un periodo de 4 semanas de los pacientes a los que se les prescribió hierro IV. Los datos registrados fueron: causa de la anemia, pauta posológica, duración del tratamiento, evolución de los datos de hemoglobina y perfil de hierro sérico durante el tratamiento. Así mismo, se registró si el

paciente tenía una buena capacidad de absorción oral y el paso a hierro vía oral durante el ingreso y/o al alta. Estos datos se extrajeron del programa informático de gestión clínica integrado FLORENCE® y posteriormente se analizó la adecuación de la prescripción a las indicaciones según las recomendaciones de la administración del hierro intravenoso en ficha técnica.

RESULTADOS: Fueron incluidos un total de 32 pacientes, de los cuales el 28,1% presentaban anemia derivada de pérdidas sanguíneas (hemorragias digestivas, rectales, anales, shock hemorrágico), el 18,8%, tenían una etiología neoplásica, y el 15,6%, presentaban enfermedades hematológicas (Púrpura trombocitopénica, anemias no especificadas).

Las pautas posológicas que se prescribieron fueron: 2 ampollas (200mg) cada 2 días (16 pacientes), 1 ampolla (100mg) cada 2 días (13 pacientes), 2 ampollas (200mg) c/3 días (2 pacientes) y un ampolla cada 4 días (1 paciente). En 3 de los 32 pacientes estudiados (9,3%) se superó la dosis máxima semanal recomendada (600 mg, máximo 6 ampollas tres días a la semana) coincidiendo con los que tuvieron mayor estancia hospitalaria y tratamiento más duradero (10, 18 y 32 días). 21 de los pacientes (65,6%) fueron tratados sin analítica previa de ferritina, transferrina o hierro sérico.

En cuanto a la evolución de los niveles de hemoglobina, 6 pacientes (18.75%) tuvieron valores dentro del rango de normalidad en la fecha de alta o fin de tratamiento.

29 de los pacientes (90,6%) tenía una buena capacidad de absorción oral y en 26 de ellos se prescribió una forma de hierro oral al alta.

CONCLUSIONES Dos tercios de los pacientes fueron tratados sin un seguimiento de hierro sérico antes o durante el tratamiento.

Un elevado porcentaje de pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento oral, evitando los problemas de seguridad asociado a las complicaciones derivadas de la vía intravenosa y costes innecesarios.

Las pautas posológicas y dosis máxima en ocasiones no se adaptan a las recomendadas en la ficha técnica del medicamento, pudiéndose producir sobrecargas de hierro.

Todo esto pone de manifiesto la conveniencia de emprender medidas en colaboración con médicos prescriptores que mejoren el uso de hierro IV.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

237. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

AUTORES: CUEVAS ASENCIO I, LOPEZ-VIÑAU LOPEZ T, GARCIA MARTINEZ L, VALVERDE TORESANO L, BARASONA VILLAREJO MJ, BERENGUER GARCIA MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. Avda. Menéndez Pidal, s/n. Córdoba. España

OBJETIVOS: Identificar y analizar los riesgos para la seguridad del paciente en el Proceso Diagnóstico de Alergia a Medicamentos y desarrollar un plan de acciones preventivas para evitar estos riesgos.

MATERIAL Y MÉTODO: Un equipo multidisciplinar (1 farmacéutico, 2 enfermeros, 2 alergólogos y 1 médico del área de calidad) utilizando la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos): 1. Elaboró un mapa de riesgo del proceso, 2. Identificó los fallos, las posibles causas y eventos adversos derivados de estos, 3. Priorizó los fallos a través del Índice de Prioridad de Riesgos (IPR) que se calcula teniendo en cuenta la gravedad, frecuencia y detectabilidad que cada miembro del equipo da a cada uno de los fallos, 4. Propuso un programa de posibles acciones preventivas para cada fallo.

RESULTADOS: Se detectaron un total de 62 fallos (n) a lo largo de las 12 fases definidas en el mapa de riesgo: recepción de solicitud (n=1), valoración de solicitud (n=2), dar cita (n=2), consulta médica (n=5), realización de protocolo de estudio (n=3), activación de protocolo de estudio (n=4), citar para estudio (n=6), preparación de estudio (n=8), realización de estudio Oncología-UCI (n=7), realización de estudio otros medicamentos (n=12), realización de informe (n=8) y entrega de informe (n=4). Estos fallos se relacionaron con 122 posibles causas y se propusieron inicialmente 114 posibles acciones preventivas. En una primera fase se priorizaron fallos relacionados con el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, fallos en el circuito de solicitud/dispensación/distribución de medicamentos entre farmacia y alergia, falta de formación a otros profesionales y educación sanitaria de pacientes, falta de conciliación de alergias al ingreso y al alta, falta de comunicación entre niveles asistenciales, necesidad de protocolizar y estandarizar los informes de alergias. Se crearon grupos de trabajo con integrantes de distintos servicios según la naturaleza del fallo (informáticos, alergólogos, farmacéuticos, enfermeros, administrativos, otros facultativos médicos, etc) que fueron los encargados de estudiar y valorar la factibilidad de la puesta en marcha de las acciones preventivas.

CONCLUSIONES: La aplicación de la metodología AMFE permitió identificar los puntos críticos del Proceso Diagnóstico de Alergia a Medicamentos y ponderar su riesgo. Se desarrolló un plan de acciones de mejora en el cual, cada acción se asignó a un responsable y se organizaron en un cronograma de trabajo que comenzó en marzo de 2016. Se comenzó por algunas de más fácil aplicación y por otras que evitaban fallos con un IPR más alto. Para el desarrollo de las acciones de mejora se tuvieron en cuenta las prácticas de seguridad que los organismos nacionales e internacionales dedicados a la seguridad del paciente recomiendan implementar en los centros sanitarios para prevenir los errores asociados con alergias a medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1286. APORTE FARMACOLÓGICO DE SODIO EN PACIENTES HIPERNATRÉMICOS

AUTORES: LAGUNA MARMOL L, PIÑERO GONZALEZ M, MARRERO PENICHER S, MAJUELOS AICART L, PADRON GARCIA MDLA, MORALES LEÓN V.

HOSPITAL DOCTOR NEGRÍN. Barranco de la Ballena S/N. Las Palmas. España

OBJETIVO. Determinar la importancia del aporte de sodio por fármacos parenterales (FP) en pacientes con hipernatremia mantenida.

MATERIAL Y METODOS. Estudio observacional y retrospectivo, realizado en un Hospital Universitario de Tercer Nivel. En un periodo de dos semanas, se seleccionaron aquellos pacientes ingresados y con una hipernatremia de al menos 3 días de duración, a los que se les había prescrito, en ese periodo, FP con un contenido significativo de sodio (> 23 mg por unidad posológica).

Las fuentes utilizadas fueron el programa de prescripción electrónica (Silicon®), el programa de prescripción utilizado por las Unidades de Cuidados Intensivos (Pici®), una base de datos perteneciente al Servicio de Informática del Hospital y la información disponible en la ficha técnica y el prospecto de cada medicamento.

RESULTADOS. De los 428 pacientes que presentaron natremia superior a 145 meq/l en el periodo de estudio, 32 eran hospitalizados y con hipernatremia de más de dos días de duración, 23 de los cuales recibieron fármacos con alto contenido en sodio. De los 23 pacientes objeto de nuestro estudio, seis (26,09%) estaban ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI), seis (26,09 %) en Medicina Interna, cuatro (17,39%) en Cuidado General, 3 (13,04%) en Cirugía Vascular, dos (8,69%) en Urología, uno (4,35%) en Digestivo y uno (4,35%) en Nefrología.

Los FP prescritos ordenados por orden decreciente de contenido en sodio fueron: bicarbonato sódico 1M (5750 mg), albumina 5% (1839,1 mg), levofloxacino (354 mg), piperacilina-tazobactam (216 mg), albúmina 20% (183,91 mg), ceftriaxona 2g (166 mg), linezolid 600 mg (114 mg), meropenem 1 g (90 mg), ceftriaxona 1 g (83 mg), ampicilina 1 g (66 mg), cefotaxima 1 g (50,61 mg) y imipenem-cilastatina (37,6 mg). Se calculó la cantidad media diaria de sodio que recibieron los pacientes, obteniéndose una media de 632,37 mg/día, que supone un 27,49% del aporte máximo de sodio diario recomendado (2.300 mg/día).

CONCLUSIONES. El 71,87% de los pacientes hospitalizados con hipernatremia mantenida reciben una cantidad de sodio significativa aportada por fármacos parenterales, que se debería de tener en cuenta a la hora de realizar la prescripción médica y la validación farmacéutica de los tratamientos. El Servicio de Farmacia podría contribuir a minimizar el aporte de sodio en pacientes hipernatrémicos mediante la implantación de sistemas de alerta, que informen de los FP con un contenido de sodio alto. Las Unidades más beneficiadas en la cumplimentación de esta medida serían las Unidades de Cuidados Intensivos, seguida de Medicina interna y Cirugía.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

396. AVANZANDO EN LA SEGURIDAD DEL MANEJO DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS

AUTORES: Fuster Sanjurjo L, Koprivnik - S, González Rodríguez AM, López Cortiña A, Rodríguez Penín I.

Hospital Arquitecto Marcide. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.. Avenida de la residencia s/n.CP:15403. A Coruña. España

OBJETIVO: El mantenimiento de un nivel de contaminación tan bajo como sea posible en los hospitales es una obligación ética y legal. La publicación de la actualización de la lista NIOSH ha obligado a revisar los circuitos de trabajo en las distintas ubicaciones en las que se manejan estos medicamentos. **OBJETIVO:** describir el proceso de implantación de un circuito de seguridad en el manejo de medicamentos biopeligrosos en un hospital de segundo nivel.

MÉTODO: Se clasificaron los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) según las listas 1, 2 y 3 de la NIOSH. Se evaluó la situación de partida en la recepción, almacenamiento, identificación, preparación y en la administración de formas farmacéuticas parenterales (FFP), tópicos (FFT), orales sólidas (FFOS) y líquidas (FFOL).

Las líneas de actuación se dividieron en función del periodo de implantación en: a) Corto-medio plazo: Correcta identificación de todas las especialidades biopeligrosas incluidas en GFT, mejoras en los procesos de preparación de

FFP, búsqueda de alternativas comerciales a las adaptaciones de dosis/pulverizaciones de FFOS, diseño de fórmulas magistrales (FM) para las FFOS que no disponían de FFOL y establecimiento del documento de recomendaciones de manejo [equipo de protección individual (EPI) necesario en cada caso], y b) Largo plazo: Impartición de sesiones formativas organizadas por el equipo multidisciplinar integrado por las direcciones médica, de enfermería, recursos económicos, riesgos laborales y servicio de farmacia.

RESULTADOS: a) Recepción y almacenamiento: Se establecieron recomendaciones y EPI necesarios. Diseño del etiquetado para la correcta identificación.

b) Preparación: Se mejoraron los EPI incorporando nuevos guantes cumpliendo estándares ASTM D-6978-05 y gafas marcado CE, normas UNE-EN 166:2002. Se incrementó el número de biopeligrosos manipulados en CFLV con sistema cerrado de transferencia PhaSeal® [preparación en CFLV de todas las FFP de las listas 1 y 2 excepto fenitoína y zidovudina (sustitución de fenitoína en ampollas por viales)]. Se incorporaron a la GFT 8 FFOL de los medicamentos de las listas 1 y 2. Diseño de 4 FM y recopilación de información sobre la manipulación de FFOS para su administración por sonda en 17 especialidades farmacéuticas para su elaboración en el SF.

c) Administración: FFP y FFOL con doble guante y bata de protección (mascarilla y gafas en caso de riesgo de inhalación o salpicadura); FFOS se administrarán con guante simple. Se emitieron recomendaciones para los medicamentos incluidos en la lista 3 sobre el riesgo para el personal (hombres y mujeres) que está intentando concebir de forma activa, mujeres embarazadas, que plantean estarlo o que están lactando.

Se establecieron las bases para la implantación de líneas a largo plazo relacionadas con la formación y comunicación: sesiones formativas a los supervisores, información en el almacenamiento y etiquetado, protocolo de manejo de biopeligrosos disponible en la intranet, señalización como biopeligroso en el sistema de prescripción electrónica-módulo de administración.

CONCLUSIONES: La adaptación a la lista NIOSH para el manejo de biopeligrosos ha conducido a cambios en la gestión, almacenamiento, etiquetado, preparación y administración. La comunicación entre todos los agentes implicados es clave para realizar el proceso de implantación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

112. CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE MEDICAMENTOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO

AUTORES: Vicente Oliveros N, Menéndez Conde Covadonga P, Álvarez Díaz AM, Montero Errasquín B, Nieto Gómez G, Delgado Silveira E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Ctra. Colmenar Viejo, km.9,1. Madrid. España

OBJETIVO: Estratificar los grupos medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital (GFH) en función del riesgo potencial de provocar daño al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó la metodología RAND/UCLA, que combina la mejor evidencia disponible con el juicio de expertos. El primer paso lo realizó un farmacéutico y consistió en clasificar los subgrupos terapéuticos (ST) del código ATC incluidos en la GFH en tres clases dependiendo del riesgo potencial de provocar daño al paciente: clase 1, si era poco probable que los medicamentos del ST provocasen molestias o deterioro del estado de salud del paciente; clase 2, si podían provocar molestias o un deterioro moderado; y clase 3, si podían provocar molestias o un deterioro severo. Para ello se realizó una revisión de la evidencia disponible en: 1) publicaciones sobre incidentes derivados de la utilización de los medicamentos 2) boletines y alertas de organismos de seguridad del paciente 3) listas generales de medicamentos de alto riesgo.

A continuación se seleccionaron 9 expertos en seguridad del paciente/medicamentos (3 médicos, 3 farmacéuticos y 3 enfermeras), para evaluar la clasificación de los ST: una primera ronda de evaluación online y una segunda ronda en una reunión presencial en la que se presentaron y discutieron los resultados de la primera.

Para determinar la adecuación de la inclusión de un ST en una determinada clase, los expertos clasificaron desde 1 (totalmente inadecuado) a 9 (totalmente adecuado). Se consideró que hubo acuerdo en la inclusión de un ST en una determinada clase si la puntuación de la mediana era ≥ 7 y no más de dos expertos puntuaron fuera del rango de 7 a 9.

RESULTADOS: Se evaluaron 297 ST. Participaron en la primera ronda 9 expertos y 8 en la segunda. En la primera ronda hubo acuerdo en 269 y desacuerdo en 29 ST. En la segunda ronda, se reclasificaron 17 de los 29 ST y se llegó a un acuerdo en el 100% de los ST.

Se clasificaron el 20% de los ST dentro de la clase 1, el 42% en la clase 2 y el 38% en la clase 3. Los ST más frecuentes en la clase 1 pertenecieron al -Grupo A: Tracto alimentario y metabolismo- (45%, N=27), en la clase 2 al -Grupo J: Antiinfecciosos para uso sistémico- (32%, N=40), y en la clase 3 al -Grupo L: Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores- (29%, N=32) y al -Grupo N: Sistema nervioso- (28%, N=31). Los ST del -Grupo H: Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas- y del -Grupo L- sólo se incluyeron en la clase 3 y los ST del -Grupo P: Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes- sólo en la clase 2. No hubo ningún ST del

-Grupo J- en la clase 1 y en la clase 3 ninguno del -Grupo D: Dermatológicos-, del -Grupo R: Sistema respiratorio- y del -Grupo S: Órganos de los sentidos-.

CONCLUSIÓN: La metodología RAND/UCLA ha permitido estratificar los ST incluidos en la GFH según el riesgo potencial de provocar daño al paciente. Esta estratificación puede servir como herramienta para futuros estudios de seguridad en la utilización de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

952. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES: CAPARRÓS ROMERO MS, SÁNCHEZ OSORIO FI, GUTIÉRREZ ZÚÑIGA L, GUIJARRO HERNÁNDEZ S, FERRIT MARTÍN M, NIETO COBO FJ.

Área Gestión Sanitaria Nordeste de Granada. Carr. de Murcia, S/N. Granada. España

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de errores de conciliación (EC) al ingreso hospitalario en un servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, analizar los tipos de EC, gravedad de los mismos y grupos farmacoterapéuticos implicados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo realizado entre Septiembre de 2015 y Marzo de 2016 en un hospital comarcal. Se incluyeron pacientes con 65 años o más que recibían al menos un fármaco para tratar una patología crónica y polimedicados (5 fármacos o más). Las variables medidas fueron: edad, sexo, número de fármacos prescrito, grupo farmacoterapéutico (ATC nivel 4), número, tipo y gravedad del EC. Las fuentes de información empleadas fueron: Diraya-Clínica (historia electrónica), APD-Prisma (programa de prescripción electrónica) y entrevista con el paciente. Los pacientes se incluyeron en las primeras 24 horas tras el ingreso. Se elaboró la historia farmacoterapéutica del paciente incluyendo antecedentes médicos, historial de alergias/intolerancias y listado completo de medicación domiciliar crónica. Se comparó este listado con la medicación prescrita al ingreso. Aquellas discrepancias que precisaron aclaración, se comentaron con el médico responsable del paciente para su resolución. Para considerar una discrepancia como EC, el prescriptor debió aceptarla como tal.

RESULTADOS: Se incluyeron 192 pacientes con una edad media de 73 años (33% varones, 67% mujeres). Se revisaron 1318 fármacos con un promedio de 6,9 fármacos prescritos por paciente. El 68,7% de los pacientes presentaron al menos un EC con un promedio de EC por paciente de 2,6.

El EC más frecuente fue el de omisión (95,0%) seguido de diferente dosis, pauta o vía de administración no justificada (3,6%). Atendiendo a la gravedad del EC, el 46,8% no alcanzó al paciente, el 18,3% alcanzó al paciente sin causarle daño, el 10,6% alcanzó al paciente y necesitó monitorización y el 1,2% restante alcanzó al paciente causando daño temporal.

El 89,9% de las discrepancias detectadas que precisaron aclaración fueron aceptadas como EC por el facultativo responsable del paciente. Del 10,1% restante se comprobó que en el 25% de los casos el paciente recibía el alta hospitalaria en las siguientes 24 horas tras solicitar aclaración y en un 54% el médico responsable del paciente daba orden verbal a enfermería de que administraran la medicación domiciliar o bien indicaba al propio paciente que la tomara.

Se analizaron 135 grupos farmacoterapéuticos (ATC nivel 4). Los grupos más prescritos fueron inhibidores de la bomba de protones (8,7%), inhibidores HMG-CoA reductasa (5,1%), derivados de la benzodiazepina (4,9%), e inhibidores de la agregación plaquetaria excluyendo heparinas (3,9%). Los principales grupos implicados en los EC fueron derivados de la benzodiazepina (5,4%), antagonistas de angiotensina II (4,4%), inhibidores de la ECA e inhibidores HMG-CoA reductasa (4,0%).

CONCLUSIONES: Prácticamente 7 de cada 10 pacientes presentan al menos un EC al ingreso hospitalario siendo el más frecuente la omisión no justificada. El farmacéutico al frente de la conciliación de la medicación tiene un papel clave en lo que a seguridad del paciente respecta, participando en la elaboración de la mejor historia farmacoterapéutica para transmitirla al siguiente responsable del paciente y evitar así posibles EC.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1305. CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO GENERAL HOSPITALARIO PARA LA ADECUADA MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS

AUTORES: GOMEZ SANCHEZ A, Muñoz Gómez-Millán I, Garrido Siles M, Tortajada Goitia B. HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVIA A-7, KM. 187. Málaga. España

OBJETIVOS: Manipular todos los fármacos biopeligrosos ó -Hazardous drugs-, tanto antineoplásicos como no, conforme a las recomendaciones de NIOSH (Instituto para la Seguridad y Salud Ocupacional de E.E.U.U.) para reducir la exposición ocupacional.

MATERIALES Y METODO

Se revisó la lista NIOSH 2014 de fármacos biopeligrosos y se adaptó a nuestro medio, identificando aquellos fármacos incluidos en nuestra guía farmacoterapéutica, aquellos susceptibles de entrar en el hospital como -medicamento no incluido-, otros que sin ser biopeligrosos según NIOSH lo son en base a su ficha técnica (se revisaron las fichas técnicas de los medicamentos incluidos en guía pertenecientes a los grupos L, J05 y N03), aquellos propuestos para la lista 2016 que se encuentran incluidos en guía y los anticuerpos monoclonales incluidos en guía.

Se revisaron las recomendaciones NIOSH para la manipulación de estos fármacos y se hizo una revisión bibliográfica acerca de las recomendaciones para la manipulación de anticuerpos monoclonales.

RESULTADOS: Se identificaron 175 fármacos biopeligrosos: 80 de la tabla 1 (antineoplásicos), 51 de tabla 2 (no antineoplásicos pero con similar riesgo) y 44 de la tabla 3 (riesgo reproductivo). Se identificaron 4 anticuerpos monoclonales. De estos fármacos, 82 presentan forma farmacéutica para vía parenteral (de los que ya se preparan en Farmacia 52), 106 para vía oral, 2 intravesical, 1 para nebulización y 7 otras vías.

Se elaboró un procedimiento general para la identificación y la adecuada manipulación de estos fármacos: se identificaron en el programa de Gestión y Unidosis como -BIOPELIGROSO- y con pegatinas naranjas de -Biopeligroso- las preparaciones y sus ubicaciones; preparación bajo cabina de seguridad biológica centralizada en Farmacia tanto de preparaciones parenterales como orales que requieran manipulación (cortar/triturar); transporte interno en bolsas impermeables; indumentaria de protección para la administración; inclusión en el protocolo de exposición accidental y derrames; gestión de residuos similar a antineoplásicos. En definitiva, todos estos fármacos se considerarán biopeligrosos y se emplearán las mismas medidas de seguridad para su manipulación que para con los antineoplásicos clásicos (que ya constan de un procedimiento específico para su manipulación).

Para la difusión del procedimiento, se organizaron sesiones con los diferentes servicios y se ha planificado la incorporación progresiva de estas preparaciones en Farmacia de forma que recientemente se han incorporado las mezclas intravenosas de Fenitoína, Ciclosporina, Tacrolimus, Micofenolato, Valproíco y Fenobarbital, así como las formas orales que requieren manipulación para su administración.

CONCLUSIONES: En nuestro hospital, se ha implantado un procedimiento general mediante el cual se han identificado todos los fármacos biopeligrosos presentes en nuestro medio (los de la lista NIOSH 2014 y otros considerados biopeligrosos en base a su ficha técnica ó la información encontrada mediante revisión bibliográfica). Todos ellos se manipularán acorde a las recomendaciones actuales de NIOSH.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

63. DEFICIENCIA DE SOMATOTROPINA ASOCIADA AL TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO CON ARIPIRAZOL O RISPERIDONA

AUTORES: Lozano Ortiz R, Marin Lacasa MR, Lozano Velilla A, Robles Andres M, Dieste Alvarado P, Santacruz Abion MJ.

Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia. Ramon y Cajal 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Comparar la incidencia acumulada de deficiencia de hormona de crecimiento (GH) entre pacientes en tratamiento con aripiprazol (ARI) o risperidona (RIS), como efecto secundario del tratamiento antipsicótico.

MATERIAL Y METODOS: Dos cohortes constituidas por pacientes cuyo tratamiento antipsicótico incluía ARI (grupo-ARI, dosis diaria media=11.5±5 mg) o RIS (grupo-RIS, dosis diaria media=3.2±2.2 mg), respectivamente, como factor de exposición. Se consideró déficit de GH (rango laboratorio: 0.15-8 ng/mL) cuando su valor basal fue ≤ 0.14 ng/mL. Como medida de comparación se utilizó la incidencia acumulada de deficiencia de GH (GHD) y el valor promedio de GH, en cada grupo, al final del periodo de estudio.

Grupo-ARI (N=32), 62.5% mujeres con diagnostico de esquizofrenia (SQ) 70.1%, trastorno esquizoafectivo (SQaf) 23.6% y trastorno bipolar (BD) 6.3%, y edad 49±12.3 años, peso 74.1±16.2 kg, talla 162.1±10.4 cm e IMC 28.4±6.2 kg/m²; Grupo-RIS (N=30) 62.5% mujeres con diagnostico de SQ 60%, SQaf 22.7% y BD 17.3%, y edad 43±12.2 años, peso 88.4±24 kg, talla 169±9.3 cm e IMC 31.3±8 kg/m².

Los datos se presentan como media ± DS o en porcentajes. Como pruebas de significación estadística, en la comparación de datos, se utilizó la χ^2 de Student y la del chi-cuadrado, o el test exacto de Fisher, según procediese.

RESULTADOS: Para GHD y GH, obtuvimos valores de 31% y 0.7 ± 0.9 ng/mL, en grupo-ARI, y 76.7% y 0.2 ± 0.5 ng/mL, en el grupo-RIS. Con diferencias, estadísticamente significativas, para las dos variables, entre ambos grupos: GHD en grupo-ARI vs. grupo-RIS (odds=10/22=0.45 vs. 23/7=3.29; OR=7.2286, IC95%= de 2.3374 a22.3544, χ^2

yates=11.07, P=0.0009; test exacto Fisher, P=0.00042), y GH en grupo-ARI vs. grupo-RIS (0.7 ± 0.9 vs. 0.2 ± 0.5 ng/mL; t =2.6910, IC 95% = desde 0.1283 a 0.8717, P=0.0092).

Los resultados, por tanto, nos permiten afirmar que los pacientes en tratamiento con RIS, frente a aquellos con ARI, tienen un riesgo mucho mayor de GHD. Ello explicaría alguna de las alteraciones metabólicas y/o síntomas presentes en los pacientes con RIS, tales como elevación del perímetro abdominal, menores niveles de HDL y, por tanto, mayor riesgo cardiovascular, así como, ansiedad y síntomas depresivos, entre otros.

Por otra parte, dado que la secreción de GHRH es estimulada, entre otros factores, por los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, ello indicaría, en el caso de RIS, un efecto inhibitorio sobre al menos uno de los dos neurotransmisores y, en el caso de ARI, de la estimulación o no inhibición de al menos alguno de ellos.

CONCLUSIONES: Los pacientes en tratamiento con risperidona, frente a aquellos con aripiprazol, presentan mayor probabilidad de presentar GHD y, consecuentemente, una elevación de su riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

82. DESABASTECIMIENTO DE MODECATE®: CONSECUENCIAS EN UN CENTRO PSIQUIÁTRICO DE LARGA ESTANCIA

AUTORES: CIRUJEDA RANZENBERGER C.

CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN. CAMINO DEL ABEJAR S/N. Zaragoza. España

OBJETIVO: describir el efecto que ha tenido el desabastecimiento de Modecate® sobre la prescripción, la seguridad y la economía en un centro psiquiátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes ingresados en un centro psiquiátrico de larga estancia. Se revisan las prescripciones de Modecate® y otros antipsicóticos depot antes de la fecha del desabastecimiento y 3 meses después. Se registran los tratamientos concomitantes antipsicóticos orales para analizar si ha habido un cambio en el patrón de prescripción. Se revisan las historias clínicas para recoger la tolerancia debido al cambio del antipsicótico depot. Asimismo se revisa la indicación de los mismos. Por último, se hace un balance económico para valorar el impacto del desabastecimiento.

RESULTADOS: Cambios en la prescripción: Antes de la situación de desabastecimiento, había 102 pacientes en tratamiento con Modecate® y 23 pacientes con Clopixol® depot. Debido al desabastecimiento 51 pacientes pasan a Clopixol® depot, a 1 paciente se le suspende el tratamiento inyectable, 1 paciente pasa a risperidona oral y 49 pacientes continúan con Fluphenazine® que se importa a través de la AEMPS. No ha habido cambios en el patrón de prescripción de los antipsicóticos depot más nuevos (Risperdal consta®, Xeplion®, Zypadhera® y Abilify Maintena®).

Indicaciones: Dentro de los pacientes que han pasado a Clopixol® el 50,98% tiene un diagnóstico principal fuera de indicación, en cambio, la mayoría de los que continúan con flufenazina (59,18%) tienen la indicación aprobada. Tratamientos concomitantes: De los pacientes que pasan a Clopixol®, el 72% no experimenta cambios en el tratamiento antipsicótico oral concomitante, al 12% se le sustituyen por otros, al 12% se le reduce la dosis y al 4% se le aumenta.

Seguridad: En los 51 pacientes que pasan a Clopixol® se observan 7 casos de intolerancia a la administración (dolor, enrojecimiento, induración) durante semanas. Todos son pacientes que han estado tratados durante años con Modecate® y la zona de administración está bastante castigada. El cambio de excipiente (aceite de sésamo a triglicéridos de cadena media) seguramente es el causante de esta reacción.

Coste: El importe total de la adquisición de ambos fármacos se ha triplicado.

CONCLUSIONES: La situación de desabastecimiento de Modecate® ha supuesto, problemas de seguridad para siete pacientes y ha multiplicado por tres el coste asociado a dicho tratamiento. Por otro lado, también ha sido una oportunidad de mejora al detectarse un elevado número de casos de utilización fuera de indicación. El trabajo multidisciplinar en equipo es importante para garantizar el tratamiento óptimo de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

566. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA IDENTIFICAR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

AUTORES: Ferreras López N, González González MA, Ortega Valín L, Saez Villafañe M, Rico García-Reyes BM, Gutiérrez Gutiérrez E.

Complejo Asistencial Universitario de León. Altos de Nava S/N. León. España

OBJETIVOS: La notificación de reacciones adversas es muy infrecuente en nuestro medio. El incremento del uso de medicamentos biológicos y el riesgo de eventos adversos asociado motivó que se implementara un programa piloto

de farmacovigilancia específico. El objetivo del estudio es valorar la efectividad de un sistema simplificado de farmacovigilancia aplicado a tratamientos biológicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo (marzo-2015, marzo-2016) de las notificaciones recibidas sobre reacciones adversas (RAM) asociadas al uso de medicamentos biológicos. Se diseñó una hoja de notificación de RAM que incluía campos sociodemográficos, clínicos y farmacológicos. Se presentó la hoja a los servicios implicados, y se explicó el objetivo y el circuito de la información. Los médicos disponían de la hoja en las consultas y en la planta; la identificación del paciente, tratamiento y eventos estaba simplificada, y la hoja debía ser remitida al Servicio de Farmacia, para su análisis, gestión y notificación al Sistema Español de Farmacovigilancia.

RESULTADOS: En 12 meses se recibieron 28 notificaciones de posibles RAM a medicamentos biológicos. De ellas correspondieron a Reumatología 15(60%), a Digestivo 9 (36%) y 1 (4%) a Dermatología.

El tratamiento que tiene más notificaciones por posibles reacciones adversas es Adalimumab con 10(36%) notificaciones, 7(25%) Etanercept, 7(25%) Infliximab, 2(7%) Golimumab, 1(4%) Ustequimumab y 1(3%) Rituximab.

El tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de la reacción adversa es variable: en 10(36%) casos la aparición de efecto adversos fue inferior a 6 meses, en 6(21%) casos la reacción adversa apareció en un periodo de tiempo entre medio año y 3 años, en 5(18%) casos la reacción adversa apareció en un periodo de tiempo comprendido entre 3 y 5 años y en 7(25%) casos la reacción adversa apareció después de 5 años.

En 2(7%) casos las reacciones adversas se catalogaron como muy graves, en 12(43%) casos como graves, en 11(39%) como moderadas y en 3(11%) como leves.

Los motivos de la suspensión del tratamiento fueron en 10(36%) casos procesos tumorales, en 7(25%) casos procesos infecciosos graves, en 5(18%) casos problemas de tipo local y en 6(21%) casos otros motivos.

En 27(96%) casos se suspendió la medicación. Sólo en un caso se continuó con el tratamiento.

CONCLUSIONES: El programa simplificado ha resultado muy efectivo, con una excelente aceptación que ha permitido identificar un importante número de efectos adversos. Los datos recogidos son insuficientes para extraer conclusiones más allá de este hecho. No obstante, parece identificarse la severidad y el desenlace de la RAM como un sesgo de notificación. La extensión de este programa simplificado puede contribuir a generar un mayor conocimiento y concienciación que incremente la seguridad del uso de los medicamentos biológicos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

174. EFECTOS ADVERSOS ASOCIADA AL USO DE FÁRMACOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES: RUIZ RAMOS J, FAVIERES PUIGCERVER C, COMPANY ALBIR MJ, MARQUES MIÑANA MR, RAMIREZ GALLEYMORE P, POVEDA ANDRES JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. Avenida Fernando Abril Martorell nº106. Valencia. España

OBJETIVO: Evaluar la incidencia de toxicidad asociada al uso de fármacos en una unidad de pacientes críticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva durante en el periodo Octubre 2015-Abril 2016. Los eventos adversos fueron identificados durante la rondas clínicas y revisión diaria de tratamientos en la unidad. La causalidad del evento fue clasificado de acuerdo a los criterios de Karch-Lasagne, registrándose únicamente aquellos con un valor en la escala probable o superior (≥ 1 punto).

RESULTADOS: Se registraron 52 eventos adversos en 50 pacientes [Edad Media: 65,1 (SD:15,9) años; 66,6% hombres; SAPS-III (Mediana; RIQ: 35 (12-54)], siendo la incidencia de 7,8 eventos adversos/100 pacientes ingresados. La reacciones fueron clasificadas como probables en 40 casos (76,9%) y posibles en 12 (23,1%). Los eventos adversos más frecuentes incluyeron toxicidad hepática (19,2%), hiper/hipopotasemia (13,5%), alcalosis metabólica (9,6%) y toxicidad neurológica (9,6%). 17 de ellos (32,7%) fueron motivo de ingreso en la unidad (2,6% del total de los ingresos), siendo de ellos los antidepresivos/antipsicóticos (23,5%), anticoagulantes (17,6%) y antineoplásicos (17,6%) los más frecuentes. De los 35 fármacos causantes de eventos adversos en pacientes ingresados fueron los antibióticos (45,7%), diuréticos (14,3%) y analgésicos/sedantes (14,3%) los que presentaron mayor número de eventos adversos. La estancia media de aquellos pacientes con eventos adversos fue superior que el resto de pacientes ingresados (Media (IC95%: 19,2 (17,2-20,6) vs 7,10 (6,35-7,85) días; $p < 0.001$ (t-student))

CONCLUSIONES: La incidencia de efectos adversos asociados al uso de fármacos en las unidades de pacientes críticos es elevada. Es necesario la implantación de estrategias para su rápida identificación y manejo.

708. EFECTOS ADVERSOS HEMORRÁGICOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA

AUTORES: GARCÍA LAGUNAR MH, MARTÍNEZ GARCÍA AB, MARTÍNEZ PENELLA M, FERNÁNDEZ-LOBATO . B, VINEY . A, CHICA MARCHAL AM.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. Mezquita - Paraje Los Arcos. Murcia. España

OBJETIVOS: Analizar los efectos adversos hemorrágicos que motivaron el ingreso de pacientes tratados con los nuevos anticoagulantes orales de acción directa (ACODs) y su estratificación según la escala HASBLED en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que fueron ingresados por cuadro de sangrado y estaban en tratamiento con ACODs (dabigatrán, rivaroxabán y apixabán) entre enero de 2014 y diciembre de 2015.

Se analizaron todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico principal de hemorragia relacionado con la anticoagulación y se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, fármaco anticoagulante, indicación de la anticoagulación, servicio médico del ingreso, duración de la estancia hospitalaria, escala HASBLED y tratamiento al alta. El registro de pacientes se obtuvo del Servicio de Documentación del hospital y los parámetros se recogieron de la historia clínica informatizada (Selene®).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 72 pacientes anticoagulados ingresaron en 78 ocasiones por cuadro de sangrado. De éstos, 6 pacientes (8,3%) se encontraban en tratamiento con ACODs (1 con dabigatrán, 2 con rivaroxabán y 3 con apixabán) e ingresaron por hemorragia digestiva. La mediana de edad de los pacientes era 81 años [rango intercuartílico (RI) 79,5-81,8] siendo el 50,0% varones. La indicación del tratamiento anticoagulante en estos pacientes era fibrilación auricular (n=4; 66,7%) y trombosis venosa profunda (n=2; 33,3%). Los pacientes ingresaron a cargo de los servicios de Oncología (n=1; 16,7%), Digestivo (n=2; 33,3%) y Medicina Interna (n=3; 50,0%) y la media de duración del ingreso fue 4,5 días (RI 4,0-14,0).

Al aplicar la escala HASBLED, el 83,3% de los pacientes (n=5) presentaban un score ≥ 3 , siendo la mediana 3, el máximo 4 y el mínimo 0.

Al alta, 3 pacientes continuaron con su tratamiento anticoagulante (1 con rivaroxabán y 2 con apixabán), 1 inició acenocumarol (anteriormente apixabán), 1 inició heparina de bajo peso molecular (anteriormente rivaroxabán) y en 1 paciente se retiró la anticoagulación (dabigatrán) por deterioro progresivo del estado general que desencadenó en su posterior fallecimiento.

CONCLUSIONES: El desarrollo de los ACODs ha modificado el tratamiento anticoagulante; estos fármacos pueden ser una opción equiparable al tratamiento convencional con los antivitamina K (AVK) para los pacientes en los que la anticoagulación esté indicada.

En nuestra serie, el porcentaje de pacientes que ingresaron por cuadro hemorrágico fue mucho menor en aquellos tratados con ACODs que aquellos con fármacos AVK, lo que sugiere que es una alternativa segura aunque también puede estar condicionado por el menor número de pacientes en tratamiento con ACODs.

En cuanto a la escala HASBLED para estratificar el riesgo de hemorragia, aunque es adecuada en pacientes anticoagulados con AVK, no lo es tanto para en pacientes anticoagulados con ACODs, por lo que sería recomendable desarrollar una escala específica para este tipo de pacientes.

216. El farmacéutico como miembro de la unidad de ortogeriatría: Importancia de la conciliación.

AUTORES: Gallego Ubeda M, Egüés Lujera A, Delgado Téllez de Cepeda L, Campos Fernández de Sevilla MÁ, Tutau Gómez F.

Hospital Universitario del Henares. Avenida Marie Curie sn. Madrid. España

OBJETIVO: Describir el perfil de los pacientes conciliados por la unidad de ortogeriatría de la que el farmacéutico forma parte, identificar y clasificar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas y establecer un seguimiento de la actividad del farmacéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de dos años de duración (2014-2015) llevado a cabo en un hospital de 200 camas. Tras la formación de la unidad de ortogeriatría en nuestro hospital, se solicita al servicio de farmacia la integración del farmacéutico en la misma como miembro encargado de realizar la conciliación farmacoterapéutica al ingreso y al alta, así como, el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes. Diariamente se consulta en la historia clínica electrónica Selene® los pacientes que ingresan a cargo del servicio de traumatología a los que se les solicita

una interconsulta a geriatría. El farmacéutico realiza la conciliación farmacoterapéutica de los ingresos (mediante la consulta de la historia clínica electrónica, aplicación de atención primaria HORUS ® y entrevista al paciente/familiar /cuidador/consulta telefónica residencia) y seguimiento farmacoterapéutico diario de todos los pacientes. El listado con el tratamiento habitual quedará registrado en la historia clínica siendo las discrepancias comunicadas al médico. El geriatra contacta con el farmacéutico para informar de las altas con objeto de que este pueda emitir un informe/ hoja de planificación horaria que entregará al paciente/familiar con la correspondiente información verbal (de acuerdo con el geriatra no se realizarán informes a pacientes dados de alta a unidades de media estancia).

Los pacientes conciliados y las intervenciones farmacéuticas fueron registrados sistemáticamente en una base de datos en Access y Excel respectivamente. Se recogieron las siguientes variables: número de historia clínica, edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica, número de IF, clasificación de las mismas y grado de aceptación. En abril 2015 se estableció un indicador de seguimiento de actividad: N° pacientes conciliados al ingreso por farmacia / N° de interconsultas realizadas por traumatología a geriatría x100

RESULTADOS: 290 pacientes fueron conciliados al ingreso con una edad media 83.3 ± 7.23 años (74.5% mujeres, 25.5% hombres). El motivo de la intervención fue en un 78.3% fracturas cadera, 12.4% prótesis rodilla y 9.3% otros. 107 pacientes fueron conciliados/recibieron información al alta.

La media de los pacientes conciliados por farmacia fue de 89,8% de las interconsultas realizadas.

Se realizaron un total de 155 IF, siendo el 92.3% aceptadas, un 5.1 %rechazadas y un 2.6% no evaluables. Un 35.5% de las IF fueron discrepancias o modificaciones en la vía, dosis, o frecuencia, 24.5% omisiones de medicamento, en un 16% se proporcionó información al médico, 8% interacciones, 6% se recomienda suspender la medicación, 4% duplicidades, 2.6% inicio de medicación no justificado, 2% prescripción de un medicamento diferente, 1.4% otros.

CONCLUSIONES: El farmacéutico como miembro de la unidad de ortogeriatría es una pieza clave en la atención al paciente desde la etapa preoperatoria hasta el alta médica.

La coordinación entre geriatra y farmacéutico (toma de decisiones conjuntas en farmacoterapia y las intervenciones farmacéuticas-grado aceptación elevado-) mejora la atención al paciente y contribuye a la disminución de errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1222. ENCUESTA A TRAVÉS DE TWITTER® SOBRE LA APARIENCIA DEL ENVASADO PRIMARIO DE CALCIFEDIOL SOLUCIÓN ORAL Y SU VÍA DE ADMINISTRACIÓN.

AUTORES: MONTERO DELGADO JA, PLATA PANIAGUA S, ARENAS VILLAFRANCA J, PLASENCIA GARCIA I, RAMOS SANTANA E, MERINO ALONSO FJ.

HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE CANDELARIA. Ctra. del Rosario, 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: La apariencia externa del envase primario del medicamento Hidroferol® (Calcifediol 0,266 mg solución oral) es muy similar a la de numerosas ampollas que se administran por vía parenteral. Esta similitud, en el ámbito hospitalario, puede inducir a profesionales de enfermería a cometer errores al administrar este medicamento en el caso de que desconozcan y no consulten la vía de administración correcta antes de administrarlo. Se pretende medir el conocimiento que tienen los seguidores de una cuenta de Twitter® acerca de la vía de administración del fármaco Calcifediol y, en caso de desconocimiento, evaluar si la apariencia externa del medicamento puede inducir a error al elegir la vía de administración. De manera secundaria, analizar el impacto generado por la encuesta en la red social Twitter®.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde una cuenta de la red social Twitter® dedicada a la difusión de información sobre el uso seguro de los medicamentos se elaboró una encuesta anónima y voluntaria sobre cual era la correcta vía de administración de las ampollas de Calcifediol solución oral. La encuesta constaba de una sola pregunta y mostraba en las respuestas una foto del medicamento donde se ocultó la vía de administración deliberadamente. Las opciones para responder fueron: Intravenosa, Intramuscular, Oral o Subcutánea. Solo era posible seleccionar una opción. La encuesta pudo ser respondida por cualquier usuario registrado en la red social durante el periodo de 24 horas. El 23 de Abril de 2016 se midió la actividad generada por la encuesta con la herramienta ☐Twitter Analytics☐ (<https://analytics.twitter.com>), obteniéndose el número de impresiones totales de la encuesta (número de usuarios que visualizaron el tuit), respuestas generadas, retuits, clics en el perfil, seguidores nuevos generados e interacciones totales. Así mismo se evaluó el grado de interacción total que generó la encuesta y la foto adjunta con los usuarios, mediante la tasa de interacción (número de interacciones/número de impresiones).

RESULTADOS: La encuesta fue realizada por 174 usuarios. Las respuestas obtenidas fueron: 9% Intravenosa, 9% Intramuscular, 79% Oral (respuesta correcta) y 3% Subcutánea. Respecto a la actividad generada en Twitter® se obtuvieron los siguientes **RESULTADOS:** ENCUESTA; 1684 Impresiones, 4 Respuestas y 4 Retuits (281 Interacciones

totales). FOTO; 1279 Impresiones, 94 visualizaciones en detalle de la foto, 9 Clicks en el perfil, 2 Respuestas, 1 Seguimientos y 3 Retuits (362 Interacciones totales). Las tasas de interacción de la foto y de la encuesta fueron, respectivamente, 16,7% y 28,3 % (la tasa de interacción media de las publicaciones de la misma cuenta en los últimos 28 días fue del 4,1%).

CONCLUSIONES: La gran mayoría de usuarios (79%) conoce la vía de administración correcta del Calcifediol solución oral. Un 21% de los encuestados contestó erróneamente a la pregunta planteada. Este elevado porcentaje es relevante de cara a la práctica clínica real y pone de manifiesto el alto grado de error potencial que puede ser inducido debido al envasado primario de los medicamentos. La participación e interacción generada por la encuesta en la red social fue elevada respecto a otras publicaciones de la cuenta.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

886. ENCUESTA SOBRE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR Sonda: BUSCANDO MEJORAR EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: FRANCO SERENO MT, PEREZ SERRANO R, PUEBLA MARTIN A, MUÑOZ-TORRERO PEÑA A, AMBROS CHECA A, RODRIGUEZ MARTINEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/ Obispo Rafael Torija, s/n. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Conocer la opinión, práctica habitual en preparación/administración de fármacos por sonda nasogástrica (SNG) y grado de conocimiento, del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para establecer posibles acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal y descriptivo (Abril 2016) mediante una encuesta escrita que fue distribuida en la UCI a todo el personal de enfermería.

Se diseñó desde el Servicio de Farmacia una encuesta sobre administración de fármacos por SNG; la encuesta estaba formada por 16 preguntas agrupadas en 4 bloques: generales (3), administración (5), preparación (5) y conocimientos (3).

RESULTADOS: De los 50 enfermeros que trabajaban en la UCI, la encuesta fue completada por 42 (84%).

Los resultados de las preguntas generales fueron: años de experiencia en UCI (81% más de tres años), frecuencia con la que atendían pacientes con SNG (100% con frecuencia) y valoración de la necesidad de elaborar una guía de administración por SNG para la UCI (media 9.2, siendo 10 el valor máximo).

Respecto a las preguntas de administración: el 69% detenían ocasionalmente la administración de la nutrición enteral para la administración de fármacos (nunca el 2,4%); el 83.3% lavan la sonda sólo después de administrar fármacos (nunca el 2,4%); el 69% utilizan agua mineral para lavar la sonda; al dar 2 o más fármacos, el 26.2% los administran siempre juntos (2.4% siempre separados) y el 71.4% no lava la sonda entre fármacos.

En cuanto a las preguntas de preparación: tipo de comprimidos orales que trituran para administrar por sonda/tipo de cápsulas que abren para su administración, el 73.8% y el 71.4% respectivamente, indicaron que no se lo plantean y trituran/abren todos los comprimidos/cápsulas; el 100% diluye los fármacos triturados y el polvo de las cápsulas antes de administrarlo; el 85.7% diluye los fármacos líquidos antes de administrarlos; el volumen de dilución de los fármacos fue variable (10 ml=4.7%, 15 ml=11.9%, 50 ml=30.9%), un 31% utiliza un volumen de dilución diferente en función del fármaco a administrar.

Respecto a las preguntas sobre conocimientos: el 95.2% contestó incorrectamente a una pregunta sobre los fármacos con los que hay que interrumpir la nutrición enteral; el 14.3% no consultan si van a administrar un nuevo fármaco (el 38% consulta con sus compañeros, 23.8% guías, 9.5% con farmacéutico y 9.5% con médico); el 28.6% antes de administrar tritura los comprimidos sin tener en cuenta si existen recomendaciones específicas.

CONCLUSIONES: La encuesta nos ha permitido conocer la elevada demanda, por parte del personal de enfermería, en cuanto a la elaboración de una guía local de administración por SNG.

Los resultados obtenidos en administración y preparación indican una amplia variabilidad en la práctica habitual del personal de enfermería. En cuanto a conocimientos, nos sugieren, la necesidad de formación para una correcta administración de los fármacos, reducción de la variabilidad, asegurar la efectividad y aumentar la seguridad de los tratamientos pautados por SNG en los pacientes críticos.

Con estos resultados, se plantea como acción de mejora, la elaboración de una guía de administración por SNG.

133. ERRORES DE CONCILIACIÓN ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INTEGRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES: IBARROLA IZQUIERDO I, MARTINEZ AGUIRRE I, PARDO SANTOS NM, DOMINGUEZ MENENDEZ JA, BALZOLA REGOUT B, YURREBASO IBARRECHE MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. Avda. de Montevideo, 18. Vizcaya. España

OBJETIVOS: Describir y analizar las discrepancias en la prescripción del tratamiento antirretroviral (ARV) al ingreso en el hospital, y comparar los resultados con un estudio similar realizado en nuestro hospital previo a la prescripción y registro electrónico de la medicación crónica de dispensación hospitalaria en la historia clínica electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero y abril 2016. Se recogieron los datos de pacientes ingresados con tratamiento ARV y se excluyeron los pacientes ingresados en el servicio de infecciosas o tratados crónicamente en otros hospitales.

Se comparó el tratamiento crónico registrado electrónicamente (eOsabideGlobal®) con el pautado al ingreso. En caso de discrepancia no justificada el farmacéutico informó al personal de planta y corrigió la prescripción en caso necesario. Dichas discrepancias se clasificaron como errores de conciliación.

RESULTADOS: Se registraron 87 pacientes (49 (23-76) años, 58% hombres), de los que finalmente se incluyeron 49. La media de medicamentos por paciente fue 2,3.

Se detectaron 25 discrepancias en 104 medicamentos, lo que supone 0,51 errores por paciente: 8 dosis incorrecta, 7 pauta incorrecta, 6 omisión, 3 presentación incorrecta y 1 medicamento erróneo.

En los 12 pacientes en tratamiento con lopinavir/ritonavir, se encontraron 6 errores de conciliación (0,5 errores/paciente), 4 debidos a la prescripción de una dosis incorrecta. En los 12 pacientes en tratamiento con darunavir, se detectaron 9 errores de conciliación (0,75 errores/paciente).

En el estudio realizado en 2012 en nuestro hospital, se analizó la conciliación de ARV en 49 pacientes, encontrando 23 discrepancias en 150 medicamentos (0,33 por paciente), siendo darunavir el fármaco más veces prescrito erróneamente.

CONCLUSIONES: A pesar de existir registro electrónico disponible de los tratamientos ARV crónicos, siguen produciéndose un gran número de errores de conciliación, incluso mayor que en el estudio realizado previo a la integración de la medicación de dispensación hospitalaria en la historia clínica electrónica (0,33 vs 0,51 errores por paciente).

Los regímenes complejos con varios medicamentos o varias tomas al día facilitan los errores de conciliación. Los regímenes incluyendo darunavir y lopinavir/ritonavir fueron en los que se encontraron mayor número de discrepancias no justificadas.

El papel del farmacéutico en la conciliación de la medicación al ingreso sigue siendo fundamental para ayudar a detectar y prevenir estos errores.

Una de las causas de este tipo de errores podría ser el desconocimiento por parte de los facultativos del registro electrónico del tratamiento ARV, por lo que es necesario incidir más en su difusión para garantizar el correcto tratamiento de los pacientes.

64. ERRORES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN SEMANAL DE METOTREXATO ORAL

AUTORES: Fernandez Peña S, Sáinz Gil M, Salgueiro Vazquez E, Varela González-Aller J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. C/Ramón y Cajal s/n. Valladolid. España

OBJETIVOS: Describir los errores de medicación (EM) relacionados con la administración semanal de metotrexato (MTX) oral notificados al Sistema Español de Farmacovigilancia Humana (SEFVH), dado que este esquema de dosificación semanal utilizado en patologías como artritis reumatoide ha dado lugar a muchos EM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda en la base de datos del SEFVH (FEDRA) de EM asociados al MTX desde el inicio de FEDRA (1982) hasta noviembre-2015. Se consideraron casos todos aquellos que contenían el principio activo MTX como sospechoso de haber causado un EM o una sobredosis (codificados según el diccionario MedDRA). Se revisaron los casos uno a uno para identificar los casos ocurridos con MTX oral y para conocer el tipo y la causa del error.

RESULTADOS: Se localizaron 47 notificaciones, de las cuales dos se descartaron por no estar directamente relacionadas con MTX oral. Finalmente, se identificaron 45 notificaciones sospechas de reacciones adversas causadas por EM con MTX oral.

La mediana de edad de los pacientes fue de 70 años (rango 33-88,5), el 60% eran mujeres, el 33,3% hombres, y en el 6,7% de los casos no se especificaba el sexo del paciente.

El origen del error fue en el 48% de los casos originado por una mala interpretación de la posología por parte del paciente, en el 15% el EM tuvo su origen en la prescripción del médico, en el 8% el error lo causó el farmacéutico, en el 2% el error fue compartido por médico y farmacéutico, y en el 2% de los caso el EM se produjo por personal de residencias sanitarias.

En cuanto al error, en la mayoría de los casos (67%) consistió en la administración diaria de la dosis semanal de MTX, el 12% se debió a una administración de MTX sin ácido fólico asociado, el 10% a interacciones con otros fármacos, el 10% a confusión entre metronidazol y MTX en la interpretación de la prescripción médica, y en el 1% de los casos se notificaba sobredosis sin especificar.

Todas las reacciones notificadas fueron consideradas graves; el 78% requirió ingreso hospitalario y el 13% del total de las notificaciones, 6 pacientes, resultaron mortales.

CONCLUSIONES: En España se producen reacciones adversas como consecuencia de EM con MTX. Estas reacciones adversas son muy graves e incluso pueden ser mortales. Cabe destacar los casos de confusión por similitud del nombre entre MTX y metronidazol y las interacciones con otros fármacos, sin embargo el error más frecuente es la administración diaria de MTX semanal, lo que ha sido descrito también con frecuencia en distintas publicaciones.

El principal argumento que explicaría la frecuencia de estos errores, es que la pauta semanal es poco habitual. Este riesgo es mayor en personas de edad avanzada.

Recientemente en España se han realizado cambios en la presentación de Metotrexato Wyeth® 2,5 mg comprimidos con el fin de minimizar estos errores. Los profesionales sanitarios deben conocer este grave problema e insistir al paciente acerca de la pauta de administración, con el fin de asegurar que lo ha comprendido bien.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

668. ESTRATEGIAS IMPLANTADAS PARA MINIMIZAR LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS ORALES EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: GONZALEZ PIÑEIRO S, SALVADOR GARRIDO P, PEDREIRA VAZQUEZ MI, FEAL CORTIZAS B, GARCIA QUEIRUGA M, MARTIN HERRANZ MI.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. As Xubias, 84. A Coruña. España

OBJETIVO: Describir las estrategias implementadas en el Servicio de Farmacia (SF) tras identificar y evaluar el riesgo de los medicamentos biopeligrosos orales que se están manipulando.

MATERIAL Y MÉTODO: Se constituyó un grupo de trabajo interdisciplinar formado por personal del servicio de farmacia (3 farmacéuticos y supervisora), salud laboral (2 profesionales) y dirección del centro (2 supervisoras de área). Al no existir una guía de práctica clínica ni normativa nacional, de forma consensuada dentro del grupo, se acordó que la definición y clasificación de un medicamento como □ medicamento de riesgo ocupacional □ se debía establecer de acuerdo al documento emitido por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and other Hazardous Drugs in Healthcare Settings 2014, y actualización de 2016. Este documento categoriza los medicamentos en 3 grupos de riesgo: grupo 1 (G1): medicamentos carcinogénicos; grupo 2 (G2): medicamentos no carcinogénicos que cumplen con uno o más criterios NIOSH para ser considerados de riesgo y grupo 3 (G3): medicamentos no carcinogénicos con toxicidad reproductora.

RESULTADOS: Dicho grupo de trabajo multidisciplinar llevó a cabo las siguientes actuaciones: 1) Elaboración de la lista de medicamentos biopeligrosos orales disponibles en el SF: se identificaron 89 principios activos (76% de la lista NIOSH), de los cuales 60 (67,4%) requieren reenvasado: 30 (50%) -15 se presentan en frasco- pertenecen a G1; 19 (32%) -entre ellos medicamentos como espironolactona, fenitoina, sirolimus y tacrolimus- pertenecen a G2 y 11 (18%) □ como valproato sódico y clonazepam- se engloban en el G3. 2) Identificación de las áreas del SF que implicaban mayor riesgo para el personal manipulador de estas formulaciones orales: zona de reenvasado y zona de elaboración de fórmulas magistrales no estériles -cápsulas y jarabes- a partir de materias primas. 3) Implantación en estas áreas críticas de las siguientes medidas preventivas: actualización del procedimiento de reenvasado y de formulación magistral (PNT) para minimizar el riesgo, evaluación y selección del equipo de protección individual (EPI) para lograr la máxima protección (guantes, bata desechable, mascarilla FFP3, gafas), colocación de carteles informativos e identificativos de dichas áreas de trabajo de riesgo y restricción de acceso a las mismas a personal cualificado, y actividades formativas e informativas a todo el personal del SF que manipula estos medicamentos (realización de una sesión repetida en horarios diferentes para educar a todo el personal manipulador implicado, con especial énfasis en el EPI y en el PNT). 4) Elaboración de una Guía de administración de inmunosupresores por sonda nasogástrica y su difusión a las unidades clínicas protocolizando que desde el SF se dispensarán reconstituídas las suspensiones comercializadas de micofenolato y valganciclovir y se elaborarán suspensiones de azatioprina y tacrolimus.

CONCLUSIÓN: El Servicio de Farmacia debe colaborar activamente en el establecimiento, implantación y cumplimiento de recomendaciones preventivas que contribuyan a minimizar los riesgos de exposición a los medicamentos biopeligrosos orales para el personal sanitario manipulador, así como en su actualización periódica para garantizar una mejora continua del grado de seguridad.

895. ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CRÍTICOS: ¿PONEMOS REMEDIO ANTES DE QUÉ APAREZCA?

AUTORES: FRANCO SERENO MT, PEREZ SERRANO R, ORTIZ DIAZ-MIGUEL R, ESPINOSA GONZALEZ MC, AMBROS CHECA A, RODRIGUEZ MARTINEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. C/ Obispo Rafael Torija, s/n. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: Evaluar la utilización de laxantes como profilaxis del estreñimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y describir las recomendaciones farmacéuticas (RFs) realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de dos meses de duración (Febrero-Marzo 2016) en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en UCI con indicación de profilaxis de estreñimiento.

El farmacéutico residente de cuarto año, integrado en la UCI, revisaba diariamente el tratamiento de todos los pacientes ingresados. Tras una revisión bibliográfica, se establecieron previo al inicio del estudio, dos tipos de pacientes candidatos a recibir profilaxis de estreñimiento: pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo y pacientes en tratamiento con opioides a altas dosis. En ambos grupos de pacientes se revisaba la prescripción de laxante en el tratamiento. Si el paciente no tenía prescrito laxante y estaba indicado la utilización del mismo, se realizaban RFs proponiendo añadirlo al tratamiento.

Variables analizadas: demográficas (edad y sexo), indicación de profilaxis (coronario/opioides), RFs realizadas (añadir al tratamiento parafina en coronarios/lactulosa en paciente con opioides), vía de realización de las RFs (verbal/escrita), aceptación de las RFs (SI/NO).

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se revisó el tratamiento de 96 pacientes ($64 \pm 13,8$ años, 71,8% hombres), de los cuales el 52% tenían indicación de profilaxis de estreñimiento (52% coronarios, 48% con opioides). En los pacientes con indicación de profilaxis, se revisó la prescripción de laxante en el tratamiento, objetivando que el 26% no tenían prescripción de laxante (el 92,3% de éstos, eran pacientes en tratamiento con opioides).

Se realizaron 16 RFs en 13 pacientes, 1,2 RFs por paciente (rango 1-2); el 62,5% de las RFs se realizaron de forma escrita. El 56,2% de las RFs fueron aceptadas por parte del clínico, añadiendo laxante al tratamiento.

CONCLUSIONES: A pesar de que la indicación de profilaxis es muy habitual en los pacientes críticos (más de la mitad en nuestro estudio), a un elevado porcentaje de pacientes no coronarios no se les prescribe, al menos precozmente. Las limitaciones en el diseño del estudio no permiten determinar las causas de este hallazgo.

Estos datos junto a la moderada aceptación de las RF, sugieren la necesidad de establecer un consenso y/o una protocolización, al menos en pacientes críticos no coronarios.

La figura del farmacéutico integrado en el equipo asistencial de la UCI supone una mejora en la prevención del estreñimiento, aumentando la calidad asistencial en el enfermo crítico.

679. ESTUDIO COMPARATIVO DE EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN LA PREPARACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS CON UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD

AUTORES: GARCÍA ÁLVAREZ Á, SASTRE MARTORELL ML, MARTORELL PUIGSERVER C, SANTANDREU ESTELRICH MM, CANOREA DÍAZ F, DELGADO SANCHEZ O.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. Carretera Valldemossa 79. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: La preparación de antineoplásicos se realiza desde noviembre de 2014 con control de trazabilidad que garantiza el control cualitativo mediante código data-matrix y código de barras, y el control cuantitativo por gravimetría.

El objetivo es valorar la evolución de calidad en la preparación de antineoplásicos a lo largo del año 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de antineoplásicos preparados con el sistema ePASE® en 2 periodos, enero-junio 2015 y julio-diciembre 2015, en un hospital de tercer nivel; las preparaciones de ensayo clínico y de bortezumib (volumen ≤ 2 ml) se excluyen del control. La fuente de datos fue el programa Farmis-Oncofarm®. Se valoró:

- Grado de cumplimiento de controles establecidos
- Control cualitativo: lecturas incorrectas y omitidas
- Control cuantitativo: desviación gravimétrica, preparaciones repetidas y mezclas dispensadas después de la validación farmacéutica (fuera del margen de dosis establecido del ± 5 % pero dentro ± 10 %).
- Errores evitados

El análisis estadístico se realizó con Microsoft Excel®. Las variables cualitativas y cuantitativas analizadas se midieron como porcentajes; la comparación de porcentajes por el test de Chi-cuadrado². Se consideró no significativo (ns) un valor de $p > 0.05$.

RESULTADOS: Durante el primer periodo fueron candidatas a control 8.628 preparaciones y 9.089 en el segundo. -Grado de cumplimiento: se realizó control cualitativo en 7.463 (86,5%) en el primer periodo y 8.046 (88,5%) en el segundo (ns). Los controles cuantitativos fueron 7.418 (85,9%) y 8.398 (92,4%) ($p < 0.05$). -Control cualitativo: las lecturas de antineoplásicos incorrectas pasó de 318 (4,3%) a 649 (8,1%) en el segundo periodo ($p < 0.05$), y las lecturas de fluidos incorrectas de 34 (0,5%) a 41 (0,5%). Las lecturas antineoplásicas omitidas fueron 725 (9,2%) y 371 (4,6%), diferencia 4,6% ($p < 0.05$) y las de fluidos omitidas 199 (2,7%) y 200 (2,5%) (ns). -Control cuantitativo: la desviación gravimétrica de las mezclas aceptadas fue del 2,1% en el primer periodo y 2,3% en el segundo. Se repitieron 698 (9,4%) y 730 (8,7%) preparaciones en cada periodo (ns). Las preparaciones dispensadas tras validación farmacéutica pasó de 107 (1,44%) a 186 (2,21%). - Indicador de seguridad: en el primer periodo se evitaron 1.050 errores de preparación (16,5%) y en el segundo 1.420 (11,6%), $p < 0,05$.

CONCLUSIONES: El cumplimiento de controles establecidos en la preparación de antineoplásicos ha mejorado en el segundo periodo, aumentado los controles cuantitativos y disminuyendo las lecturas omitidas. Los errores evitados han disminuido a lo largo del año, lo que indica que el sistema mejora directa e indirectamente la calidad en la preparación.

La implantación de un sistema de trazabilidad total requiere un periodo de formación y cambio de forma de trabajo que precisa que se consolide en el tiempo y modificar hábitos adquiridos.

A pesar del control en la preparación de antineoplásicos, se han detectado errores por la confusión en el etiquetado final de los productos, lo que indica que aún con los controles existentes es necesario aumentar la vigilancia en otros puntos del proceso en un futuro.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

758. ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS CON FUNCIÓN RENAL ALTERADA.

AUTORES: PÉREZ MARGALLO ME, GARCÍA ESTEBAN B, PIQUERAS ROMERO C, ITURGOYEN FUENTES D, DOMINGUEZ HERENCIAS S, BERROCAL JAVATO MA.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. Ctra. Madrid, Km 114. Toledo. España

OBJETIVOS: La Insuficiencia Renal (IR) es un importante problema de salud pública con una prevalencia cercana al 10% en la población española. Una inadecuada prescripción farmacoterapéutica en estos pacientes puede ocasionar mayor deterioro de la función renal, mayor concentración plasmática de fármacos y mayor toxicidad.

El objetivo principal del estudio es valorar la adecuación de la prescripción farmacoterapéutica en pacientes con función renal alterada ingresados en un hospital general.

Como objetivos secundarios se pretende analizar las Intervenciones Farmacéuticas (IF) realizadas, su grado de aceptación y evaluar el porcentaje de pacientes ingresados con Filtrado Glomerular (FG) menor de 50ml/min/1,73m².

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio prospectivo y observacional de 2 meses de duración (Febrero - Marzo 2016).

Se incluyeron pacientes mayores de 65 años con FG < 50ml/min/1,73m² al ingreso, calculado mediante la fórmula CKD-EPI. Se excluyeron pacientes de UCI y Urgencias.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica, la orden médica y el programa de analíticas del laboratorio.

Las variables recogidas fueron: edad, creatinina sérica, FG, número total de fármacos prescritos, número de fármacos prescritos con necesidad de ajuste en IR, número de fármacos prescritos ajustados a IR, número de IF y aceptación.

La adecuación de la prescripción se midió como número de fármacos prescritos correctamente ajustados a IR frente al número de fármacos prescritos con necesidad de ajuste en IR.

Cuando el farmacéutico detectaba una prescripción inadecuada, realizaba una IF.

RESULTADOS: Durante el estudio ingresaron en el hospital 440 pacientes mayores de 65 años, 85 (19,3%) de ellos con FG < 50ml/min/1,73m² y una edad media de 83,2 años.

Se revisaron un total de 807 fármacos, de los cuales 360 (44,6%) precisaban ajuste posológico según IR (4,2 fármaco/paciente). De estos 360 fármacos, la prescripción de 308 (85,5%) era adecuada a la función renal del paciente y 52 (14,5%) necesitaron IF.

De los 85 pacientes seleccionados, todos tenían al menos un fármaco con necesidad de ajuste a IR. De estos, 42 (49,4%) tenían un tratamiento farmacológico adecuado a su función renal y 43 (50,6%) necesitaron IF.

Se realizaron 52 IF (1,2 IF/paciente), de las cuales 33 (63,4%) fueron aceptadas por el médico, 10 (19,2%) no aceptadas y 9 (17,4%) no valorables (imposibilidad de seguimiento al paciente o recomendación de monitorización). El grupo farmacológico con más intervenciones fueron los antimicrobianos (51,9%).

CONCLUSIONES: Todos los pacientes con FG < 50ml/min/1,73m² tenían prescrito algún fármaco con necesidad de ajuste a IR.

La adecuación farmacoterapéutica al grado de IR por parte del médico fue en el 85,5% de las prescripciones.

La IF fue necesaria en el 14,5% de las prescripciones. El grado de aceptación por parte del personal médico fue considerable, alcanzando el 63,4% de las IF registradas.

Los pacientes con FG < 50ml/min/1,73m² fueron el 19,3% de los ingresados, de los cuales 50,6% necesitaron de IF, demostrando la necesidad de un estrecho seguimiento farmacéutico de este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

958. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL ENVASADO Y ETIQUETADO DE NUEVAS PRESENTACIONES DE MEDICAMENTOS ANTES DE SU ADQUISICIÓN

AUTORES: GARCÍA GARCÍA MDP, LASO LUCAS E, OTERO LÓPEZ MJ, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, FERNÁNDEZ DOMINGUEZ E, MARTÍN MUÑOZ MR.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE 58-182. Salamanca. España

OBJETIVOS: Un etiquetado inapropiado o un envasado de apariencia similar son causas frecuentes de errores de medicación, particularmente en la dispensación y administración.

El objetivo de este trabajo fue establecer un procedimiento sistemático para evaluar las nuevas presentaciones de medicamentos susceptibles de ser adquiridas en el hospital y valorarlo durante el proceso de selección de las ofertas de medicamentos realizado para el año 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las recomendaciones de seguridad referentes a evaluación de etiquetado y envasado de medicamentos del Consejo de Europa, de la National Patient Safety Agency y del Institute for Safe Medication Practices. A partir de dicha información se elaboró una lista de comprobación para evaluar el etiquetado y envasado de las nuevas presentaciones y detectar posibles factores de riesgo, que además permitiera analizar las diferencias y comparar entre las diversas alternativas presentadas.

La lista de comprobación se utilizó en el proceso de selección de ofertas realizado en enero de 2016, para evaluar nuevas alternativas ofertadas a un mejor precio que la presentación disponible y compararlas frente a la misma.

RESULTADOS: La lista de comprobación elaborada permite analizar el etiquetado y envasado, y comparar la presentación disponible y hasta dos alternativas nuevas. Los aspectos que se evalúan son: similitud del acondicionamiento primario y/o del embalaje con otros medicamentos ya incluidos; similitud del acondicionamiento primario y/o del embalaje con otras dosificaciones del mismo medicamento; legibilidad y presentación de elementos críticos en el etiquetado; expresión de la composición cuantitativa e indicación de la vía de administración; y otras características técnicas (tamaño del envase, presentación en unidosis, etc.).

Aplicando la lista se evaluaron un total de 50 medicamentos, para los que se habían presentando alternativas a un mejor precio que la presentación disponible en el hospital. En 35 se comparó la presentación disponible frente a 1 alternativa y en 15 frente a 2, lo que supuso un total de 115 presentaciones evaluadas.

En 13 medicamentos de los 50 evaluados no se detectaron problemas de seguridad, ni en la presentación disponible ni en la alternativa, por lo que la selección se realizó en función de la mejor oferta presentada. En los otros 37 medicamentos restantes se identificaron 70 factores latentes en las presentaciones evaluadas que influyeron en la selección de la opción más segura. Los más frecuentes fueron: similitud en acondicionamiento primario (n=17) o en cartonaje (n=4) con otros medicamentos; similitud en acondicionamiento primario (n=11) o en cartonaje (n=7) entre diferentes dosificaciones; expresión inapropiada de la composición cuantitativa (n=9) y problemas de legibilidad o prominencia de elementos críticos en etiquetado (n=6).

CONCLUSIONES: El momento de selección de ofertas es una oportunidad para evaluar las características del etiquetado y envasado de un nuevo medicamento antes de su adquisición en el hospital, con el fin de evitar de forma proactiva la posibilidad de que se produzcan errores. En nuestra opinión, la lista de comprobación elaborada ha resultado ser una herramienta muy útil para revisar los aspectos del etiquetado y envasado de las ofertas presentadas y efectuar una selección más segura.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

571. EVALUACIÓN DE LAS ALERTAS GENERADAS POR UN SISTEMA EXPERTO EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN EN ONCOHEMATOLOGÍA

AUTORES: GOMEZ MELINI E, MONTERO DELGADO A, VIÑA ROMERO MM, SUAREZ GONZALEZ M, RAMOS LINARES S, MERINO ALONSO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVO: Evaluar el uso del sistema experto de alertas (SEDA) del programa Farmis®-Oncofarm® en un hospital de tercer nivel y hacer un seguimiento de las alertas introducidas para evitar la aparición de errores de medicación antineoplásica en el paciente oncohematológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se crearon alertas asociadas a diferentes fases del proceso en el sistema SEDA de Farmis®-Oncofarm®: prescripción-confirmación, validación farmacéutica y preparación del tratamiento por enfermería. Los avisos sobre la seguridad del paciente se introdujeron tanto en la prescripción como en la validación para asegurar que los ajustes propuestos por el sistema no fueran involuntariamente rechazados.

Se evaluaron las alertas farmacológicas generadas entre el 15 de Julio de 2015 hasta el 20 de Abril de 2016.

En el sistema se desarrollaron 86 alertas diferentes divididas en tres grupos: administrativas, de preparación y de dosificación. En estas últimas se incluyeron ajustes posológicos según edad, situación clínica, rangos de dosis permitidos en los protocolos, dosis de carga/mantenimiento y dosis máxima.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se han generado 1.223 alertas en 407 pacientes. Un 72% se generaron en el proceso de prescripción-confirmación, un 25% en el de validación y un 3% en el de preparación.

En relación a la distribución en función del tipo de alerta se observó que 179 eran administrativas, 18 de preparación y 1.026 estaban relacionadas con la dosis (673 ajustes según situación clínica, 182 dosis de carga, 133 dosis máxima y 38 recordatorios de rango de dosis permitido en los protocolos). Todas las recomendaciones relativas a cambios en la posología fueron aceptadas.

CONCLUSIONES: El sistema SEDA integrado en el programa Farmis®-Oncofarm® ha mejorado en nuestro hospital la seguridad en el uso de antineoplásicos tanto en la prescripción como en la validación farmacéutica, evitando errores de medicación durante todo el proceso especialmente en la dosificación de estos medicamentos de alto riesgo.

La aplicación permite diseñar una alerta asociada a distintas fases del proceso (prescripción-validación) evitándose así omisiones automáticas debido a la -fatiga por alertas-.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

794. EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN: OPORTUNIDADES DE MEJORA

AUTORES: MARCOS RIBES B, PONS MARTÍNEZ L, BONETE SÁNCHEZ M, HERRAIZ ROBLES P, AZNAR SALIENTE MT, MARTÍNEZ LAZCANO MT.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT. Carretera N-332 Alacant-Valencia, s/n,. Alicante. España

OBJETIVO: Los errores de medicación (EM) constituyen una importante fuente de morbilidad. A partir de la incidencia anual de EM de alto impacto detectados (con capacidad de producir daño) se pretende definir estrategias de mejora que permitan implementar barreras adicionales. Es también objetivo de este estudio cuantificar la cobertura que estas barreras tendrían sobre el total de EM.

MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó un estudio descriptivo prospectivo (abril 2015 □ marzo 2016), se recogieron los EM detectados por el Servicio de Farmacia en la revisión diaria de las prescripciones en un sistema de dispensación por dosis unitaria mediante prescripción manual. Se intervino en todos los casos comunicando con el médico responsable.

Se recogieron los siguientes datos: fecha en la que ocurrió el error, fármaco implicado y su categoría ATC, servicio prescriptor, tipo de error y gravedad medida en la escala de la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention y las medidas correctoras llevadas a cabo.

RESULTADOS: Se identificaron 253 EM. Los más relevantes fueron: de dosis, 93 EM (37%), y de intervalo posológico 71 EM (28%). Se registró una media de $20,1 \pm 7,5$ EM por mes (rango 11-37). En cuanto a la gravedad, 250 EM no causaron daño (categorías A-D) y 3 sí lo hicieron; en un paciente hubo un EM de categoría E y en otros dos casos de categoría F.

El grupo de antiinfecciosos es el grupo de fármacos más habitualmente implicado en los EM (39%) y deben ser especialmente controlados debido a que errores en su uso pueden llevar a fracasos en el tratamiento farmacoterapéutico y un aumento en la duración de la estancia hospitalaria. En segundo lugar, los fármacos empleados en terapia cardíaca (C) supusieron el 14% de los EM totales y, de entre ellos, la digoxina estuvo implicada en el 43% de los casos, y la alta incidencia se debió al cambio de presentación para la vía intravenosa, que tiene el doble de cantidad por ampolla.

Estos datos se pusieron en conocimiento de la Comisión de Seguridad, motivando acciones de optimización e instauración de barreras adicionales como la creación de un grupo de mejora en la utilización de antibióticos (GMUA). Con el cambio de presentación de las ampollas de digoxina, el Servicio de Farmacia notificó proactivamente a todos los servicios, informando y recordando que una prescripción adecuada debe indicar la dosis y etiquetando todas las ampollas. Ante la próxima implantación del programa de prescripción electrónica, se han configurado alertas para los EM más frecuentes.

Se analizaron los EM y se identificó que un 78% de los casos queda cubierto con alguna de las barreras implantadas: GMUA (39%), etiquetaje ampollas digoxina (6%), configuración de alertas en el programa de prescripción (33%). Se hará un seguimiento de las medidas correctivas y educativas implantadas para cuantificar su efecto en la reducción de los EM.

CONCLUSIONES: El seguimiento de los EM ha permitido implantar barreras para la mayoría de los EM detectados, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

746. EVALUACION DEL RIESGO DE CETOACIDOSIS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS CON UN INHIBIDOR DE SGLT2

AUTORES: BLÁNQUEZ MARTÍNEZ D, HAYON PONCE M, CABALLERO ROMERO A, GONZALEZ MEDINA MDC, MORON ROMERO R, CASAS HIDALGO I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. Avda. del Doctor Oloriz, 16. Granada. España

OBJETIVOS: Evaluar la incidencia de cetoacidosis diabética (CAD) entre los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tratados con un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2).

MATERIAL Y MÉTODO: Los inhibidores del SGLT2 son una nueva clase de fármacos antidiabéticos orales con un mecanismo de acción único, independiente de insulina.

El 14/03/16, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una alerta de seguridad en pacientes con DM2 y en tratamiento con un inhibidor de SGLT2, que incluye canagliflozina, empagliflozina y dapagliflozina, en relación a la posibilidad de aparición de CAD. La Agencia Americana de Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también observó que los pacientes con diabetes tipo 1 o 2 y tratados con inhibidores de SGLT2 pueden presentar de forma atípica, con sólo un leve aumento de los niveles de glucosa en la sangre, CAD. En los ensayos clínicos de canagliflozina, empagliflozina, y dapagliflozina en DM2, la frecuencia de CAD o eventos relacionados fue del 0,1%.

Se realizó una búsqueda de todos los pacientes en tratamiento con canagliflozina, empagliflozina o dapagliflozina a través de una aplicación corporativa de explotación de datos de prescripción (tradicional y electrónica), prescritas por el Servicio de Endocrinología y Nutrición entre Octubre de 2015 y Marzo de 2016 en un hospital de tercer nivel. Se filtró la búsqueda por pacientes con diagnóstico de DM2.

Resultados

Se obtuvo un total de 213 pacientes que habían sido tratados o en tratamiento actual con un inhibidor de SGLT2. Se revisó la historia clínica informatizada de todos y se encontró un paciente con diagnóstico de CAD. Se trata de un varón de 58 años de edad con IMC > 35 y mal control glucémico pese a estar en tratamiento con metformina + sitagliptina a dosis máximas que comenzó tratamiento con metformina 850 mg/24h + canagliflozina 100 mg/24h en Noviembre/15 con una buena tolerancia pero con persistencia del mal control glucémico. En Diciembre/15 se sube la dosis de canagliflozina a 300 mg/24h con buena tolerancia y buen control glucémico. En Enero/16 acude a Urgencias por náuseas, vómitos, dolor abdominal y malestar general. Finalmente se diagnostica de CAD con una glucemia > 400 mg/dl. El paciente es ingresado en el hospital durante 6 días requiriendo una perfusión de insulina. Al alta se le cambia el tratamiento antidiabético a metformina 850 m/24h + liraglutida 1,2 mg/24h.

CONCLUSIONES: En este estudio, al igual que en los ensayos clínicos, se demuestra la baja incidencia de la CAD en este nuevo tipo de tratamientos para la DM2, pero se trata de un efecto adversos grave que puede comprometer la vida del paciente, por lo que se recomienda seguir estrictamente las recomendaciones de la AEMPS para evitar la aparición del mismo: antes del inicio del tratamiento con inhibidores de SGLT2 se deberán considerar los factores en la historia clínica del paciente que pueden predisponer a la CAD. Estos factores incluyen antecedentes de pancreatitis, vómitos o diarrea persistentes, reducción súbita de insulina, enfermedad médica aguda, cirugía y abuso de alcohol.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1144. FACTORES DE RIESGO Y PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN PACIENTES DADOS DE ALTA POR UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

AUTORES: García-Molina Sáez C, Urbieto Sanz E, Onteniente Candela M, Gil Candel M, Caballero Requejo C, Trujillo Ruiz A.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Avenida Intendente Jorge Palacios s/n. Murcia. España

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de prescripción de fármacos con riesgo de prolongar el intervalo QT, así como de los factores predisponentes a la aparición de síndrome de QT largo y torsade de pointes (TdP) en los pacientes dados de alta por una unidad de cardiología.

Material y métodos

Estudio transversal observacional realizado en un hospital de referencia de área de 330 camas. Fueron incluidos aquellos pacientes dados de alta durante tres meses por la unidad de cardiología con tratamiento farmacológico. Para identificar los medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT (fármacos con riesgo conocido (FRC), con posible riesgo, con riesgo en caso de sobredosis o debido a interacciones farmacodinámicas/farmacocinéticas con FRC), se revisó la página web del Centro de Arizona para la Educación e Investigación en Terapéutica (AzCERT); www.azcert.org. Los factores considerados de riesgo que podrían potenciar la prolongación del intervalo QT y/o producir TdP, fueron: edad avanzada (≥ 65 años), sexo femenino, alteraciones electrolíticas (hipocalcemia, hipomagnesemia e hipopotasemia), insuficiencia renal (IR) o hepática (IH), antecedentes de enfermedad cardiovascular (CV), hiper/hipotiroidismo y tratamiento simultáneo con más de un fármaco que puede prolongar el intervalo QT. Los datos demográficos y clínicos del paciente se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Todos los análisis se realizaron en una base de datos spss v21.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 230 pacientes con una edad media de $70,2 \pm 13,4$ años y con una media de medicamentos al alta de $10,2 \pm 4,0$ (pacientes polimedicados 93%). Se identificaron 152 pacientes (66,1%) en tratamiento con al menos un fármaco que puede prolongar el intervalo QT (media de medicamentos por paciente $0,98 \pm 0,92$), de los cuales 37 (16,1%) tenían prescrito al menos un FRC ($0,18 \pm 0,43$). De los 31 medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT identificados en los tratamientos de alta, los 10 que se encontraron con mayor frecuencia fueron furosemida (24% del total de fármacos que pueden prolongar el intervalo QT prescritos), hidroclorotiazida (20%), ranolazina (9,3%), ivabradina (7,1%), amiodarona (6,2%), escitalopram (4%), dronedarona (3,1%), sertralina (3,1%), solifenecina (3,1%) y levofloxacino (2,2%), siendo la amiodarona, escitalopram y dronedarona FRC. Los factores de riesgo más frecuentemente identificados fueron edad ≥ 65 años (69% de los pacientes), antecedentes de enfermedad CV (47,4%) y sexo femenino (37%). En cuanto al resto, el 36,9% de los pacientes padecía IR, el 23,5% tenía prescritos 2 o más fármacos que pueden prolongar el intervalo QT, el 7% era hipo/hipertiroides, el 2,2% tenía alteraciones electrolíticas y el 0,4% padecía IH; cumpliendo el 70% de los pacientes 2 o más factores de riesgo.

CONCLUSIONES: Consideramos que la prevalencia detectada en la prescripción de fármacos que prolongan el intervalo QT es relevante teniendo en cuenta el elevado porcentaje de pacientes dados de alta que tenían además otros factores de riesgo. Por ello creemos que sería interesante plantear un estudio más exhaustivo al respecto, e informar a los médicos para abordar este tema con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

411. FARMACOVIGILANCIA NUEVOS TRATAMIENTOS EN HEMATOLOGÍA: IBRUTINIB, IDELALISIB, ALEMTUZUMAB, OFATUMUMAB Y OBINITUZUMAB

AUTORES: Bonilla Porras M, Bécares Martínez FJ, Castillo Bazán E, García Jiménez L, Pelegrin Torres P, Panadero Esteban MI.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. av/reyes catolicos nº 2. Madrid. España

OBJETIVO: Durante los años 2015 y 2016 se han comercializado varios fármacos en el tratamiento del linfoma del manto y la leucemia linfática crónica: ibrutinib, idelalisib, alemtuzumab y ofatumumab. Obinituzumab aún no ha sido comercializado pero puede utilizarse dentro de un programa de acceso expandido. Sin embargo, estos fármacos tienen descritas numerosas reacciones adversas en ficha técnica. El objetivo de este estudio es revisar los efectos adversos que han tenido lugar en la práctica clínica habitual en los pacientes tratados con estos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes tratados en nuestro centro con los nuevos fármacos comercializados en el año 2015 y 2016 en la indicación de linfoma del manto y leucemia linfocítica crónica. Las variables recogidas de la historia clínica electrónica fueron: fármaco utilizado, fecha de inicio y fin del tratamiento, causa de finalización del fármaco y reacciones adversas.

RESULTADOS: Durante el año 2015 y 2016 se han tratado 8 pacientes con estos nuevos fármacos: 2 pacientes con ibrutinib, 2 idelalisib, 1 alemtuzumab, 1 ofatumumab y 2 con obinituzumab. De los 8 pacientes tratados, 1 paciente (idelalisib) no presentó ninguna reacción adversa, y 1 paciente (obinituzumab) tuvo que suspender el tratamiento debido a la toxicidad del fármaco.

Las reacciones adversas más frecuentes descritas en ficha técnica de cada uno de estos fármacos frente a las reacciones detectadas en la práctica clínica fueron:

lbrutinib: ficha técnica (mareo, cefalea, diarrea, vómitos, estomatitis, náuseas, estreñimiento, exantema, artralgias, dolor musculoesquelético, pirexia y edema periférico). Los pacientes tratados en nuestro centro presentaron diarrea y anemia.

Idelalisib: ficha técnica (infecciones, neutropenia, diarrea, aumento de transaminasas, exantema, pirexia y aumento de triglicéridos). De los pacientes tratados en nuestro centro 1 presentó: prurito, edemas, rash y dermatitis psoriasiforme sugestiva de psoriasis pustular. El otro paciente no ha tenido reacciones adversas.

Alemtuzumab: ficha técnica (infecciones, linfopenia, leucopenia, cefalea, rubefacción, náusea, urticaria, erupción, prurito, pirexia y fatiga). El paciente presentó: infección de vías respiratorias altas, prurito y urticaria, reacción infusional.

Ofatumumab: ficha técnica (infección del tracto respiratorio superior, neutropenia, anemia, náusea, erupción, pirexia). El paciente tratado en nuestro centro presentó prurito.

Obinituzumab: ficha técnica (neutropenia, trombocitopenia, anemia, diarrea, pirexia, reacciones relacionadas con la infusión). Las reacciones adversas que aparecieron en los dos pacientes tratados con obinituzumab fueron: febrícula, náuseas, vómitos, hiporexia, aftas bucales, insomnio, diarrea y deterioro general, estas dos últimas motivaron la suspensión del tratamiento en uno de los pacientes.

Todas las reacciones adversas han sido comunicadas a Farmacovigilancia en el Portal de Seguridad del Medicamento de la Comunidad de Madrid.

CONCLUSIONES: Las reacciones adversas descritas en la práctica clínica habitual fueron bien toleradas y menores a las reflejadas como muy frecuentes en la ficha técnica de cada uno de los fármacos. Sólo en uno de los pacientes tuvo que suspenderse la administración del fármaco, obinituzumab, por deterioro del estado general y diarrea.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1152. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADO AL USO DE FOSFOMICINA INTRAVENOSA

AUTORES: García Soler JI, Pareja Rodríguez de Vera A, de la Rubia Nieto A, Almanchel Rivadeneyra M, Muñoz Contreras MC, González Lozano E.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120. Murcia. España

OBJETIVOS

Evaluar la influencia de la fosfomicina intravenosa (FIV) en la elevación de la tensión arterial (TA) de pacientes normotensos y sin factores predisponentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Según ficha técnica, con la administración de 1 gramo de fosfomicina disódica se aportan 330 mg (14,4 mEq) de sodio al paciente. Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS de reducir el consumo de sodio a 2 g/día con el fin de evitar la aparición de hipertensión arterial (HTA) y ACV (accidente cardiovasculares) se realizó un estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel, de marzo de 2015 a marzo de 2016. Se incluyeron pacientes normotensos en tratamiento con FIV y sin cardiopatía previa o diabetes mellitus. La información se obtuvo a través del programa de prescripción electrónica SILICON® y del de historia clínica SELENE®. Datos recogidos: edad, sexo, dosis de fosfomicina, duración del tratamiento, sueroterapia que incluía suero salino fisiológico al 0,9% o glucosalino al 3.3/0,3% que contienen 360 (15,4 mEq) y 120 mg de sodio (5,1 mEq) en 100 ml, respectivamente, aclaramiento de creatinina según fórmula de Cockcroft-Gault, y TA previa y durante el tratamiento. Se consideró HTA según la Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la HTA que la clasifica en grado 1 (TA sistólica (Tas): 140-159 y/o TA diastólica (TAd): 90-99 mmHg), grado 2 (TAs: 160-179 y/o TAd: 100-109 mmHg) y grado 3 (TAs $\geq$ 180 y/o TAd $\geq$ 110 mmHg).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 24 pacientes, con una edad media de $43,1 \pm 16,9$ que se correspondían con 27 prescripciones de las cuales el 63% eran mujeres. La dosis media administrada de FIV fue de $12,6 \pm 6$ g/día, y el aporte medio de sodio de la fosfomicina y sueroterapia fue de $6,22 \pm 2,7$ g/día ($279 \pm 113,3$ mEq/día). La mediana de duración del tratamiento fue de 3 días (rango 1-12).

En un 18,6% (n=5) de los pacientes se describió algún episodio de HTA. El 60% de ellos (n=3) se trataba de HTA grado 1; y el 40% (n=2) desarrolló HTA grado 2. La mediana de aparición de HTA fue de 2 días (rango 1-4) desde el inicio del tratamiento con FIV. La dosis media de fosfomicina en estos pacientes fue $13,6 \pm 3,6$ g/día y el aporte medio de sodio a través de la fosfomicina y sueroterapia fue de $7 \pm 3,2$ g/día ($289,8 \pm 135,5$ mEq/día); superior al recomendado por la OMS. No obstante, en todos los episodios la HTA fue reversible al suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES: Con el sesgo de un número pequeño de pacientes y según los datos obtenidos parece que la FIV, puede influir en la elevación de la TA.

Es recomendable mantener un control en el aporte de sodio y de la terapia concomitante en pacientes tratados con FIV, así como informar desde el Servicio de Farmacia de la posible implicación en el desarrollo de un episodio hipertensivo en pacientes normotensos y sin factores predisponentes.

1129. HIPOGLUCEMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON TIGECICLINA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: Rojo Sanchís AM, Riveiro Villanueva J, Espadas Hervás N, Álvarez Díaz AM, Bermejo Vicedo T. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo km 9.100. Madrid. España

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de aparición de hipoglucemia durante el tratamiento con tigeciclina en pacientes hospitalizados y los factores que influyen en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que recibieron tigeciclina de enero de 2014 a noviembre de 2015 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos de edad, sexo, diabetes mellitus(DM), tipo, enfermedad renal crónica(ERC), hepatopatía y neoplasias activas. Así como fármacos hipoglucemiantes durante el ingreso, duración del tratamiento con tigeciclina, valor de glucemia al ingreso y 48 horas previas a tigeciclina, y aparición de hipoglucemia durante el tratamiento. Como factores de riesgo de hipoglucemia se recogió sepsis grave, deterioro de la función renal y los aportes de glucosa durante la hipoglucemia. Se consideró hipoglucemia valores inferiores a 70 mg/dl (diabéticos) y a 55 (no diabéticos). Se recogió el valor de la hipoglucemia, los días de tratamiento con tigeciclina hasta su aparición, los aportes de glucosa y si había deterioro de la función renal. Los datos se analizaron con STATA12®.

RESULTADOS: Se incluyeron 66 pacientes, 66,7%(54,0-77,8) hombres, con una edad media de 66 (60,4-70,9) años. El 27,3%(17,0-39,6) padecían DM, siendo en el 66,7%(41,0-86,7) de tipo 2. El 24,2%(14,5-36,4) presentó ERC, el 16,7%(8,6-27,9) hepatopatía y el 40,9%(29,0-53,7) neoplasias activas. El 30,1%(19,2-43,0) sepsis grave. Ningún paciente recibió fármacos considerados hipoglucemiantes con grado alto de evidencia durante el ingreso. La mediana de duración de tigeciclina fue de 9 días (6,0-14,0). El valor medio de la glucemia al ingreso fue de 125,0 mg/dl(111,3-138,7). En el 15,4%(7,6-26,4) de los pacientes se produjo hipoglucemia. Ninguno la presentaba 48 horas previas a tigeciclina. El valor medio de la hipoglucemia fue de 48,4 mg/dl(38,5-58,4). La mediana de tratamiento hasta aparición fue de 4,5 días. El 50%(18,7-81,3) de pacientes con hipoglucemia presentó deterioro del valor de creatinina durante la hipoglucemia, existiendo una diferencia significativa con respecto a los pacientes sin hipoglucemia 15,8%(6,0-31,2) ($p=0,02$). El valor medio de este deterioro en pacientes con hipoglucemia fue del 19,5%(-0,4-39,4) de la tasa de filtración glomerular. El 10,0%(0,25-44,5) de los pacientes presentó sepsis grave. Los aportes de glucosa durante la hipoglucemia fueron inferiores a 100 g en el 11% de los pacientes.

CONCLUSIONES: La frecuencia de aparición de hipoglucemia en los pacientes de nuestro estudio fue del 15,4%. El deterioro del valor de creatinina el día de la aparición de hipoglucemia mostró una relación significativa con la aparición de hipoglucemia. A pesar de que no podemos establecer la relación entre el tratamiento con tigeciclina y la aparición de hipoglucemia debido a la metodología del estudio, resulta interesante permanecer alerta ante su posible aparición.

997. HIPOPOTASEMIA ASOCIADA AL USO DE FOSFOMICINA INTRAVENOSA

AUTORES: García Soler JI, Pareja Rodríguez de Vera A, Mateo Carmona J, de la Rubia Nieto A, González Lozano E, Ruiz Jiménez MDM.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120. Murcia. España

OBJETIVOS: Publicaciones recientes destacan la hipopotasemia como evento asociado a la administración de fosfomicina intravenosa (FIV). El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de hipopotasemia en pacientes tratados con FIV, y seleccionar a posibles candidatos para realizar un seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, de marzo de 2015 a marzo de 2016. Se incluyeron pacientes en tratamiento con FIV durante más de 5 días. La información se obtuvo a través del programa de prescripción electrónica y del programa informático de historias clínicas SELENE®. Datos recogidos: edad, sexo, dosis de fosfomicina, enfermedad cardiovascular (ECV) previa, suplementación parenteral y oral de potasio (K) al día, tiempo de tratamiento (días), concentración plasmática de K (mEq/L), medicación concomitante que eleve o descienda el nivel de potasio. Se consideró el grado de hipopotasemia según los Criterios Comunes de Terminología para Eventos Adversos v4.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 26 pacientes, con una edad media de $66,3 \pm 13,5$ (rango 26-90). Se analizaron 32 prescripciones. La dosis media administrada de fosfomicina fue de $10,9 \text{ g} \pm 4,4$ al día y una duración mediana de 7,0 (P25 = 4,5; P75 = 10,5) días. La hipopotasemia se observó en un 43,7% (13/32) de los episodios, apareciendo grado 1 (3-3,5 mEq/L) en un 53,8% (7/13), grado 3 (2,5-3 mEq/L) en un 38,4% (5/13) y grado 4 (

En el 75% (24/32) de los episodios hubo ECV previa, de los cuales 43,5% (10/23) desarrollaron hipopotasemia. Del 25% (8/32) sin ECV, un 37,5% (3/8) desarrollaron hipopotasemia.

De los casos con hipopotasemia estudiados el 92,3% (12/13), recibieron simultáneamente fármacos que pueden reducir los niveles de potasio (diuréticos tiazídicos, sulfonamidas, cetuximab) y el 61,5% (8/13) de ellos recibieron fármacos que incrementan los niveles de potasio (IECA, ARAlI, digoxina o ahorradores de potasio). De los 13 episodios de hipopotasemia, un 53,9% (7/13) llevaron suplementación de potasio.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio se ha observado un elevado porcentaje de hipopotasemia en pacientes tratados con FIV y ECV previa, que es superior a la recogida en otros estudios publicados.

A pesar de que más de la mitad de los casos llevaba suplementos de potasio y medicación que incrementaba sus niveles, se observó la aparición de hipopotasemia. Desde el Servicio de Farmacia sería necesario un seguimiento más estricto de esta alteración electrolítica en aquellos pacientes con patología ECV y en tratamiento con fármacos que disminuyan los niveles de potasio.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

554. ICTUS ASOCIADO AL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: Sánchez Serrano JL, Tenias Burillo JM, Zamora Ferrer E, Gómez LLuch MT, Proy Vega B, Heredia Benito M. Hospital Mancha Centro. Avenida de la Constitución 3. Ciudad Real. España

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 la asociación entre el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y su asociación con el ictus 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). Los pacientes fueron evaluados por consumo de antiinflamatorio, dosis y tiempo de exposición.

RESULTADOS: El consumo de antiinflamatorios no esteroideos en general no está asociado al riesgo de sufrir un ictus (RR 1,05; IC95% 0,85 a 1,18; p < 0,001). Sin embargo este riesgo si se muestra con el diclofenaco (RR 1,88; IC95% 1,6 a 2,22; p < 0,001), el ibuprofeno solo a dosis mayores de 1.800 mg (RR 1,55; IC95% 1,25 a 1,92; p < 0,001) y en los coxibs (RR 1,35; IC95% 1,13 a 1,16; p < 0,001), en los demás antiinflamatorios no se observó aumento de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES: Diclofenaco, ibuprofeno a dosis altas y los coxibs tienen incrementado el riesgo de sufrir un ictus, por lo que estos fármacos se deberían usar con precaución, sobretodo en pacientes con alto riesgo cardiovascular, no debiéndose tomar durante tiempos prolongados ni a dosis altas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

915. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA MEDIANTE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS

AUTORES: CASTRO VIDA MA, ÁVILA CABRERA F, URDA ROMACHO J, MARTOS ROSA A, GONZÁLEZ VAQUERO D, PEDROSA CARMEN H.

AGENCIA SANITARIA PONIENTE. CTRA ALMERIMAR S/N. Almería. España

OBJETIVO: Identificar y Priorizar los riesgos que pueden generar eventos adversos (EA) en el área de Farmacotecnia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se constituyó un grupo de trabajo formado por responsables de diferentes actividades del Área y/o profesionales que participan en ellas en un hospital comarcal. El Referente de Seguridad del Paciente del Área asumió la coordinación, el soporte metodológico y la logística. La herramienta de evaluación del riesgo empleada fue el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Como medio de comunicación se emplearon sesiones presenciales y correo electrónico. Para identificar los EA, fallos y causas se diseñó una parrilla de trabajo. Para priorizar los riesgos identificados se elaboró una guía de apoyo. Se realizó la Ponderación Individual de los Fallos valorando Gravedad (G) del evento y Frecuencia (F) de aparición del fallo. Se puntuó la G del 1 al 10 (1 sin consecuencias-10 muerte). Se valoró la F (probabilidad de ocurrencia) del 1 al 10 en función de la experiencia de los profesionales. Se obtuvo el Índice de Prioridad de Riesgos (IPR=GxF). Se calcularon puntuaciones medias por fallo en cada criterio de valoración (G y F). Se calculó el IPR para cada fallo. No se valoró detectabilidad. Se ponderó el criterio de Criticidad (metodología AMFEC). Se obtuvieron los listados de priorización en función de IPR y de criticidad, seleccionando los fallos con IPR >10 y con criticidad > 3.

RESULTADOS: El grupo de trabajo se constituyó con 6 Especialistas en Farmacia Hospitalaria (FH), incluidos el Referente de Seguridad y el Director, 2 Residentes de FH, y la coordinadora de Técnicos de Farmacia. Para la elaboración del catálogo de EA, fallos y causas se realizó una sesión conceptual y metodológica sobre la identificación de riesgos y la elaboración del catálogo. En la segunda sesión se inició la identificación mediante ☐brainstorming☐. Cada participante trabajó en la elaboración del catálogo, para finalizarlo y remitirlo al coordinador para su puesta en común. Con la información recogida se elaboró el catálogo con los eventos, fallos y causas identificadas que podrían ocurrir en cada actividad. Se identificaron 16 fallos, asociados a 19 EA y 23 causas. Se calculó el IPR para cada fallo, obteniéndose un IPR entre 4 y 14. Los fallos priorizados con IPR > 10 fueron 5. Por criticidad se seleccionaron 4 fallos, coincidentes 2 con los priorizados por IPR.

CONCLUSIONES: Mediante una metodología de calidad como el AMFE hemos identificado y priorizado los riesgos sobre los que establecer actuaciones de prevención. Los fallos que pueden ocurrir en Farmacotecnia se caracterizan principalmente por su gravedad, con errores de posología, errores en cálculos, en la elaboración o en identificación. El AMFE es una herramienta proactiva para identificar aspectos vulnerables de procesos complejos, de alto riesgo, como ocurre en este área, y generar acciones para contrarrestarlos antes de que resulten en EA. Todo nuestro esfuerzo ha concienciado a los profesionales del equipo, de la importancia de la seguridad del paciente en todas las actividades que realizamos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

658. IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO CON FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA EN PACIENTES AMBULATORIOS

AUTORES: Ribes Artero H, Solana Altabella A, Martín Cerezuela M, Canales Gemir JM, López Briz E, Poveda Andrés JL.

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE. Avinguda de Fernando Abril Martorell, nº 106. Valencia. España

OBJETIVOS: Evaluar la idoneidad de los tratamientos con fentanilo de liberación rápida (FLR) en los pacientes ambulatorios de nuestro Departamento.

MATERIAL Y MÉTODOS: La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana, de acuerdo con los programas de revisión farmacoterapéutica (REFAR) en curso, revisó los tratamientos prescritos con FLR en nuestro Departamento por parte de facultativos hospitalarios y de atención primaria. La idoneidad del tratamiento se determinó de acuerdo con 4 condiciones: posología no superior a 3 unidades/día, duración del tratamiento inferior a 90 días, indicación para dolor irruptivo oncológico y existencia de tratamiento opioide de liberación sostenida de base. Con esta información se cumplimentó un informe farmacoterapéutico estándar proporcionado por la Dirección General, formulándose uno por cada paciente.

RESULTADOS: Se identificaron 103 pacientes, para los cuales se cumplimentaron 40 informes dirigidos a 32 médicos prescriptores. Un 52% no cumplió con la indicación para dolor irruptivo, mientras que un 90% presentó una duración excesiva, y un 42% de los pacientes recibió más de 3 tomas diarias. Un 52% no tenía ningún tratamiento de base o éste no era el adecuado. Los informes fueron trasladados a los facultativos prescriptores para su valoración e instauración de cambios en los tratamientos o justificación de su continuación. Del total de 40 informes tramitados, 13 (32,5%) fueron remitidos al Servicio de Farmacia. De los informes remitidos, 10 prescripciones fueron modificadas siguiendo las indicaciones del farmacéutico. En 2 pacientes se modificó el diagnóstico, en 1 la dosis de FLR, en 4 pacientes el tratamiento de base, en 2 se instauró tratamiento de base, en 2 se interrumpió el tratamiento de FLR y en uno se cambió la forma de liberación rápida por morfina oral. Las indicaciones farmacéuticas totales fueron 131, siendo la tasa de respuesta del 9,2%.

CONCLUSIÓN: La prescripción de FLR en nuestro Departamento se aleja de criterios de idoneidad. Se haría necesaria la formación de los clínicos hospitalarios y de atención primaria acerca del uso racional de FLR.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

37. IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF TREATMENT PROTOCOLS USING HIGH-ALERT MEDICATIONS IN CRITICALLY ILL PATIENTS

AUTORES: CUESTA LÓPEZ I, SÁNCHEZ CUERVO M, CANDELA TOHA Á, BENEDÍ GONZÁLEZ J, BERMEJO VICEDO T. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. Carretera Colmenar Km 9,1. Madrid. España

PURPOSE: High-alert medications are defined as medications that are very likely to cause severe patient harm or death when used incorrectly. Thus, high-alert medications are a priority issue in expert recommendations for improving the clinical safety of patients. The standardization of high-alert IV drug concentrations and dosage units is among the recommended safety practices.

The objectives of this study were:

- To select high-alert medications used in the treatment of critically ill patients, develop a protocol for their use, and centralize their preparation in the Pharmacy Department.
- To assess the impact of the implementation of protocols and the centralisation of the preparation on the safety of treatment by comparing the rate of medication errors (ME) detected during prescription, validation, and the management of medication administration records (MAR).

MATERIALS AND METHODS:

In the first phase, a multidisciplinary working group was created to select the drugs to be included in the protocol and to standardize preparation.

The second phase addressed the centralized preparation of IV mixtures (IVM) and the dissemination of the project. In the final phase, we conducted a prospective study on the implementation of different protocols. Data were collected and underwent statistical analysis to measure the impact of IVM protocols on the safety of treatment of critically ill. The study comprised a pre-implementation phase, an implementation phase, and a post-implementation phase.

RESULTS: The following vasoactive drugs (VAD) were selected: adrenaline, dobutamine, dopamine, nitroglycerin, and noradrenaline. The following IVMs were included in the protocol: adrenaline 0,016 mg/L, dobutamine 2 mg/mL, dopamine 2 mg/mL, nitroglycerin 0,2 mg/mL, and norepinephrine 0,2 mg/mL. All IVMs were diluted in glucose 5%. The protocols were implemented in the hospital ICUs and later extended to other medical services.

There was a statistically significant decrease (86.24% vs 77.94%; $P = 0.033$) in MEs after the intervention. The measures led to a statistically significant decrease in prescribing errors of 55.89% and in validation errors of 68.05%. In both cases, the greatest decrease in errors involved incorrect diluents, incorrect dilution volumes, or failure to include diluent in the prescription, to which must be added dosage errors in the case of validation errors. There were also statistically significant decreases in MAR errors of 78.75% and a very significant decrease in preparation errors (53.5% vs 10.6%).

CONCLUSIONS: The implementation of protocols for the preparation of VAD and the centralization of their preparation decreases variability in the management of these drugs in clinical practice. These protocols are feasible to implement in hospital settings and lead to significant decreases in prescription, validation, and MAR errors.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

921. IMPACTO DEL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES VERSUS ANTAGONISTAS H-2 EN LA EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN

AUTORES: NIEVES SEDANO M, CARO TELLER JM, FERNÁNDEZ REDONDO D, ORTIZ PÉREZ S, GONZÁLEZ SEVILLA M, FERRARI PIQUERO JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. Avda. de Córdoba, s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Erlotinib y gefitinib son inhibidores de la tirosin quinasa (TKIs) aprobados para el tratamiento del carcinoma de pulmón no microcítico. Aunque es sabido que el aumento del Ph gástrico disminuye la solubilidad de estos fármacos, es escasa la bibliografía que demuestra la repercusión clínica de este hecho. Hemos encontrado que el uso concomitante de estos TKIs con antiácidos (ASs) disminuye la supervivencia libre de progresión (SLP) y consecuentemente su efecto tal y como se ha expuesto en ASCO 2016. El objetivo del presente estudio es comparar si el tipo de antiácido (inhibidores de la bomba de protones (IBPs) vs. antagonistas del receptor de histamina 2 (Anti-H2)) administrado conjuntamente con TKIs afecta a la SLP.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes tratados durante ≥ 1 semana con erlotinib o gefitinib desde Enero 2012 hasta Diciembre 2015 y que estuvieran a su vez en tratamiento con ASs. Se definió uso concomitante con ASs cuando las fechas de prescripción se solapaban $\geq 20\%$ con la duración de tratamiento del TKI. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), diagnósticas (estadio de la enfermedad, histología, existencia de metástasis cerebrales, ECOG al inicio, presencia de mutación EGFR) y terapéuticas (línea de tratamiento y SLP). La identificación de los pacientes y recogida de las variables se realizó utilizando el programa de dispensación a pacientes externos FARHOS® y el de prescripción-historia electrónica HP-HCIS®. Para el cálculo de la SLP se utilizó el método de Kaplan Meier.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 118 pacientes, con una edad media de 71 años siendo el 63,56% (n=75) hombres. El 72,03% (n = 85) recibió de forma concomitante con el TKI un IBPs, mientras que el 27,97% (n=33) restante recibió un Anti-H2. El estadio predominante al inicio del tratamiento fue metastático en el 88,98% (n=105). El 56,78% (n=67) presentaba un diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón y la presencia de metástasis cerebrales se observó en el 20,34% (n=24).

La mediana de la escala ECOG al inicio del tratamiento fue la misma (ECOG=1) tanto en el grupo con IBPs como Anti-H2, y la presencia de mutación EGFR fue similar en ambos grupos (23,53% vs. 24,24%).

En ambos grupos el tratamiento con el TKI se utilizó de forma predominante como tercera línea o superior (52,94% IBP vs. 45,45% Anti-H2). El principal motivo que llevo a la suspensión del tratamiento en los dos fue la progresión de la enfermedad (90,59% IBP vs. 84,85% Anti-H2)

El valor de la mediana para la SLP en pacientes con IBP vs. Anti-H2 fue de 84 días (95% IC, 61-101) vs. 80,5 días (95% IC, 56-163) respectivamente. Debido a estos resultados no se realizó contraste formal de hipótesis entre los dos tipos de antiácidos

CONCLUSIÓN: Este estudio sugiere que la efectividad de los TKIs en función del tipo de antiácido con el se coadministre no acaba afectando de forma directa a la evolución de la enfermedad, ya que en nuestra muestra no se observan diferencias significativas en la eficacia de los TKIs estudiados cuando su administración se asocia tanto a IBPs como a Anti-H2

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

578. IMPACTO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE NUEVAS MEDIDAS EN LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS

AUTORES: FERNANDEZ GARCIA MI, CANOREA DIAZ F, LUNA PEREDA E, PERIAÑEZ PARRAGA L, SASTRE MARTORELL ML, PERELLO ALOMAR C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. Ctra. Valldemosa, 79. Islas Baleares. España

OBJETIVO: Tras la publicación de la lista NIOSH en 2014 se han identificado los medicamentos peligrosos que con anterioridad se preparaban en las unidades de hospitalización y cuya elaboración conlleva riesgo para el personal manipulador. El objetivo es evaluar el impacto de las nuevas preparaciones en el Servicio de Farmacia, tanto en las cabinas de flujo laminar (CFL) como en el laboratorio de farmacotecnia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 6 meses de duración (octubre 2015 a marzo 2016) realizado en un hospital de tercer nivel que incluyó las preparaciones de medicamentos incluidas en las listas 1 y 2 de la NIOSH, consideradas peligrosas que se han incorporado a su preparación en el Servicio de Farmacia; por cuestiones de seguridad para el personal manipulador y/o por la presentación farmacéutica se ha incluido también Oxitocina, que está en la lista 3.

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica Millenium (Cerner®); el programa de prescripción Farmis (IMF®) y el número de preparaciones registradas de una base de datos propia de Excel®. Para la evaluación del impacto sobre la carga de trabajo se contabilizaron las nuevas preparaciones realizadas por las normas.

RESULTADOS: Para dar cumplimiento a la preparación según las recomendaciones NIOSH fue necesario iniciar en Farmacia la preparación de 6 medicamentos parenterales y 2 soluciones orales comerciales que pasan a reconstituirse en Farmacia, que no se preparaban anteriormente. Cuantitativamente, esto ha supuesto la preparación de 851 preparaciones parenterales nuevas y 6 soluciones orales en 6 meses. Las preparaciones nuevas correspondieron a los siguientes medicamentos: Micofenolato (383), Oxitocina (370), Ciclosporina (66), Tacrolimus (22), Flucitosina (12), Valgaciclovir solución oral (5) y Micofenolato solución oral (1), que corresponden a los Servicios de : Ginecología (43 %); Hematología (29 %); Medicina Intensiva de adultos (14 %); Reanimación (5 %); Medicina Interna (4 %); Nefrología (4 %) y Pediatría (1 %).

CONCLUSIONES: La realización de las preparaciones por parte del servicio de farmacia ha supuesto una disminución del riesgo de exposición del personal de las unidades hospitalarias a los medicamentos de la lista NIOSH y el cumplimiento de los estándares de protección del personal manipulador en la preparación de medicamentos peligrosos en los hospitales, pero también un aumento de trabajo en el Servicio de Farmacia que ha requerido nuevos recursos personales.

Es necesario extremar las condiciones de protección del personal en el Servicio de Farmacia, al asumir toda la preparación de medicamentos peligrosos del hospital.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

25. IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA A PARTIR DE LA DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES: MERINO MÉNDEZ R, PÉREZ MIRAS AM, TERRÉ BOLIART R, CURIÀ CASANOVAS FX, USTRELL OLARIA A, HEREDERO ARRANZ MP.

INSTITUT GUTTMANN. Camí de Can Ruti S/N. Barcelona. España

OBJETIVO: Identificación de las medidas de mejora más relevantes que se han establecido en nuestro hospital a partir de la declaración voluntaria de errores de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo llevado a cabo en un hospital de neurorehabilitación de 120 camas. Se han revisado todos los errores de medicación declarados en los últimos 5 años (2011-2015). Esta notificación, que es voluntaria y anónima, se realiza a través de la cumplimentación on-line de una hoja de recogida de datos elaborada por la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Las principales variables registradas son: número de historia, gravedad, medicamento implicado, causas, propuestas de mejora y personal notificador. La gravedad de los errores se ha categorizado según el ☐ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention ☐: error potencial (A; circunstancia con capacidad de causar error), error sin daño (B; no llega a paciente, C; llega a paciente sin lesión, D; llega a paciente sin lesión pero precisa monitorización), error con daño (E; se precisa tratamiento y causa lesión temporal, F; se precisa hospitalización y causa lesión temporal, G; causa lesión permanente, H; causa situación cercana a la muerte) y error mortal (I). Posteriormente, el Comité de Farmacia del hospital valora los errores y establece medidas de mejora para garantizar el uso seguro del medicamento.

RESULTADOS: Se han notificado 311 errores de medicación. Del total, el 30.87% (n=96) se ha clasificado en un nivel de severidad tipo C, el 28.30% (n=88) en tipo B, el 20.58% (n=64) en tipo A, el 16.72% (n=52) en tipo D, el 2.89% (n=9) en tipo E y el 0.64% (n=2) en tipo F. Las causas de estos errores han sido: el 44.65% (n=142) se ha relacionado con la prescripción, el 35.59% (n=110) con la administración, el 8.49% (n=27) con la dispensación, el 1.89% (n=6) con la validación y el 10.38% (n=33) con otras causas. Se ha de tener en cuenta que algunos de los errores declarados son de causa multifactorial. Las medidas de mejora más importantes que se han implantado en nuestro programa de prescripción a partir de esta declaración de errores han sido: desarrollo de un sistema de mensajería entre farmacia-enfermería (permite aclarar dudas sobre dosificaciones y sobre administración de medicamentos por sonda o por vía intravenosa), desarrollo de un sistema de codificación de alergias (permite identificar medicamentos a los que un paciente es alérgico y mostrar alarmas cuando el médico los prescribe), informatización de todo el circuito de control de estupefacientes (adquisición, dispensación, administración y elaboración del libro electrónico de contabilidad). Además, está prevista la elaboración de un circuito de conciliación de la medicación al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES: La notificación de errores de medicación por parte de todos los profesionales sanitarios, es un factor clave para garantizar el uso seguro del medicamento. Las medidas establecidas a partir de esta declaración mejoran la calidad del proceso asistencial de todos nuestros pacientes. Estudios futuros deberán evaluar el impacto que han tenido estas mejoras en la minimización de errores de medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

452. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA ESTANDARIZADO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICAS

AUTORES: GARIN ESCRIVÁ N, SOLÉ FABRE N, JUSTO LÓPEZ A, GRACIA MERCADÉ C, CAMPOS BAETA Y, FONTS SERRA N.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. Avda. Sant Antoni M. Claret, 167. Barcelona. España

OBJETIVOS: Los problemas relacionados con la medicación (PRM) constituyen un riesgo para la salud de los pacientes ingresados, así como un incremento del coste del ingreso. Ya que estos problemas pueden prevenirse, es importante considerar aquellos factores con un mayor riesgo asociado. En este contexto, se implanta y se evalúa un programa estandarizado de atención farmacéutica con el objetivo de caracterizar a los pacientes de las áreas médicas, describir los PRMs en este ámbito y analizar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional y descriptivo, conducido en un hospital universitario de tercer nivel (marzo-mayo 2015). Se implantó un programa estandarizado de atención farmacéutica en los pacientes ingresados en unidades médicas (Medicina Interna, Geriátrica, Digestivo, Neumología, Neurología/Neurocirugía). El programa de atención farmacéutica incluyó: conciliación de la medicación habitual, revisión de la pauta al ingreso, validación crítica de las prescripciones, seguimiento de fármacos de estrecho margen o casos clínicamente relevantes y resolución de consultas por el equipo asistencial. Estos procesos incorporaron: comprobación de alergias y parámetros alterados de la analítica, así como el ajuste del tratamiento por aclaramiento renal (fórmula Cockcroft-Gault). También se recogieron otras variables relevantes: edad, sexo, número de ingresos en el año anterior, procedencia, número de medicamentos, número de patologías crónicas, entre otras. El registro de la actividad farmacéutica se hizo mediante la utilización de la clasificación del PCNE DRP (V6) de PRM. Al ser un estudio que analiza datos de la actividad clínica habitual no requirió la revisión por el Comité Ético del Hospital.

RESULTADOS: Se registraron 416 pacientes durante el periodo evaluado, con una edad media de 70,8 años (DE:15,2 años) siendo un 48,8% mujeres. Un 44,7% de ellos habían ingresado al menos una vez en el año anterior y un 9,1% provenían de centro sociosanitario. De la muestra, 88 individuos (21,2%) tenían alguna alergia. En cuanto a

la función renal, 53 pacientes (12,7%) tenían un aclaramiento de creatinina inferior a 30 mL/min y un 24,3% tenían un aclaramiento entre 30 y 60 mL/min. Los pacientes presentaban una media de 5,5 patologías crónicas y recibían una media de 7,9 medicamentos al ingreso.

Se detectaron 163 pacientes (39,2%) con PRM. La media de PRM en estos pacientes fue de 1,6 PRM/paciente. Los PRM más frecuentes fueron: toxicidad (32,45%), efecto no óptimo de la terapia (21,9%) e indicación no tratada (15,5%). Las causas de los PRM más frecuentes fueron: problema farmacocinético que requiere ajuste (23,5%), dosis elevada (18,6%) e indicación no tratada (12,5%). El 92,89% de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con PRM fueron aceptadas, que condujeron a un cambio de dosis (58,5%) o discontinuación del medicamento (13,1%). Un 29,92% de los PRM fueron errores de conciliación al ingreso.

CONCLUSIONES: El perfil de los pacientes atendidos en unidades médicas es de edad avanzada, pluripatológico y con polifarmacia. La presencia de PRM en estos pacientes es relevante. Un programa estandarizado de atención farmacéutica es capaz de detectar y describir PRMs, así como de conseguir una buena aceptación y resolución de los mismos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

481. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA INTEGRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE POTASIO

AUTORES: RODRÍGUEZ FERRERAS A, CARRILES FERNÁNDEZ C, LÁZARO LÓPEZ E, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L, VELASCO ROCES L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. Av. Roma s/n. Asturias. España

Identificación y diagnóstico: El Servicio de Nefrología refiere varios casos de utilización de protocolos de fluidoterapia con potasio en pacientes con hiperpotasemia. Tras esta advertencia, el Comité de Transformación Clínica, órgano multidisciplinar que decide los cambios que se implantan en la historia clínica electrónica, propone crear una alerta para prevenir este error en la prescripción.

Formulación y diseño: Desarrollar una alerta integrada en el sistema de prescripción electrónica que avise al prescriptor cuando pauta un aporte de potasio en un paciente con hiperpotasemia. El Servicio de Farmacia se encargará de revisar el correcto funcionamiento de la alerta, así como de evaluar su impacto durante el primer mes tras la activación.

Ejecución: El farmacéutico responsable del mantenimiento de la aplicación de prescripción electrónica (Millennium®) configura una alerta que advierte al médico cuando firma electrónicamente la prescripción de potasio, tanto por vía parenteral como oral, en un paciente con hiperpotasemia. Tras consultar con Nefrología se configura la alerta para que se active cuando el potasio en la última analítica sea mayor o igual a 6 mEq/L, siempre que ésta haya sido realizada en las 72 horas previas a la prescripción. La alerta se activa el 15 de marzo para todos los usuarios médicos y las siguientes áreas del Hospital: Medicina Interna, Urgencias, Críticos y Hospital de día. Si el médico ignora la alerta y prescribe la nueva indicación de potasio, el farmacéutico responsable de la validación deberá advertir al prescriptor del problema.

Evolución: Durante de primer mes de seguimiento la alerta se activó en 10 ocasiones. Todas se generaron al prescribir potasio por vía parenteral incluido en los protocolos de fluidoterapia. En 9 de las 10 alertas el médico aceptó la recomendación suspendiendo la prescripción de potasio, por lo que el grado de aceptación fue del 90%. Sólo en una ocasión el médico ignoró la alerta, pero tras la intervención farmacéutica suspendió el aporte de potasio. Las alertas registradas corresponden a Medicina Interna (6) y Urgencias (4). La mediana de los valores de potasio plasmático recogidos fue de 6,2 mEq/L (rango intercuartílico: 6,1 a 6,35).

Resultados y efectos: Los sistemas de alerta en la toma de decisiones clínicas pueden evitar errores de prescripción y reacciones adversas relacionadas con la medicación. En este caso, la alerta tuvo un 90% de aceptación. Para que estos sistemas sean útiles conviene optimizar el número de alertas para evitar el rechazo por parte de los usuarios. Se propone al Comité de Transformación Clínica modificar esta alerta para que advierta cuando el nivel de potasio sea mayor de 5,5 mEq/L y que avise, no sólo al médico en la prescripción o al farmacéutico en la validación, sino también a la enfermera cuando registra la administración de potasio. De esta forma se pretende evitar la administración de potasio en pacientes que presentan hiperpotasemia en el momento de la prescripción.

1042. INCREMENTO EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA: IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.

AUTORES: Revuelta Herrero JL, Romero Jiménez RM, Ortega Navarro C, Rodríguez González CG, Herranz Alonso A, Sanjurjo Sáez M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ Doctor Esquerdo, N° 46. Madrid. España

OBJETIVOS: La nutrición parenteral se ha calificado como un medicamento de alto riesgo por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP), y su uso incorrecto puede causar daños potencialmente mortales a los pacientes. Por tanto, se deben desarrollar estrategias dirigidas a aumentar la seguridad de su proceso de utilización.

OBJETIVO: evaluar el impacto de las mejoras en seguridad implantadas en el proceso de nutrición parenteral pediátrica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por un farmacéutico especialista, un farmacéutico residente, un auxiliar de enfermería, una enfermera y un especialista en seguridad, que actuó como facilitador. Se estableció el diagrama de flujo del proceso de nutrición parenteral pediátrica para el año 2000 y el año 2016, incluyendo los subprocesos de prescripción, transcripción al programa de elaboración, validación, elaboración y control de calidad. Se aplicó, de forma retrospectiva, la metodología de análisis modal de fallos, causas, efectos y criticidad (FMECA). En cada subproceso se definieron, mediante tormenta de ideas, los modos de fallo, causas y efectos. El índice de criticidad (IC) se calculó multiplicando la incidencia (1-10), la severidad (1-10) y la probabilidad de detección del error (1-10).

RESULTADOS: El proceso en el año 2000 incluía los subprocesos de prescripción manual, transcripción manual de la prescripción al programa informático de elaboración MedicalOneParenteral® (Medicalsoft-Inthercath), validación farmacéutica, preparación de la bandeja con los componentes, revisión de la preparación de la bandeja, elaboración en cabina de flujo laminar horizontal y control de calidad visual según los restos de productos. En 2016 se contaba con un software de prescripción electrónica asistida (PEA) FarHos® (Visual Limes), una interfaz de volcado automático de la prescripción mediante la conexión de la PEA con MedicalOneParenteral® y un control de calidad gravimétrico integrado con el programa de elaboración.

Para el proceso en el año 2000 se definieron un total de 23 modos de fallo, con un IC de 3186 puntos. Los subprocesos más críticos fueron la prescripción manual (1112), la transcripción del fax (530) y la elaboración (494). Se encontraron 11 modos de fallo de alto riesgo (IC>100). En el año 2016, el número total de modos de fallo fue de 22 y el IC se redujo a 1372 puntos (56,9%). Únicamente se identificaron 3 modos de fallo de alto riesgo. Las principales mejoras en seguridad se obtuvieron mediante la implantación de la PEA (111) y la interfaz de volcado automático (17). También observó una disminución de la criticidad del subproceso de elaboración (346), a expensas de su reducción en ciertos modos de fallo: error de dosificación (160 vs. 64), omisión de producto (126 vs. 84) y error de etiquetado (40 vs. 30).

CONCLUSIONES: La implantación de la PEA FarHos®, la interfaz de volcado y el control de calidad gravimétrico al proceso de nutrición parenteral pediátrica ha supuesto un aumento de la seguridad del paciente en términos de reducción de los riesgos asociados.

115. INFLUENCIA DE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO SOBRE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES: DOMINGO CHIVA E, Cuesta Montero P, Monsalve Naharro JÁ, Marco Del Río J, García Martínez EM, Valladolid Walsh A.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALBACETE.. CALLE HERMANOS FALCÓ, 37. Albacete. España

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Los errores de medicación (EM) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) son frecuentes, graves y previsibles. Conocer la incidencia de los EM en nuestro medio e implantar sistemas de mejora para intentar prevenirlos, es una prioridad para la mejora del proceso farmacoterapéutico en los pacientes críticos.

FORMULACIÓN Y DISEÑO: El farmacéutico se integró a tiempo completo en la actividad diaria del equipo multidisciplinar de una UCI del servicio de Anestesia y Reanimación con un total de 12 camas. El objetivo principal de nuestro estudio fue cuantificar y caracterizar los EM que se producen antes y después de la integración de un farmacéutico en una unidad de cuidados críticos. Los objetivos secundarios fueron: implantar un sistema de notificación de EM e implantar sistemas de mejora que permitiesen reducir los EM encontrados.

EJECUCIÓN: El proyecto, de un año de duración, se realizó en 3 fases:

-Primera fase: Estudio observacional prospectivo de un mes de duración para detectar los EM en la UCI de Anestesia y conocer la situación de partida antes de la intervención del farmacéutico.

-Segunda fase: Fase de intervención del farmacéutico, de 10 meses de duración.

-Tercera fase: Estudio observacional prospectivo de un mes de duración para detectar los EM tras la intervención del farmacéutico.

EVOLUCIÓN: -Primera fase: Se realizaron un total de 634 observaciones. Un 36,27% de las observaciones tuvieron algún tipo de EM. Clasificados según el tipo, se encontró que el mayoritario fue preparación errónea (39,6%) seguido de errores de prescripción (21,2%). Clasificados en función de la gravedad según las categorías establecidas por el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) se encontró que los mayoritarios fueron de Categoría C (61,6%).

-Segunda fase: El farmacéutico revisó la medicación de todos los pacientes ingresados en la unidad realizando las intervenciones oportunas relacionadas con la medicación (807 intervenciones). Además, se realizaron otras actividades asistenciales como: elaboración de guías de administración de medicación para estandarizar la práctica de enfermería 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 con la creación de un grupo gestor multidisciplinar para analizar los EM notificados, entre otras medidas.

-Tercera fase: Se realizaron un total de 626 observaciones. Un 5,9% de las observaciones tuvieron algún tipo de EM. Según el tipo, el mayoritario fue preparación errónea (50,0%) y según la gravedad, los más frecuentes fueron de Categoría C NCCMERP (68,4%).

RESULTADOS Y EFECTOS: La incorporación de un farmacéutico ha permitido reducir los EM en más de un 30%. Además, se ha conseguido implantar la figura del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar de atención al paciente crítico en la UCI de Anestesia. Esta incorporación facilita la detección de problemas relacionados la medicación, su resolución y la posibilidad de identificar áreas de mejora. Por otro lado, permite optimizar la farmacoterapia de los pacientes críticos puesto que sirve de apoyo y de punto de información sobre los medicamentos al equipo asistencial.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

105. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD

AUTORES: RIERA MOLIST N, ARIAS RIVERO M, SEVILLA SÁNCHEZ D, GONZÁLEZ BUENO J, MUNELL CASADESUS L, CODINA JANÉ C.

Servei de Farmacia, Consorci Hospitalari Vic. Carrer de Francesc Pla «El Vigatà» nº1. Barcelona. España

OBJETIVOS: evaluar la utilidad de la integración del farmacéutico en el equipo asistencial de un servicio de cirugía ortopédica y traumatología (COT), para la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el paciente hospitalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo realizado en un hospital comarcal a lo largo de seis meses (octubre 2015-marzo 2016), en el que se analizan las intervenciones realizadas por el farmacéutico en pacientes ingresados en el servicio de COT. El farmacéutico referente, realiza un seguimiento diario de los pacientes ingresados (pacientes quirúrgicos programados de todas las edades y los no quirúrgicos y quirúrgicos no programados menores de 86 años), en el que valora y consensua diariamente con un médico internista y el resto de médicos traumatólogos, diferentes aspectos relacionados con la farmacoterapia. Por una parte, comprueba la prescripción de la medicación habitual del paciente (conciliación al ingreso) y por la otra, revisa aquella que es precisa durante el proceso agudo; ambas pautas se adaptan diariamente, según situación clínica del paciente, antecedentes patológicos, resultados analíticos, constantes vitales, control del dolor (escala EVA) y estado nutricional (marcadores nutricionales e ingesta realizada). En los casos en los que el farmacéutico identifica discrepancias entre el tratamiento habitual registrado en la receta oficial y el prescrito, realiza una entrevista personal con el paciente para confirmarla y adecuarla a su situación clínica.

RESULTADOS: se identificaron 810 pacientes (altas hospitalarias), de edad media 58,93 años (IQR 45-76) y 50% hombres. El 26,54% fueron cirugías programadas (prótesis total de rodilla/cadera). Se realizó intervención farmacéutica en 247 pacientes (30,49%), con un total de 359 intervenciones por parte del farmacéutico, que pueden agruparse en: i) de conciliación: en 110 pacientes (13,58%) se detectó omisión parcial o total de su tratamiento habitual, de los cuales 63 pacientes fueron entrevistados por el farmacéutico; ii) de terapia secuencial: en 100 pacientes (12,35%) se sustituyó medicación intravenosa a oral; iii) de omisión de medicación necesaria relativa al proceso agudo: en 67 pacientes (8,27%) se omitió fármacos necesarios: feroterapia intravenosa (33 pacientes), heparina profiláctica de la trombosis venosa profunda (20 pacientes), insulina en pacientes diabéticos (6 pacientes), entre otros; iv) con posible riesgo de presentar efectos adversos: en 45 pacientes (5,56%) se prescribió medicamentos no indicados, posología

no adecuada, duplicidad terapéutica; v) de seguimiento analítico: en 27 pacientes (3,33%) el farmacéutico solicitó analítica. El 92% de las intervenciones relativas a seguridad se detectaron antes de llegar al paciente; de las que llegaron, no tuvieron consecuencias graves.

CONCLUSIONES: la integración del farmacéutico en el equipo asistencial de un servicio de COT, permite la identificación, prevención y resolución de problemas relacionados con la farmacoterapia en el paciente hospitalizado, lo que supone un aumento de la seguridad y proporciona una mejora de la calidad asistencial. El impacto que tiene la integración del farmacéutico en los servicios asistenciales y particularmente en un servicio de COT sobre la salud del paciente hospitalizado, debe ser objeto de estudio en trabajos futuros.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

363. INTERACCIONES FARMACEUTICAS DETECTADAS EN LA VALIDACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: PANADERO ESTEBAN MI, TOLEDANO MAYORAL G, GARCIA JIMENEZ L, MARTIN GOZALO EM, HERNANDEZ SEGURADO M, CASTILLO BAZAN E.

FUNDACION JIMENEZ DIAZ. AVDA REYES CATOLICOS Nº2 28040. Madrid. España

OBJETIVO: Análisis de las interacciones farmacéuticas detectadas en la validación de la prescripción médica electrónica a pacientes hospitalizados, durante un año, en un hospital de 600 camas

MATERIAL Y METODO: En el programa de prescripción médica electrónica de nuestro hospital no está totalmente desarrollado el sistema de ayuda a la prescripción, en concreto el módulo de interacciones no está implementado, y no se generan alertas ante una posible interacción. Con la validación médica, el farmacéutico revisa posibles interacciones de aquellos fármacos más conocidos según práctica habitual (inductores / inhibidores enzimáticos, fármacos que prolongan el intervalo QT, etc.). Aunque el acenocumarol puede presentar numerosas interacciones, se excluye porque la mayoría de pacientes están monitorizados y se va ajustando la dosis según inr. Cuando el farmacéutico detecta una interacción que considera que puede ser relevante, lo indica por escrito en el apartado de observaciones del fármaco prescrito. En las ocasiones en que la potencial interacción puede ser grave, se contacta con el médico prescriptor. El periodo de estudio es de un año (abril 2015-marzo 2016). En una tabla excel se registran los siguientes datos: medicamento, descripción de la interacción, Servicio, tipo de interacción, recomendación, resolución.

RESULTADOS: El total de interacciones farmacéuticas registradas en el periodo de estudio es 163 en 126 pacientes. El número de fármacos implicados es 45, destacando fármacos del SNC 31.9%, antibióticos 23.3% y estatinas 17.2% Las IF de tipo farmacodinámico son mayoritarias 77.3 %, siendo el resto de tipo farmacocinético. Las recomendaciones escritas por el farmacéutico han ido dirigidas a vigilancia 74,2%, monitorización 3,1%, modificación de dosis o tratamiento 19.7 % En este último caso 4.5% de la prescripción ha sido modificada o suspendida. En cuanto al resultado de la posible interacción, las consecuencias clínicas que más habitualmente encontramos es prolongación del intervalo QT un 39.9%, seguido de aumento de riesgo de miotoxicidad con 19 %, y riesgo de síndrome serotoninérgico un 8,6%

CONCLUSIONES: Al excluir el acenocumarol y las interacciones consideradas con baja relevancia, el número de interacciones es pequeño, si bien son las consideradas más importantes clínicamente.

Las interacciones más habituales se pueden seleccionar para desarrollar el modulo de interacciones del sistema informático, y generar alertas en un grupo de fármacos seleccionado y reducido, tratando de evitar la sobrecarga de avisos que muchas veces puede llevar a la indiferencia y a ignorar la alerta.

En vista de la baja respuesta en aquellas interacciones que requieren modificación de dosis o suspensión de uno de los fármacos, se propone hacer una hoja informativa y difundir el top ten de las interacciones más habituales y relevantes detectadas en nuestro análisis

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1033. INTERVENCIONES FARMACEUTICAS EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN NEONATOLOGIA

AUTORES: GÓMEZ MARTÍNEZ M, Gimenez Poderos T, Martínez de Ilarduya Bolado E, Gómez Esteban A, Lizama Gómez NG, Valero Dominguez M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. Av. Valdecilla S/N. Cantabria. España

OBJETIVO: Describir y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por residente de cuarto año durante su rotación en la unidad clínica de Hospitalización Neonatal en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de dos meses y medio de duración (del 1 de febrero al 15 abril de 2016) de las IF realizadas en la unidad clínica de neonatología.

Durante el periodo de estudio, el residente trabajó a tiempo completo integrado con el equipo médico, participando en el pase de visita diario, validando las órdenes médicas manuales y resolviendo las dudas relacionadas con el uso de medicamentos.

Se registraron los siguientes datos: fecha, número de pacientes ingresados, líneas de tratamiento validadas, nutriciones parenterales validadas, intervenciones farmacéuticas realizadas y aceptación o no de esas intervenciones. Se consideró IF toda aquella recomendación emitida cuando se detectaba error de prescripción o de administración, así como, cuando se proporcionaba información adicional sobre el tratamiento. Las intervenciones farmacéuticas fueron clasificadas según el medicamento y según el error de medicación detectado (siguiendo la taxonomía estandarizada de errores de medicación que establece el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento).

RESULTADOS: Se revisó el tratamiento de 21 niños al día de media, con un total de 1.759 líneas de prescripción (media 50,2 líneas al día) y 101 nutriciones parenterales (media 2,8 nutriciones al día).

Se realizaron 43 IF con una tasa de aceptación del 90,7% (n=39). Los medicamentos que fueron objeto de estas IF fueron: antibióticos (14/43), levotiroxina (7/43), cafeína (3/43) y otros (19/43).

Las causas más frecuentes de IF fueron: dosis incorrecta (16 IF/43), información adicional sobre el tratamiento (13/43) y frecuencia de administración errónea (8 IF/43). También se registraron otras IF como: técnica de administración incorrecta (1 IF/43), duración del tratamiento incorrecta (1 IF/30), medicamento erróneo (1 IF/43), velocidad de administración errónea (1 IF/43), monitorización insuficiente (1 IF/43) y forma farmacéutica errónea (1 IF/43).

Una de las IF realizadas tuvo una importante relevancia clínica, pues supuso evitar la administración de una dosis 10 veces superior a la indicada.

CONCLUSIONES: En este estudio, las IF se realizaron con más frecuencia sobre los antibióticos y la propuesta de cambio de dosis fue la intervención más frecuente.

La validación farmacéutica de las ordenes médicas, así como, su integración en el equipo asistencial, supuso una mejora importante en la optimización de la farmacoterapia, aumentando la calidad asistencial y la seguridad en el uso del medicamento.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

507. MEDICAMENTOS CON ALERTAS DE SEGURIDAD: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

AUTORES: GONZÁLEZ SEVILLA M, CARO TELLER JM, ORTIZ PÉREZ S, JIMÉNEZ CEREZO MJ, FERNÁNDEZ REDONDO D, FERRARI PIQUERO JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVENIDA DE CÓRDOBA S/N. Madrid. España

OBJETIVOS: - Calcular la frecuencia de prescripción de medicamentos con alertas de seguridad de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) en pacientes ingresados en un Hospital de tercer nivel.

- Determinar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre las prescripciones de éstos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, con intervención, en el periodo comprendido entre febrero y abril de 2016. Se incluyeron todos los pacientes ingresados que tuvieron prescritos medicamentos con alertas de seguridad de la AEMPS.

La identificación de los fármacos del estudio se realizó mediante una búsqueda en la página web de la AEMPS. Se seleccionaron todos aquellos con una alerta de seguridad publicada durante los años 2013, 2014 y 2015.

En el módulo de validación de la Historia Clínica Electrónica (HCIS®) se elaboró un filtro inteligente de búsqueda que detectaba la prescripción de cualquiera de esos fármacos en pacientes ingresados. La intervención farmacéutica en las prescripciones susceptibles de ello, se realizó mediante una nota en HCIS® en la que se indicaban las recomendaciones de uso dictaminadas por la AEMPS.

Las variables recogidas fueron: paciente, edad, sexo, servicio clínico a cargo y medicamento prescrito.

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio se detectaron un total de 1529 prescripciones de los medicamentos incluidos en el filtro. De éstas, 53 fueron susceptibles de intervención (3,47%).

De ese total de intervenciones, un 86,8% correspondió a metoclopramida. Se intervino también sobre hidroxizina (5,7%), cilostazol (3,8%), agomelatina (1,9%) y aliskirén (1,9%).

En cuanto a las prescripciones detectadas, el porcentaje de intervención por fármaco fue: aliskiren (100%), cilostazol (20%), agomelatina (10%), hidroxizina (6,4%) y metoclopramida (3,15%).

Por servicios clínicos, el mayor número de intervenciones fue: Digestivo (37,8%), Medicina Interna (30,2%), cardiología (7,55%), Traumatología (7,55%) y Cirugía General (3,8%).

En cuanto a la aceptación de las intervenciones, de las 53 realizadas, fueron aceptadas 21 (39.7%). Según el fármaco, el mayor número de intervenciones aceptadas fue: hidroxizina (100%), aliskiren (100%), metoclopramida (37%). Sin embargo, no se aceptaron las intervenciones en la agomelatina y el cilostazol.

CONCLUSIONES. La mayoría de las intervenciones realizadas durante el estudio corresponden a la metoclopramida, que es susceptible de intervención cuando la duración del tratamiento es superior a 5 días, exceptuando la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por radioterapia o quimioterapia.

Con respecto del total de prescripciones de metoclopramida, las detectadas fuera de las recomendaciones de la AEMPS se corresponden con un pequeño porcentaje.

La intervención farmacéutica, favorece la desprescripción y/o corrección de dosis de algunos fármacos que tienen una alerta de seguridad, ajustándose así a las recomendaciones o restricciones de uso hechas por la AEMPS.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

882. MEDICAMENTOS ORALES DE ALTO RIESGO DISPONIBLES Y CONDICIONES DE MANIPULACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES: GARCÍA SACRISTAN AA, GARCÍA PALOMO M, LABRADOR ANDUJAR N, MANZANO LISTA FJ, QUIROS AMBEL H, MARTINEZ SESMERO JM.

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. Avda. barber, 30. Toledo. España

OBJETIVO: La manipulación de los medicamentos biopeligrosos implica un riesgo para el personal sanitario que los manipula. El objetivo es identificar los medicamentos orales biopeligrosos (MOB) disponibles en el Hospital y las actividades del personal del Servicio de Farmacia (SF) que pueden dar lugar a exposición a los mismos, con la finalidad de mejorar su seguridad.

Metodología

Estudio de autoevaluación del manejo de los MOB en el SF de un hospital de tercer nivel.

Se identificaron y clasificaron todos los MOB utilizados en el Hospital (G1: citostáticos, G2: no citostáticos, G3: con efectos sobre la reproducción) según la lista del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)-2014. Para cada uno de los medicamentos aquí incluidos se recogió en la base de datos Microsoft Access-2007, la siguiente información extraída del programa de gestión Farmatools®: Disponibilidad en el hospital sí/no, forma farmacéutica, tipo de envasado (multidosis, Dosis Unitarias (DU) , manipulación en SF sí/no, y en caso afirmativo, tipo y condiciones de manipulación.

RESULTADOS: De acuerdo a la lista del NIOSH, se utilizan 80 MOB, disponibles en 152 presentaciones farmacéuticas distintas (51 G1, 59 G2 y 42 G3).

No se hace fraccionamiento de formas orales sólidas, ni se preparan dosis unitarias líquidas de ninguna de las 13 especialidades en solución/suspensión multidosis.

Los tipos de manipulación realizados en el SF con los MOB susceptibles de exposición en el manipulador son: el reenvasado de formas orales sólidas, la reconstitución de preparados multidosis en polvo y la elaboración de Fórmulas Magistrales (FM).

☐ Reenvasado en DU de formas orales sólidas

Se reenvasan 97(70,8%) de las 137 especialidades orales sólidas con MOB.

De estas, el 73,2% están comercializadas en blíster-no DU y se reenvasan sin desblistar en reenvasadora automática con guantes. El 26,8% restante está comercializado en envase multidosis: 19(73,1%) (15 G1, 4 G2) se reenvasan en DU tipo blíster en campana extractora con guantes, bata desechable y mascarilla FP3 y 7(26,9%) (5 G2, 2 G3) en iguales condiciones que los medicamentos no biopeligrosos, es decir, en reenvasadora automática con guantes.

☐ Reconstitución de preparados en polvo para solución oral

Los dos preparados en polvo para suspensión oral (ambos G2) se reconstituyen en campana extractora con guantes, mascarilla FP3 y bata desechable.

☐ Elaboración de FM

Por último, se han identificado 9 FM para administración oral elaboradas en el SF con MOB, partiendo de medicamentos comercializados o materia prima: 5 (3 G1, 1 G2 y 1 G3) se preparan en campana extractora, con guantes, bata desechable y mascarilla FP3 y 4 (2 G2 y 2 G3), en iguales condiciones que los medicamentos no biopeligrosos, con guantes.

CONCLUSIONES: Nosotros hemos identificado 137 MOB utilizados en el Hospital tomando como referencia la lista del NIOSH. Es recomendable completar esta lista con otros MOB no incluidos en el NIOSH, así como mantenerla actualizada con los nuevos medicamentos.

Además hemos identificado las actividades susceptibles de exposición en el manipulador, y las condiciones en que se realizan estas actividades. La protección del personal debe adaptarse a cada una de ellas y quedar recogida en los procedimientos de trabajo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

873. MINIMIZANDO ERRORES EN NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES: PÉREZ ROBRES Y, GALLARDO LAVADO MDM, GARCÍA RODICIO S, MADRID GONZÁLEZ M, MORENO GARCÍA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. C/ Dulzaina, 2. Valladolid. España

OBJETIVOS: Revisión de la adecuación de la práctica habitual a las recomendaciones sobre seguridad en nutrición parenteral (NP) publicadas por la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN). Identificación de puntos optimizables y definición de medidas correctoras.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de las recomendaciones sobre seguridad en nutrición parenteral (NP) publicadas en marzo de 2014 por la ASPEN en relación a 1/prescripción, 2/validación de la orden de prescripción, 3/etiquetado, 4/elaboración y 5/administración de NP. Elaboración a partir de estas recomendaciones de un listado de 50 prácticas seguras aplicables en nuestro centro para la evaluación de la práctica habitual. Análisis de los datos obtenidos y establecimiento de las medidas correctoras.

RESULTADOS: La práctica habitual se adecua a las recomendaciones en 35/50 (72%; IC95%:59,6-84,4) prácticas seguras. Analizándolo por procesos los resultados obtenidos son: 1/ Prescripción: 8/14 (57%; IC95%: 31,2-83,1); 2/ Validación de la orden de prescripción: 9/10 (90%; IC95%: 81,7-98,3); 3/ Etiquetado: 4/6 (66,6%; IC95%: 44,9-88,4); 4/Elaboración: 6/8 (75%; IC95%:57,7-92,3); y 5/Administración: 8/12 (66,6%; IC95%:47,8-85,5). Se identifica la prescripción como el principal proceso optimizable, destacando en él, la información incluida en la historia clínica, la comprobación de la vía de acceso previa a la prescripción y la formación del personal implicado. En el Servicio de Farmacia (SF) se detectan como prácticas optimizables: establecer un doble chequeo independiente por triplicado (viales y jeringas pre- y post-elaboración y producto terminado), implementar un control de calidad gravimétrico, estandarizar el registro y análisis de los errores asociados a NP y establecer un sistema de evaluación de competencias del personal. En la administración, es necesario mejorar la identificación del paciente, el chequeo de la bomba de infusión y el registro en la historia clínica de la tolerancia a la NP.

Como medidas correctoras se proponen: dar una charla formativa sobre las prácticas seguras recomendadas a los facultativos prescriptores y el personal de enfermería implicado, actualizar en el SF el protocolo de elaboración de la NP, realizar un póster informativo para los controles de enfermería y establecer un sistema de auditoría semestral de las prácticas seguras definidas.

CONCLUSIONES: El establecimiento de prácticas seguras concretas permite evaluar la práctica habitual de forma rápida y sencilla e identificar puntos optimizables para minimizar los posibles errores asociados al uso de la NP. Se han detectado 15 prácticas seguras que deben ser implementadas en nuestro centro del total de las 50 establecidas. La formación en estas prácticas a todo el personal implicado y su posterior aplicación aumentará la seguridad del proceso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

473. NOTIFICACIONES AL SINASP ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

AUTORES: Fraile Clemente C, Navarro Dávila M, Morales Barrios A, Betancor Garcia T, Merino Alonso J, Plasencia García I.

HOSPITAL UNIV. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. Ctra. del Rosario, 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Estudio de las notificaciones de errores en el proceso de prescripción, transcripción, dispensación y administración asociados al uso de Nutrición Parenteral Total (NPT) en un hospital de tercer nivel, con el objetivo final de conocer el porcentaje de errores relacionados con la nutrición parenteral con respecto del total de notificaciones asociadas al uso de medicamentos en la base de datos correspondiente al sistema SINASP.

Materiales y Métodos.

Estudio retrospectivo de las notificaciones de errores asociados al uso de NPT registradas durante el año 2015 en el SINASP. Estas notificaciones fueron comunicadas tras la validación de la prescripción por el servicio de farmacia, clasificándose según la fase del proceso de asistencial al que afecte, y a su repercusión sobre el paciente.

RESULTADOS: El número total de notificaciones relacionadas con NPT fue de 6 (13,6%) de un total de 44 notificaciones relacionadas con medicamentos.

Los errores según la fase del proceso que afectaron fueron: 1 error de prescripción: dosis prescrita superior a lo recomendado para la edad, 1 error de transcripción: administración por vía inapropiada, 1 error de dispensación: administración a paciente equivocado y 3 errores de administración: administración a paciente equivocado, vía equivocada e hipoglucemia sintomática tras retirada brusca de la NPT.

Del total de errores, 5 llegaron al paciente: en dos ocasiones sin daño pero que conllevó un retraso de tratamiento, en dos ocasiones con daño moderado que requirió intervención médica y uno con daño grave (trombosis venosa profunda). El error de prescripción no llegó al paciente. La evolución de los pacientes fue favorable en todos los casos aunque en un caso hubo prolongación de la estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES: La nutrición artificial es considerada ampliamente en la bibliografía un medicamento de alto riesgo, por lo que debe estar sujeta a un estrecho seguimiento en todos los niveles del proceso asistencial.

Como medidas adoptadas se encuentra el doble chequeo de la orden médica y de la administración de la NPT por otro profesional hasta que se puedan implementar tecnologías que ayuden a minimizar el riesgo en estos procesos, revisión de los protocolos de dietas estandarizadas y adherencia a los mismos, revisión de los protocolos de monitorización y formación del personal implicado en su cumplimiento.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

297. OPTIMIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: ADAPTACIÓN A LA SITUACIÓN ACTUAL

AUTORES: Gil Candel M, Urbieto Sanz E, García Coronel M, Onteniente Candela M, Trujillano Ruiz A, Caballero Requejo C.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Analizar y actualizar las interacciones medicamentosas (IM) susceptibles de intervención farmacéutica en paciente hospitalizado en función de criterios de gravedad y nivel de evidencia

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó en un hospital general de 350 camas, que dispone desde 2011 de una selección de IM que precisan intervención del farmacéutico con el objeto de mejorar su eficiencia (Eur J ClinPharm 2013). Para su actualización se realizó una nueva revisión, independiente de la anterior, de todos los grupos farmacológicos en un tratado de farmacología actualizado (Flórez, J. (2013). Farmacología Humana 6ª ed.). Se aplicaron los mismos filtros que en la selección anterior: 1-fármacos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del hospital; 2-IM descrita con relevancia clínica en la AEMPS; 3-Gravedad confirmada en una base de datos de IM de calidad estructural contrastada (BOT). Se clasificaron las IM seleccionadas según el mecanismo de acción (farmacocinéticas o farmacodinámicas), el efecto esperado (aumento toxicidad, disminución eficacia) y el tipo de recomendación (evitar, modificar dosis o pauta, monitorizar). Se analizaron también los fármacos y grupos implicados así como su frecuencia. Posteriormente se compararon los resultados tomando como referencia la revisión anterior y clasificando las actuaciones como: mantener, eliminar, añadir o modificar.

RESULTADOS: Se seleccionaron un total de 47 IM consideradas graves y con alto nivel de evidencia, que afectaron a 52 principios activos (18 se mantuvieron de la revisión anterior, 5 se modificaron, 1 fue eliminada y 29 se añadieron). En el 25,5% de las IM añadidas estaba implicado algún fármaco comercializado después de la revisión anterior. Los fármacos más frecuentemente implicados en la IM seleccionadas fueron voriconazol (14,9%), inhibidores de la proteasa (14,9%), dabigatrán (10,6%) y acenocumarol (8,5%), siendo los grupos terapéuticos antitrombóticos, antimicóticos y antivirales responsables del 49% de la IM. Según su mecanismo de acción 77% fueron farmacocinéticas y 23% farmacodinámicas. Al analizar los potenciales efectos de las IM la mayoría suponían un aumento de la toxicidad de los fármacos (72,3%), y el 27,7% una disminución de la eficacia. El efecto adverso más destacado por su frecuencia fue el aumento de riesgo de hemorragia en tratamientos con anticoagulantes (23,4% del total de IM). La recomendación por parte del servicio de farmacia en el 59,5% de los casos sería evitar asociación y proponer una alternativa, en el 27,7% modificar la dosis y en el 12,8% realizar seguimiento clínico.

CONCLUSIONES: La actualización de la selección de IM con relevancia clínica se muestra, según nuestros resultados, imprescindible para orientar adecuadamente las intervenciones del farmacéutico dada la rápida evolución del arsenal farmacoterapéutico disponible (23,4% de nuevos fármacos entre las IM seleccionadas) y el aumento del conocimiento en los fármacos de uso habitual.

Casi la mitad de la IM seleccionadas implican a fármacos antitrombóticos, antimicóticos o antivirales, a los que será necesario prestar especial atención.

Por último, consideramos que la importante frecuencia del aumento de riesgo de hemorragia entre los efectos adversos potenciales, recuerda que puede ser un componente etiológico de las hemorragias que se producen a nivel hospitalario, debiéndose analizar siempre la presencia de IM en el tratamiento del paciente.

831. PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR FÁRMACOS

AUTORES: MARTÍN VEGA MA, GIMENEZ PODEROS T, FERNANDEZ CORDON A, SENRA AFONSO L, CRISTOBAL GU-TIERREZ H, VALERO DOMINGUEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. Av.Valdecilla nº25. Cantabria. España

OBJETIVO: Revisión y clasificación de los casos de pancreatitis aguda (PA) de origen medicamentoso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en el sistema de información de un hospital de tercer nivel, de los pacientes ingresados y codificados como PA asociada a efecto adverso por un medicamento en los últimos 10 años. Se revisó la historia clínica de cada paciente para obtener datos demográficos y medicamentos implicados en PA, así como para establecer una relación de causalidad: nivel A (relación definitiva), B (relación probable) y C (relación cuestionable). Los criterios utilizados para ello fueron: el desarrollo de PA durante el tratamiento con el fármaco sospechoso (1), la presencia de otros factores etiológicos (2), la desaparición de síntomas tras la suspensión del fármaco (3) y la recurrencia de PA tras la reintroducción del fármaco sospechoso (4); definidos por Mallory et al. (Ref: Drug-induced pancreatitis: a critical review. Gastroenterology 1980; 78:813-20)

RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes con una edad media de 59,6 años (8-85), 13 de los cuales eran adultos y 2 pacientes pediátricos.

Los medicamentos implicados por orden de frecuencia fueron Azatioprina (3), Hidroclorotiazida (2), Tramadol (1), Buprenorfina (1) derivado opiáceo sin especificar (1), ácido Valproico (1), Gemcitabina (1), Citarabina (1), Ciclosporina (1), Clopidogrel (1), Enalapril (1) y la combinación de Naproxeno/Esomeprazol (1).

Al establecer la relación de causalidad siguiendo los criterios definidos previamente, 14/15 pacientes desarrollaron PA durante el tratamiento con el fármaco sospechoso, aunque en 4/15 casos la etiología no era clara, no pudiéndose descartar otras causas. En todos los casos la PA desapareció tras la retirada del fármaco sospechoso y solamente a 2/15 pacientes se les indicó reintroducir el tratamiento, no desarrollando recurrencia en un caso y no siendo evaluable en otro, por fallecimiento del paciente debido a otra causa. Una vez aplicados los criterios de clasificación, 10/15 casos se clasificaron en la categoría B o probable, y 5/15 en la categoría C o cuestionable.

El periodo de latencia, o tiempo transcurrido desde el inicio de tratamiento y el desarrollo de PA, varió desde 1 semana a 6 meses en 7 casos; siendo el Ácido Valproico el fármaco con un periodo de latencia mayor. No fue posible determinar la latencia en los 8 casos restantes por no tener información de la fecha de inicio de tratamiento.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los resultados obtenidos, la PA asociada a medicamentos ocurre con poca frecuencia y es difícil establecer una relación de causalidad directa por no cumplirse el criterio (4) en la mayoría de los casos.

Existe una amplia variedad de medicamentos para los que está documentada la posibilidad de causar PA. Otros, como Gemcitabina, Clopidogrel, Tramadol y Buprenorfina no están recogidos en la fuente secundaria consultada (Ref: Badalov N et al. Drug-induced acute pancreatitis: an evidence-based review. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2007; 5 648-61).

Es importante destacar que el periodo de latencia puede variar ampliamente dependiendo del fármaco implicado.

El desenlace fatal que puede suponer la PA pone de manifiesto la importancia de notificar los eventos adversos asociados a medicamentos.

361. PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN.

AUTORES: Nogales Rey G, Vico Garcia V, Egués Lugea A, Castro Fiuza MJ, González De la Rosa C, González Avilés C. Hospital Universitario del Henares. Av. Marie Curie s/n. Madrid. España

OBJETIVO: Describir el perfil de errores de medicación detectados y prevenidos por el personal Técnico de Farmacia, identificando los errores típicos más frecuentes así como la severidad de los mismos.

Los errores de medicación representan entre el 8-10% de los ingresos Hospitalarios, siendo según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística una de las principales causas de muerte en España, excluyendo las debidas a enfermedad. Por tanto, la seguridad del paciente y más en concreto, la detección de errores de medicación, constituye uno de los principales retos para personal sanitario implicado en el proceso de uso racional del medicamento

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado entre Noviembre 2015 y Marzo 2016 (5 meses). Los errores detectados fueron registrados sistemáticamente en una base de datos Excel® previamente validada por el Farmacéutico. Se recogieron las siguientes variables de medida: datos del paciente, medicamento implicado, área en la que se detecta el error, origen, tipo y causa del error. Del mismo modo, se registraron las consecuencias del error en el paciente.

RESULTADOS: Se registraron un total de 20 errores de medicación. La mayoría de ellos fueron detectados en las áreas de pacientes externos (45%) y gestión de medicamentos en áreas de hospitalización (30%). Los errores detectados se clasificaron como: forma farmacéutica errónea (35%), error de dosificación (30%), no administración del medicamento prescrito (20%), selección inapropiada del medicamento (5%), error de almacenamiento (5%) y error en la preparación (5%). La isoapariencia y la falta de cumplimiento o procedimientos de trabajo establecido fueron las principales causas de errores de medicación (30% en ambos casos). Otras causas de error fueron: problemas con los equipos y dispositivos de dispensación/preparación/administración (10%) y fallos de interpretación de la prescripción médica (10%). En la mayoría de casos el error se produjo pero no alcanzó al paciente (70%) mientras que en un 30% el error llegó al paciente. Sin embargo, únicamente en 16,7% requirió intervención o monitorización clínica. En un 35% de los errores detectados el medicamento implicado era de alto riesgo.

CONCLUSIONES: El técnico de Farmacia juega un papel relevante en la seguridad del paciente, como elemento que intercepta errores de medicación que pueden llegar a los pacientes. La isoapariencia de medicamentos es un factor prevenible de errores de medicación

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

693. PRESCRIPCIÓN DE DIGOXINA EN EL PACIENTE ANCIANO

AUTORES: RAMOS SANTANA E, PLASENCIA GARCÍA I, DE LEÓN GIL JA, TÉVAR ALFONSO E, GÓMEZ MELINI E, MERINO ALONSO J.

HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SRA DE LA CANDELARIA. Ctra. Gral. del Rosario 145. Santa Cruz de Tenerife. España

OBJETIVOS: Analizar la adecuación de las prescripciones de digoxina en ancianos a las nuevas recomendaciones basadas en niveles terapéuticos entre 0.5 y 0.8 ng/mL.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo desde 18 de marzo de 2016 a 10 de abril de 2016, en el que se seleccionan pacientes ingresados ancianos > 70 años en tratamiento con digoxina.

Se recogen los siguientes datos de la Historia Clínica Electrónica (HCE): servicio médico, sexo, edad, peso, creatinina, dosis de digoxina y niveles de fármaco en sangre. También se consulta la historia clínica de atención primaria para comprobar si estaba previamente en tratamiento domiciliario con digoxina o no.

Se calcula el filtrado glomerular estimado mediante la ecuación MDR/CKD-EPI.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed de lo publicado en los últimos 10 años que incluya en su título las palabras □digoxin AND (dosing OR concentration)□

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes, 7 hombres y 21 mujeres. La distribución por servicios fue: Urgencias 7(25%), Geriatria 4(14.3%), Medicina Interna 4(14.3%), Traumatología 4(14.3%), Unidad de Cuidados Paliativos 2(7.1%) y otros servicios 7(25%). La media de edad es de 80.5 años(65-94) y el aclaramiento renal medio de 75 mL/min(35-212) según MDR/CKD-EPI. 12 pacientes (42,9%) estaban en tratamiento hospitalario con 0.125 mg de digoxina y 16 (57,1%) con 0.250 mg cada 24 horas.

Un 39.3% de los pacientes iniciaron el tratamiento a nivel hospitalario. Del 60.7% que estaba en tratamiento domiciliario con digoxina, el 17.6% muestra diferencias entre la prescripción en atención primaria y especializada, empleando dosis mayores de digoxina en el hospital. Sólo un 57% de la población estudiada tenía solicitados niveles de digoxina. De ellos 68.8% presentaba digoxinemias superiores a 0.8 ng/mL, dos de ellos con niveles superiores a 2 ng/mL. El otro 31.2% mantenía niveles entre 0.5 y 0.8 ng/mL.

Uno de los artículos revisados (JAMA.2003;289:871-878) muestra cómo en un análisis por subgrupos, pacientes con niveles de digoxina entre 0.5 y 0.8 ng/mL presentan una reducción de la mortalidad frente a aquellos con niveles séricos mayores.

No existen diferencias en la dosificación de digoxina en función del servicio médico.

CONCLUSIONES: Las últimas revisiones sobre la digoxina aconsejan disminuir la dosis de mantenimiento en ancianos (0.125 mg/24 horas) y niveles entre 0.5-0.8 ng/mL. Gran parte de los médicos no dosifican la digoxina en función de la digoxinemia, sino teniendo en cuenta la clínica del paciente.

El Servicio de Análisis Clínicos sigue mostrando el rango terapéutico clásico entre 0,5-2,2 ng/mL, por lo que los prescriptores que monitorizan la digoxinemia no modifican la dosis a pesar de presentar niveles > 0,8 ng/mL.

Se ha creado una nota predefinida incluyendo estas recomendaciones así como de no recomendar un descanso superior a 24 horas (por la vida media de la digoxina entre 36-48 h si el descanso es mayor los niveles caerían un 50% y estarían en rango subterapéutico). Se ha incluido además la evidencia con el objetivo de incluirlo como nota al médico en la HCE.

146. PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE REVISIÓN DE CARROS

AUTORES: Martínez Camacho M, Manzano Lista FJ, Rodríguez Jiménez E, García Marco D, Olmos Jiménez R, Fernández Corada Sánchez A.

Virgen del Valle. Ctra. Cobisa s/n. Toledo. España

OBJETIVOS: Analizar la implantación de un programa de revisión de carros de unidosis, examinar el tipo de errores que se producen y proponer medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó en un hospital geriátrico de agudos, con pacientes ingresados mayores de 85 años y con 160 camas en unidosis, desde: 01/02/2014-15/04/2016. Se incluyeron las 6 unidades de hospitalización de las que consta el hospital. Todas las dispensaciones en unidosis se realizan a las dosis que están prescritas en el paciente, para evitar la mínima manipulación en las Unidades de Enfermería. El fraccionamiento de medicamentos a medios y cuartos es muy prevalente debido a las dosis recomendadas en este grupo de población. El circuito establecido es: el llenado de carros se realiza por la mañana con los listados del día anterior y referidos a la última validación farmacéutica; a continuación, revisa la carga de carros otra auxiliar distinta junto con la que hizo el llenado, para detectar los fallos cometidos. A partir de las 12 h, se realizan listados de modificaciones que actualizarán los tratamientos. Asimismo, decidimos realizar un estudio prospectivo de 2 meses identificando los tipos de errores, (15/02/2016-15/04/2016) y decidir si fuera necesario alguna medida correctora. Se clasificaron en: paciente sin medicación, medicación no pautaada cargada, medicamento erróneo, error en la vía de administración, error en la dosis y no cargar el medicamento pautaado.

RESULTADOS: El número de prescripciones fue de 147.379; de dispensaciones 1.021.151; la media de pacientes en unidosis al día fue de 142,63 y la media del número de medicamentos distintos dispensados en unidosis fue de 11,10. La media del porcentaje de errores anual es de 0,66% (0,22-0,92), muy por debajo del estándar de calidad de $\leq 1,5$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los errores de carga cometidos en los distintos meses. En cuanto al estudio por tipo de errores en 2 meses, se registraron un total de 318 errores: 214 (67,29%) correspondieron a error de dosis; 63 (19,81%) no cargar el medicamento pautaado; 24 (7,55%) error de cantidad; 12 (3,77%) medicamento erróneo y por la vía de administración 5 (1,57%).

CONCLUSIONES: La revisión de carros permite optimizar los mínimos errores en la dispensación de medicamentos, además de permitirnos conocer que tipos y que cantidad de errores cometemos en nuestra farmacia, para así poder minimizarlo con futuras medidas para la mejora de dispensación de los carros. Es importante mantener la dinámica de revisión de carros para generar una actitud en el personal auxiliar de continua atención y asegurar la máxima calidad asistencial en la dispensación de medicamentos por dosis unitarias. La tasa de errores detectados ha sido menor del 1%, muy por debajo del valor que se encuentra recogido en la bibliografía (

704. PROYECTO DE ADECUACION NUTRICIONAL Y FARMACOTERAPEUTICA EN FUNCION DEL RIESGO DE DISFAGIA EN PACIENTES CON DEMENCIA ATENDIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES: ELVIRO LLORENS M, HERREROS PUEBLA M, JARAMILLO HIDALGO J, PEREZ BRET E, DE LA HIGUERA GARCIA L, MONFORTE GASQUE MP.

FUNDACION VIANORTE-LAGUNA. C/ Concejal Francisco José Jiménez Martín 128. Madrid. España
Identificación y Diagnóstico.

La incidencia de disfagia en personas institucionalizadas se estima en 40% y tiene consecuencias significativas (aspiraciones, neumonías,...), que comprometen la salud del paciente. Es responsabilidad del profesional sanitario velar por un adecuado manejo de la disfagia, para lo cual es fundamental conocer a cada paciente y sus necesidades individuales, y tomar medidas oportunas para evitarlo.

Formulación y Diseño.

Se diseñó un programa multidisciplinar en tres fases en un centro sociosanitario de media-larga estancia: 1) Estudio descriptivo transversal □enero 2016- para determinar el riesgo de disfagia y factores asociados en personas mayores con demencia. 2) Análisis estadístico de datos mediante X2 y T-student ($p < 0,05$). 3) Evaluación de situación y adopción de medidas urgentes: adaptación de la nutrición (consistencia y tipo dieta) y adaptación del tratamiento farmacológico.

Ejecución.

Enfermería y Geriatría valoraron el riesgo de disfagia a través del Test EAT-10, y recogieron asimismo variables funcionales, clínicas y nutricionales revisando las historias clínicas. Fueron identificados todos aquellos pacientes que precisaban algún tipo de intervención nutricional (cambio tipo de dieta, inicio suplementos orales, empleo de espesantes,...) o farmacoterapéutica, por no poderse alterar la forma farmacéutica.

Descriptivo de la población: N= 75 (70,7% mujeres). Edad media: $82,3 \pm 6,5$ años. Diagnóstico principal: alzheimer 66,7%, vascular 22,7%, otros 10,7%. Grado: 33,3% GDS $\leq$ 4; 26,7% GDS=5; 40,0% GDS $\geq$ 6. Dependencia leve 58,1% (I. Barthel $\geq$ 60). MNA: 50,0% sin riesgo; 20,3% riesgo; 29,7% malnutrición. Dieta túrmix 13,3%. Uso espesante 6,7%. Polifarmacia: 76,7% (neurolépticos 43,1%; antidepresivos 36,1%, benzodiazepinas 43,1%).

Evolución.

Se solicitó a Cocina adaptación de las dietas de aquellos pacientes con dificultad en la deglución. El Geriatra indicó suplementos nutricionales a los pacientes que, por ingesta diaria insuficiente o desnutrición, lo precisaban; así como empleo de espesante en comidas para obtener la textura precisa para cada paciente según su necesidad. En cuanto a la medicación, la Farmacéutica revisó cada tratamiento prescrito a dichos pacientes y, fue adaptando uno por uno aquellos medicamentos que por distintos motivos, debían administrarse sin ser alterados. Se realizó un curso de formación, para hacer extensible a todo el personal del centro la concienciación de la importancia de un adecuado manejo de la disfagia en este tipo de pacientes.

Resultados y efectos.

Presentó riesgo de disfagia el 51,4% de la muestra, asociándose a mayor grado de severidad de su demencia, mayor dependencia funcional, malnutrición o riesgo de padecerla, y consumo de benzodiazepinas. Tras implantación de medidas: 25,3% de los pacientes utiliza espesante (49,3% de los pacientes con disfagia), 21,3% tiene dieta túrmix (41,5%) y 14 pacientes toman suplementos nutricionales. Estos pacientes tomaban de media 10 medicamentos/día. Un total de 26 pacientes necesitaban partir o triturar algún fármaco (4 por tamaño, 18 por disfagia y 4 por masticarlos o negarse a la toma). Fueron necesarias 52 intervenciones farmacéuticas: 54,2% recomendación en manipulación del medicamento, 21,1% cambio principio activo, 13,5% cambio presentación (mismo principio activo), 9,6% suspensión tratamiento. Actualmente todos los pacientes atendidos en el centro son evaluados en riesgo de disfagia y reciben una atención nutricional y farmacéutica individualizada y adaptada a sus necesidades.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

584. REACCIONES ADVERSAS GRAVES ATRIBUIDAS A TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

AUTORES: Capdevila Río P, Roselló Aubach L, Llobera Serentill C, Montalà Palau N, Conde Seijas M, Navarro Bruguera M.

HOSPITAL SANTA MARÍA. Rovira Roure, 44. Lleida. España

OBJETIVOS: Analizar las reacciones adversas graves atribuidas al tratamiento con terapias biológicas en enfermedades reumáticas, observadas en un hospital comarcal. Estimar su incidencia y comparar el resultado con otros estudios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. Periodo de estudio: Mayo 2010 a Febrero 2016.

El nº de reacciones adversas y el tipo de reacción se obtuvieron de la hoja excell de seguimiento de los pacientes y de la historia clínica. Para evaluar la causalidad se ha aplicado el algoritmo de Naranjo.

Las variables registradas han sido: edad y sexo del paciente, año, descripción y tipo de reacción adversa, fármaco implicado, escala de Naranjo, desenlace, si ha implicado cambio de tratamiento y si ha requerido atención hospitalaria o ambulatoria.

RESULTADOS: El nº de pacientes totales en tratamiento con terapia biológica en el periodo descrito fue de 153 (media anual de 99 pacientes). El nº de reacciones adversas fue de 26 en 23 pacientes.

El 52% son hombres y la edad media 61 años.

El resultado del algoritmo de causalidad fue de 24 reacciones adversas con causa posible a la terapia biológica y 2 con causa probable.

El fármaco causante de más reacciones adversas fue adalimumab (14), seguido de etanercept (6), certolizumab (3), golimumab (2), infliximab (1).

De las 26 reacciones adversas: 12 (46,15% del total de RAM¹) fueron infecciones, 4 neoplasias (15,3%), trastornos cardíacos 3 (11,5%), trastornos vasculares 2 (7,69%), otros 5 (19,23%).

En cuanto a la continuación del tratamiento, en 9 casos se suspendió el medicamento temporalmente, en 8 casos definitivamente, en un caso se disminuyó la dosis y en 4 casos hubo un cambio a otro biológico.

En cuanto al desenlace, de las 26 reacciones adversas 11 se habían recuperado, 7 estaban en recuperación, 4 dejaron secuelas y 4 tuvieron un resultado final de muerte en que el fármaco pudo haber contribuido.

Referente a la atención del cuadro clínico: en 9 casos hubo hospitalización y en 12 atención ambulatoria.

La incidencia anual de efectos adversos relevantes ha sido de 3,8%.

El informe de Diciembre 2015 del estudio Biobadaser de la Sociedad Española de Reumatología da una incidencia de acontecimientos adversos relevantes del 8%. La frecuencia del tipo de reacción adversa (respecto al total de RAM) en este estudio ha sido de mayor a menor: infecciones y infestaciones (33%), neoplasias benignas y malignas (8%), trastornos cardiacos (8%) etc.

CONCLUSIONES: El tipo de reacción adversa y su frecuencia observados en nuestro estudio coincide con los datos del estudio Biodabaser, sin embargo el resultado de incidencia anual es inferior en nuestro estudio (con una muestra muy inferior).

La gravedad y frecuencia de las reacciones adversas a este tipo de fármacos hace que sea imprescindible seguir estrechamente a estos pacientes para detectarlas lo mas pronto posible.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

23. REDUCCION DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS EN ANCIANOS DE UCI CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

AUTORES: FAJRELDINES TORRES A, DAVIDE VIC L, VALERIO LUDOVICO M, MALVICINI MICO A, PICCIRILLI ESCALANTE G, BAZZANO MUSTO M.

Hospital Universitario Austral. Juan Domingo Peron 1500. Internacional. Argentina

OBJETIVOS: este estudio se propone analizar los eventos adversos a medicamentos (EAM), en concreto a morfínicos y benzodiacepinas vs morfínicos solos en un grupo control y en un grupo intervención de pacientes mayores a 64 años de UCI con asistencia respiratoria mecánica. Métodos: estudio de casos y controles. La intervención fue la edición de una guía de practica clínica para ancianos donde se reemplazo el fentanilo y midazolam por remifentanilo. Los casos fueron tratados con remifentanilo y los controles con fentanilo y midazolam. **RESULTADOS:** se analizaron 200 pacientes, 100 pacientes en los casos y 100 en los controles, media de edad en los casos: 73,7 y en los controles. 74,4. Proporción de mujeres en los casos 53 (53%) y en los controles: 51 (51%), mortalidad en los casos 4% y en los controles 6% . Los EAM en los casos fueron 18 (18%): delirio 7-7%, depresión respiratoria grave: 2 (2%), hipotensión: 9 (9%), y en los controles fueron 44 (44%): delirio (17-17%), depresión respiratoria grave (9-9%), hipotensión (7-7%), insuficiencia hepática (9-9%), insuficiencia renal (2-2%) la prescripción inapropiada según la herramienta Screening tool of older person's prescriptions- STOPP fue: 33% para los controles y 7% para los casos (p=0,005), los factores asociados a EAM fueron polimedicación: OR AJ 3.74 (IC95% 2.58 - 4.92,,), días de ventilación mecánica: OR AJ 3.11 (IC95% 2.09 - 5.13), pluripatología OR AJ 2.58 (IC95% 1.55 - 4.62). Los EAM fueron en un 32% prevenibles en los casos y 7% prevenibles en los controles. **CONCLUSIONES:** la intervención fue optima para la reducción de los eventos adversos y para reducir su preventabilidad.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

444. REENVASADO DE MEDICACION HOSPITALARIA

AUTORES: MOLINA GARCIA V, GONZALEZ MEDINA M, GARCIA FERNANDEZ C, FERNANDEZ JIMENEZ F, VALLE CORPAS M.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO. CALLE DOCTOR OLORIZ 16. Granada. España

Introducción:

El servicio de farmacia consta, entre otros, de la selección de dispensación de medicamentos en dosis unitaria. El reenvasado consiste en volver a envasar la medicación que las empresas farmacéuticas no presentan en dosis prescrita y unitaria para el paciente, cumpliendo la Ley 29/2006, 26 de Julio.

OBJETIVO: 1. Definir que medicamentos se deben envasar.

2. Describir el proceso completo del reenvasado.

3. Describir el control de calidad.

4. Cuantificar el volumen de reenvasado para establecer la carga de trabajo.

Método y material:

1. Que medicamento reenvasar.

Medicamento que no contengan lote y caducidad en cada comprimido.

-Medicamentos que necesiten fraccionarse.

-Medicamentos elaborados en farmacia.

-Mención aparte merecen los citostáticos.

2. Proceso de reenvasado.

Pueden ser:

-Manual

a) Bolsa de plástico autosellables.

b) Etiquetas autoadhesivas en el dorso del blíster.

-Automático

El medicamento queda herméticamente cerrado, entre dos hojas de papel.

En cualquier caso en todos los procedimientos, en la medicación deberá constar: dosis, lote, caducidad, nombre genérico y comercial, servicio farmacia y hospital.

3. Control de calidad.

- El farmacéutico comprueba lotes, recalcula fechas de caducidad, guarda una unidad para posterior identificación del fármaco. (Primer filtro de calidad).

-Tras el reenvasado, el farmacéutico comprueba que el medicamento esta correctamente envasado coincidiendo dosis, lote, fecha envasado y fecha de caducidad. (Segundo filtro de calidad).

-Ya se podría guardar si ha pasado los filtros.

CONCLUSIÓN: El trabajo de reenvasar medicación es una parte importante del trabajo del técnico de farmacia.

Habrà que tener especial cuidado en la limpieza y manipulación, así como prestar especial cuidado al principio activo que estamos reenvasando para no equivocarnos y que la medicación pueda llegar perfectamente etiquetada al paciente ingresado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

570. SEGUIMIENTO DE LA AFECTACIÓN HEMATOLÓGICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE LARGA DURACIÓN CON LINEZOLID

AUTORES: GARCÍA JIMÉNEZ L, PANADERO ESTEBAN MI, FORTE PEREZ MINAYO M, TOLEDANO MAYORAL G, HERNANDEZ SEGURADO M, PELEGRIN TORRES P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. Reyes Católicos, 2. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar el nivel de cumplimiento del control hematológico establecido en la ficha técnica de linezolid para tratamientos de duración superior a 14 días. Así como comprobar la ausencia o presencia de alteración hematológica y su grado, para aquellos pacientes en los que existía un control; y establecer la correlación existente entre esta afectación y la duración del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de la monitorización hematológica en tratamientos de larga duración con linezolid en un centro de tercer nivel.

Los tratamientos de larga duración con linezolid frecuentemente se completan al alta en el domicilio, por lo que se realizó una consulta de los pacientes con dispensaciones de linezolid oral desde el área de pacientes externos en el período entre enero de 2011 y marzo de 2016.

Se seleccionó a aquellos pacientes cuya duración total del tratamiento, incluido el período de ingreso previo si lo hubiese, fue superior a 14 días; y se comprobó la existencia de controles analíticos al menos con un margen de una semana antes o después tanto del inicio como del final del tratamiento, recogiendo los datos de dichos análisis para estudiar las variaciones en los niveles de hemoglobina, leucocitos y plaquetas. Se examinó, así mismo, si existía correlación lineal entre las variaciones hematológicas negativas y la duración de los tratamientos, mediante el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de determinación.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se dispensaron 75 tratamientos completos, con una mediana de duración de 27 días (percentil1-percentil99: 5,4; 444) y 51 de ellos con una duración mayor de 14 días. De éstos, 22 (43,14%) tenían un análisis del hemograma con máximo una semana de diferencia con la fecha de inicio y de final de tratamiento.

El 27,27% de los pacientes con analíticas dentro del margen fijado para nuestro estudio, presentaban reducción de la hemoglobina, siendo la mediana de dicha reducción del 16,82% (intervalo intercuartílico: 12,96%; 20,38%).

El 36,36% manifestaban una disminución del recuento de leucocitos, siendo la mediana de la misma del 32,61% (23,76%; 46,73%). Respecto al descenso de las plaquetas, apareció en un 77,27% de los casos, con una mediana de reducción del 25,71% (8,28%; 37,27%). Dos de los pacientes presentaron reducciones en este dato del 94,1% y el 82,89%, alcanzando respectivamente cifras de 19 y 32 x103 plaquetas/ μ L.

Para los tres parámetros, la correlación lineal entre las alteraciones analíticas y la duración del tratamiento era débil (coeficientes de Pearson: -0,35; 0,5; 0,16 respectivamente para las reducciones de hemoglobina, leucocitos y plaquetas).

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que el seguimiento hematológico durante tratamientos largos con linezolid se lleva a cabo en un porcentaje bajo de las ocasiones, a pesar de que se evidencia su necesidad a la luz de los datos de reducciones en los parámetros hematológicos. El farmacéutico supone un punto de control para detectar

incidencias en este seguimiento y establecer una comunicación con el equipo médico para intentar reducir el impacto de los efectos adversos causados por este fármaco.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

462. SEGURIDAD EN TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON DISFAGIA

AUTORES: ROCA MONTAÑANA A, GEA RODRÍGUEZ E, GIL MÁÑEZ E, PÉREZ FELIU A, PÉREZ RICART A. HOSPITAL NTRA. SRA. MERITXELL. FITER I ROSELL S/N. Internacional.

INTRODUCCIÓN: La disfagia es un síntoma caracterizado por la dificultad para tragar o deglutir los alimentos líquidos y/o sólidos. Algunos estudios demuestran una prevalencia en mayores de 65 años del 50%.

OBJETIVOS: Implementación de técnicas de administración seguras de medicamentos en los pacientes con disfagia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio intervencionista prospectivo realizado en el periodo del 01-02-2016 al 31-03-2016. Se incluyen todos los pacientes con disfagia documentada institucionalizados en un centro sociosanitario con complejidad médica alta.

Se identifican los pacientes con disfagia a través de la historia clínica informatizada (Aegerus® y HP-HCIS®) según criterio clínico y aplicación de estrategias facilitadoras de la administración de los alimentos.

Se ha creado una base de conocimiento asociada a cada artículo en el fichero maestro utilizando como referencia de la correcta administración de medicamentos en disfagia los datos incluidos en las fichas técnicas (AEMPS) y Guías especializadas^{1,2} y se ha aplicado sobre el perfil farmacoterapéutico de cada paciente (Farmatools®).

Hemos realizado 2 tipos de intervención farmacéutica:

1. Inclusión de la información sobre la técnica específica para la administración de cada medicamento y forma farmacéutica en la planificación diaria de administración de fármacos de enfermería (Farmatools®).
2. Substitución, por consenso con el equipo asistencial, de los binomios fármaco- forma farmacéutica prescrita que no permite una administración segura y efectiva.

RESULTADOS: El número de pacientes estudiados ha sido de 116 (70% mujeres) con un rango de edad entre 60 y 96 años.

La prevalencia de disfagia en la población estudiada es del 35% (40 pacientes).

La prevalencia de disfagia por sexo es del 35.8% mujeres y del 31.4% hombres.

La distribución por edades es: tres pacientes menores de 65 años y 37 mayores de 65 años (seis pacientes entre 65 y 79 años, 27 pacientes entre 80 y 89 años, cuatro pacientes mayores de 90 años).

La media de medicamentos por paciente con disfagia es ocho.

El 30% (12) de los pacientes tienen un diagnóstico de demencia, 30% enfermedad de Alzheimer, 17.5% enfermedad de Parkinson, 7.5% trastornos psiquiátricos, 7.5% hidrocefalia, 7.5% accidente vascular cerebral.

Se ha intervenido sobre 84 especialidades farmacéuticas (EF) pertenecientes a 10 grupos y 64 subgrupos terapéuticos. La distribución según clasificación ATC: N: 36.9%, C: 21.3%, A: 15.5%, B: 9.5%, M: 4.8%, J: 3.6%, R: 3.6%, H: 2.4%, G: 1.2%, L: 1.2%.

El 93% de las intervenciones farmacéuticas han sido de inclusión de información sobre la estrategia de administración y en un 7% se ha propuesto la substitución de la EF.

CONCLUSIONES: La prevalencia de disfagia en nuestro centro con pacientes crónicos complejos institucionalizados es del 35%, sin diferencias apreciables por sexo y predominante en el paciente de más de 80 años.

El estudio, la información y adaptación de las EF se ha incluido en la rutina del proceso de validación farmacéutica de los pacientes con dificultades de deglución.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

486. TOCILIZUMAB INTRAVENOSO: AJUSTE DE DOSIS POR EFECTOS ADVERSOS

AUTORES: RAMIREZ HERRAIZ E, IBÁÑEZ ZURRIAGA A, SERRA LÓPEZ-MATENCIO JM, MERINO MENÉNDEZ L, GARCÍA LORENZO E, MORELL BALADRÓN A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. DIEGO DE LEÓN 62. Madrid. España

OBJETIVOS: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une al receptor de la interleucina 6 modificando la respuesta inmune. Actualmente está indicado su uso según ficha técnica (FT) en artritis reumatoide (AR) y en artritis idiopática juvenil (AIJ) a una dosis de 8 mg/kg de peso cada cuatro semanas, sin que las dosis excedan de 800 mg.

El objetivo del estudio fue evaluar la disminución de dosis de tocilizumab intravenoso debido a la presencia de alteraciones de las enzimas hepáticas, recuento absoluto de neutrófilos o trombopenia, en pacientes en tratamiento con dicho fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en una cohorte transversal de pacientes con AR en tratamiento con tocilizumab intravenoso en la actualidad.

Datos recogidos: edad, sexo, peso, dosis/kg de peso utilizada, tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), valores de enzimas hepáticas (AST, ALT), recuento absoluto de neutrófilos, plaquetas, tiempo transcurrido hasta modificación de dosis así como el porcentaje de reducción de la misma.

Se revisó la información contenida en la historia clínica electrónica y la proporcionada por el programa de Dispensación a Pacientes Ambulantes Dominion®.

Se definieron como valores normales: AST: 4-32 U/L, ALT: 5-31 U/L, Plaquetas: 129-376 miles/mm³, recuento absoluto de neutrófilos (RAN): >1 miles/mm³.

RESULTADOS: Se incluyeron 32 pacientes, 3 (9,4%) hombres y 29 (90,6%) mujeres, con una mediana de edad al inicio de tratamiento de 67 años (IQR 56,75-75) y una mediana de peso de 66 kg (IQR 59-74,75). 19 pacientes (59,37%) se encontraban en tratamiento concomitante con FAME: 14 pacientes con metotrexato (73,7%) y 5 pacientes con leflunomida (26,3%). La mediana de dosis inicial utilizada fue de 7,86 mg/kg peso (IQR 6,71-8,12) y la mediana de dosis modificada tras la alteración bioquímica o hematológica fue de 4,06 mg/kg peso (IQR 3,97-4,62), siendo el tiempo transcurrido hasta la modificación de la dosis de 9 meses (IQR 5,25-24,50).

El porcentaje de reducción de dosis fue de un 37,51% (25,50-45,33).

En tres pacientes (9,3%) se observó una elevación de las transaminasas mayor de 1xLSN (en ningún paciente fue superior a 3xLSN), en otros tres pacientes (9,3%) el RAN se encontraba por debajo de 1 mil/mm³ y en dos pacientes (6,25%) se objetivó una disminución del valor de plaquetas por debajo de 125 miles/mm³. De estos 8 pacientes, 5 (62,5%) estaban en tratamiento con FAME concomitante.

CONCLUSIONES: Las alteraciones en los parámetros bioquímicos y hematológicos de los pacientes en tratamiento con TCZ obligaron a disminuir la dosis en un 25% de los mismos, alcanzándose una mediana de dosis de 4 mg/kg de peso que es la dosis inicial recomendada por la Food and Drug Administration (FDA) en AR. La monitorización de estos efectos adversos debe intensificarse durante el primer año de tratamiento.

El porcentaje de pacientes con reducción de dosis fue superior al descrito en FT si bien los valores de aumento de transaminasas, disminución del recuento de neutrófilos y de plaquetas fueron más ligeros que los observados en los estudios pivotales de tocilizumab.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

480. TOLERABILIDAD CUTÁNEA DE PEGINTERFERÓN BETA-1A SUBCUTÁNEO EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE

AUTORES: RUANO DE LA TORRE R, FERRERAS LÓPEZ N, GUERRA GONZÁLEZ M, ALMENDRAL MUÑOZ ML, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ, SAEZ VILLAFANE M.

Complejo Asistencial Universitario de León. Altos de Nava s/n. León. España

OBJETIVO: Determinar la aparición de reacciones en el lugar de inyección a nivel cutáneo, su gravedad y el grado de tolerabilidad en los pacientes tributarios de peginterferón beta-1a subcutáneo tras switching desde otros regímenes terapéuticos para el tratamiento de esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo realizado de enero a abril de 2016 que incluye a todos los pacientes que comenzaron tratamiento con peginterferón beta-1a subcutáneo.

Para el seguimiento de los pacientes se han realizado sucesivas entrevistas por parte del equipo de Paciente Externo del Servicio de Farmacia llevadas a cabo de forma mensual en el momento de la dispensación del fármaco. Dicha entrevista consta de una batería de preguntas elaboradas a tal efecto y que se exponen a continuación:

- ¿Ha tenido alguna reacción local en la zona de la inyección?; y si es así, ¿de qué tipo?
- ¿Cuánto tarda en aparecer dicha reacción?
- ¿Cuánto tarda en desaparecer?
- ¿Le produce dolor, picor o inflamación?
- ¿Ha observado una reacción similar en algún otro lugar de su cuerpo?
- ¿Ha tenido alguna reacción de otro tipo desde el cambio de tratamiento?

RESULTADOS: 56 pacientes iniciaron tratamiento con peginterferon beta-1a subcutáneo desde enero de 2016. 48 pacientes lo hicieron tras cambio a interferon beta-1a intramuscular, 3 a interferon beta-1b, 1 a interferon beta-1a subcutáneo, 1 a dimetilfumarato y 1 a teriflunomida. Los 2 restantes constituyeron inicio de tratamiento.

A la conclusión de este estudio, 44 pacientes habían sido entrevistados. Únicamente el 9,09% (n=4) refirieron no tener ningún tipo de reacción. El 90,90% (n=40) de los pacientes afirmaron tener reacciones adversas en el lugar de la inyección, describiéndolas como eritema en la zona de la administración de aparición tardía (48-72h) y de larga duración (15-30 días). 15,90% (n=7) de los pacientes refirieron dolor, prurito e inflamación en la zona de administración adicionalmente.

El 11,11% (n=5) de los pacientes tuvieron que suspender el tratamiento con peginterferon beta-1a subcutáneo a causa de reacciones en el lugar de inyección. La manifestación de eritemas (de gran tamaño y duración) junto con la aparición de bultos en la zona de inyección y en otras zonas del cuerpo, acompañados de dolor, inflamación y prurito de intensidad severa, concluyeron en la citada suspensión.

CONCLUSIONES: Las reacciones en el lugar de inyección son un efecto adverso muy frecuente en los pacientes que inician tratamiento con peginterferón beta-1a subcutáneo.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio no son acordes a los obtenidos en el estudio pivotal ADVANCE de peginterferon beta-1a subcutáneo o a su ficha técnica, mostrando mayor porcentaje de pacientes en los que se objetiva reacción adversa cutánea, si bien los pacientes, en su inmensa mayoría, no son naive y han sufrido un cambio de tratamiento para la EMRR.

Parece necesario un control de dichas reacciones dada la masiva aparición de las mismas pues, en algunos casos, ha llegado a suponer la suspensión del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

398. TOLERANCIA A NUEVOS TRATAMIENTOS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA

AUTORES: ARCAS SEMPERE L, CASTELLÓ NORIA À, VIÑAS SAGUÉ L, VILA CURRIUS M, AGUILAR BARCONS I, TORO BLANCH C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR JOSEP TRUETA. Avd. de Francia, s/n. Girona. España

OBJETIVO: Evaluar la tolerancia y seguridad de dimetilfumarato y teriflunomida en pacientes adultos diagnosticados de esclerosis múltiple.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con dimetilfumarato o teriflunomida entre octubre de 2014 y marzo de 2016. Se revisaron las reacciones adversas descritas en las fichas técnicas.

En los pacientes tratados con dimetilfumarato se recogieron datos sobre dolor abdominal, diarrea y rubefacción. Se evaluaron los siguientes parámetros analíticos: creatinina, filtrado glomerular, GPT y linfocitos (basales y a los 3 y 6 meses de iniciar el tratamiento).

En los tratados con teriflunomida se recogieron datos sobre dolor abdominal, diarrea, cefalea y alopecia. Los parámetros analíticos evaluados fueron: GPT (basal y cada dos semanas desde el inicio del tratamiento hasta la semana 24) y leucocitos (basales y a los meses 1, 2, 3 y 6 de tratamiento).

La totalidad de los parámetros analíticos no pudo ser evaluada debido a la ausencia de datos o por no haberse alcanzado la fecha de evaluación establecida.

Para la obtención de datos se consultó la historia clínica informatizada del hospital.

RESULTADOS: Se incluyeron 26 pacientes en tratamiento con dimetilfumarato, edad media de 38 años (24-55) y 76,9% mujeres. Un 76,9% (20/26) presentaron rubefacción, un 34,6% (9/26) dolor abdominal y un 11,5% (3/26) diarrea. En un 7,7% (2/26) de los casos se suspendió el tratamiento por intolerancia gástrica. Se observó un aumento en el filtrado glomerular a los 3 y 6 meses de tratamiento: $5,35 \pm 12,25$ ml/min (n=18) y $3,62 \pm 11,70$ ml/min (n=13) respectivamente. No se observaron cambios significativos en los niveles de GPT en ninguno de los pacientes a los 3 y 6 meses. En relación al recuento linfocitario, no se hallaron recuentos

Se incluyeron 14 pacientes en tratamiento con teriflunomida, edad media de 45 años (27-64) y 71,4% mujeres. Un 50,0% (7/14) presentó alopecia o aumento en la caída del cabello, un 14,0% (2/14) presentaron dolor abdominal y ninguno presentó diarrea ni cefalea. La GPT aumentó >3 veces el límite superior normal (LSN) en un paciente y >2 veces en otro. En el resto, se observó una fluctuación en los valores de GPT, sin llegar a >2 veces el LSN. Durante las primeras 8 semanas de tratamiento, el 50,0% de los pacientes (6/12) presentaron una disminución del recuento de leucocitos >15,0% respecto al recuento basal.

CONCLUSIONES: Consideramos que dimetilfumarato y teriflunomida son dos fármacos seguros y, en general, bien tolerados.

En los pacientes tratados con dimetilfumarato se observó una mayor incidencia de rubefacción respecto a la indicada en ficha técnica (76,9% vs 34,0%) y se detectaron 2 casos de dolor abdominal grave que motivó la suspensión del tratamiento. En los tratados con teriflunomida los efectos adversos más frecuentes fueron dolor abdominal y alope-

cia, observándose una gran variabilidad en los niveles de GPT y leucocitos a lo largo del periodo estudiado, por lo que sería recomendable una monitorización estrecha de la función hepática y hematológica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

238. TOLERANCIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO, TERIFLUNOMIDA Y ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE Y RECURRENTE.

AUTORES: CASAJÚS NAVASAL A, MARÍN GORRICO R, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, CARRILLO ACEVEDO L, SERRANO PÉREZ A.

HOSPITAL SAN PEDRO. Piqueras, 98. La Rioja. España

OBJETIVOS: -Analizar la tolerancia y reacciones adversas (RA) asociados a dimetilfumarato (DMF), teriflunomida (TF) y alemtuzumab, éste último como última opción a los demás tratamientos, en pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes que habían llevado o llevaban DMF o TF hasta marzo 2016 y 2 pacientes que recibieron tratamiento con alemtuzumab. Se revisó su Historia Clínica. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, escala expandida del estado de discapacidad (EDSS), tratamientos previos y su causa de suspensión, reacciones adversas, datos analíticos, reducción o suspensión del tratamiento.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 45 pacientes, media de edad 41 años, (24-64), el 69% mujeres. 29 pacientes correspondían al grupo DMF y 17 pacientes al de TF (1 paciente llevó ambos fármacos). El 71% (32) habían llevado tratamiento previo. Las causas de cambio de tratamiento fueron: induraciones, síndrome pseudogripal y actividad de la enfermedad.

En el grupo DMF, el 31% (9) presentaron buena tolerancia. Las principales RA en orden decreciente fueron: dolor abdominal 44,8%, rubefacción 34,48%, diarreas 17,24%, náuseas 13,79%, linfopenia 6,9%.

Hubo reducciones de dosis en 3 pacientes. Se interrumpió 7 días el tratamiento y se reinició con escalado de dosis. 2 de estos pacientes continuaron con mala tolerancia, su dosis de mantenimiento se redujo.

Se suspendió DMF en 7 pacientes. 1 paciente no podía tragar las pastillas, se puso tratamiento subcutáneo, 1 paciente quería embarazo, 4 pacientes (14%) por RA, 3 cambiaron a TF y el otro decidió estar sin tratamiento. 1 paciente con progresión de enfermedad, se cambió a alemtuzumab.

En el grupo TF 53% (9) presentaron buena tolerancia. Las principales RA en orden decreciente fueron: alopecia 29,41%, diarreas 29,41%, cefaleas 17,6%, $\square$ ALT 17,6%, anemia 11,76%, $\square$ CK 5,88% cuya causa pudo ser la asociación con gemfibrozilo y este último se suspendió.

Se redujo dosis en 1 paciente por $\square$ GGT, 15 días con 7mg.

Se suspendió TF en 2 pacientes, uno por presentar dolor y adormecimiento de piernas, anteriormente llevó DMF, no quiso alemtuzumab y volvió a fingolimod. El otro, por varias RA, inició natalizumab pero presentó anafilaxia y se puso alemtuzumab.

Los 2 pacientes tratados con alemtuzumab ingresaron durante 5 días en el hospital y se aplicó el protocolo de administración correspondiente. El primero experimentó cefalea y lesiones cutáneas eritematosas durante los 5 días que se resolvían con dexclorfeniramina. Tras primer mes de tratamiento presentó picor de piel y linfopenia (600 cel/ml). Segundo mes linfopenia (800 cel/ml) e infección de orina, tercer mes bien. El segundo paciente presentó buena tolerancia durante los 5 días. En el seguimiento tras el tratamiento presentó linfopenia, primer mes (200 cel/ml), segundo y tercer mes (400cel/ml), cuarto mes (600 cel/ml).

CONCLUSIÓN: -DMF fue bien tolerado en el 31% de los pacientes y TF en el 53%.

-Las principales RA observadas en ambos grupos se ajustan a la ficha técnica, sin embargo, se notificaron 2 reacciones adversas del grupo DMF que no aparecían en ficha y que obligaron a suspender este tratamiento y cambiar a TF.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1067. TOXICIDAD HEMATOLÓGICA SECUNDARIA A LINEZOLID

AUTORES: Gonzalez Vaquero D, Martos Rosa A, Fernandez Martin JM, Urda Romacho J, Martínez de la Plata JE, Acosta Robles P.

EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE. CRTA/ ALMERIMAR S.N. Almería. España

OBJETIVO: Evaluar el riesgo de desarrollar anemia, leucopenia o plaquetopenia en pacientes tratados con linezolid. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con linezolid en un Hospital Comarcal desde diciembre 2014 hasta febrero 2016. Datos recogidos: número de pacientes en tratamiento con linezolid durante el periodo de estudio, sexo y edad, servicio médico responsable de la prescripción e indicación de tratamiento, patógeno responsable de la infección, duración de tratamiento y grado de toxicidad hematológica

desarrollada según criterios de estratificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS): disminución de hemoglobina (Hb): grado 1 (9,5-10 g/dL), grado 2 (8-9,4 g/dL), grado 3 (6,5-7,9 g/dL), grado 4 (

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

497. UTILIDAD DE LAS SEÑALES ALERTANTES DEL MÓDULO DE MEDICAMENTOS

AUTORES: TOSCANO GUZMÁN (1) MD, GALVAN BANQUERI (2) M, VILLANUEVA BUENO (1) C, ALFARO LARA (2) ER, SANTOS RAMOS (3) B.

(1)UGC de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. AETSA. (3) UGC de Farmacia del Área Sur de Sevilla.. Avda. Manuel Sirout, s/n. Sevilla. España

OBJETIVOS: Las señales alertantes (o triggers) constituyen una herramienta para detectar eventos adversos (EA) en base a unos criterios específicos. Estos criterios detectan daño y tras esta alerta se revisa la historia clínica en busca de EA. El objetivo de este estudio es analizar la utilidad de las señales alertantes de medicamentos incluidas en el -Global Trigger Tool- (GTT) en base a su valor predictivo positivo (VPP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica (mayo 2015) en EMBASE, MEDLINE, Web of Science, Centre for Reviews and Dissemination, Índice Médico Español y Cochrane Library. Se utilizó tanto lenguaje controlado como libre. Se incluyeron todos los artículos realizados en pacientes mayores de 18 y en los que se evaluara el VPP de las señales alertantes incluidas en el módulo de medicamentos del GTT. Se limitó por idioma (castellano o inglés). Se excluyeron artículos sin acceso al texto completo.

Variables: número de estudios y número de pacientes en los que se aplicó cada señal alertante, rango de VPP encontrados y número de EA detectados

RESULTADOS: Se incluyeron 13 estudios. Los resultados de cada una de las señales alertantes se muestran a continuación, siguiendo este esquema:

Señal alertante: estudios en los que aparece/pacientes en los que se aplicó/rango de VPP/ nº de EA.

- 1.Toxina de Clostridium difficile positiva en heces: 8/ 20.778/ 0,2-1/ 68.
- 2.Tiempo de tromboplastina parcial activada > 100 segundos: 6/ 20.250/ 0-1/ 49.
- 3.Ratio Internacional Normalizado (INR) > 6: 10/ 76.659/ 0,38-1/ 116.
- 4.Glucosa < 50 mg / dl: 10/ 21.234/ 0,12-0,67/ 116.
- 5.Aumento del BUN o Creatinina mayor de dos veces los niveles basales: 10/ 22.650/ 0,1-0,68/ 98.
- 6.Administración de vitamina K: 8/ 20.778/ 0-1/ 70.
- 7.Uso de antihistamínicos intravenosos: 7/ 20.528/ 0,05-0,43/ 87.
- 8.Uso de flumazenilo: 7/ 20.543/ 0-1/ 27.
- 9.Uso de naloxona: 8/ 74.787/ 0-0,91/ 92.
- 10.Uso de antieméticos: 6/ 20.240/ 0,01-0,33/128.
- 11.Sobresedación / hipotensión: 5/ 17.403/ 0-0,76/ 69.
- 12.Suspensión brusca de la medicación: 9/ 21.949/ 0,08-1/ 565.
- 13.Otros: 3/ 17.036/ 0,63-0,95/ 253.

La tercera señal alertante, INR>6, es la que se ha aplicado en más pacientes y la duodécima, suspensión brusca de la medicación, es la que más EA ha detectado.

Dos señales alertantes, uso de antihistamínicos intravenosos y uso de antieméticos, presentan una baja utilidad, ya que en todos los estudios presentan rangos de VPP muy bajos.

CONCLUSIONES: La mayoría de los rangos de VPP son amplios, esto se debe a que las señales alertantes se han aplicado en poblaciones con distintas características. Sin embargo, podemos concluir que a excepción de dos de ellas, las señales alertantes deben considerarse una herramienta útil en la detección de EA.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

240. UTILIDAD DE UN CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL

AUTORES: Arcas Sempere L, Pérez Plasencia A, Toro Blanch C, Aguilar Barcons I, Vila Currius M, Sacrest Güell R. Hospital Doctor Josep Trueta. Avenida de França s/n. Girona. España

OBJETIVO: Analizar la evolución de nuestro hospital en la seguridad del sistema de utilización de medicamentos mediante el uso de un cuestionario de autoevaluación y comparar los resultados con los de hospitales de características similares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante los años 2010, 2011, 2014 y 2016, el grupo de seguridad de errores de medicación del centro, equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, médicos y enfermeros, realizó la autoevaluación de la seguridad en el sistema de utilización de medicamentos mediante el cuestionario elaborado por el ISMP-España. Dicho cuestionario consta de 232 preguntas clasificadas en diez puntos claves (I-X), que se valoran en 5 niveles según el grado de implantación:

- A) No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este punto
- B) Debatido para su posible implantación, pero no implantado
- C) Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas de la institución
- D) Completamente implantado en algunas áreas de la institución
- E) Completamente implantado en toda la institución

Tras cada autoevaluación, se identificaron oportunidades de mejora y, en base a éstas, se propusieron una serie de acciones para llevar a cabo.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos, en los distintos puntos claves, en los 4 años autoevaluados (2010, 2011, 2014 y 2016) han sido respectivamente los siguientes:

- I. Información sobre los pacientes : 42,74%, 45,97% , 53,23% y 57,26%
- II. Información sobre los medicamentos: 42,41% , 48,21%, 60,94% y 67,63%
- III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación: 56,73% , 61,54% , 71,15% y 73,08%
- IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos: 48,21%, 50,89%, 66,07% y 70,54%
- V. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos: 58,12%, 58,16% , 63,78% y 66,58%
- VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos: 15,63% , 28,13%, 56,25% y 59,38%
- VII. Factores del entorno: 58%, 64%, 71% y 74%
- VIII. Competencia y formación del personal: 25,71%, 28,57% , 35% y 41,43%
- IX. Educación al paciente: 43,06%, 47,22%, 59,72% y 62,5%.
- X. Programas de calidad y gestión de riesgos: 31,59%, 50,82%, 67,86% y 71,15%.
- Global: 40,86%, 48,96%, 61,33% y 65,34%.

Se identificaron una media de 20 oportunidades de mejora tras cada autoevaluación que generaron la implementación de diferentes acciones como: desarrollo de un programa de reducción de errores, gestión de medicación de alto riesgo, doble chequeo, mejoras en la gestión de alergias, etc.

De 2010 a 2016 nuestro hospital mejoró en un 15% su puntuación global frente a una media del 7% en hospitales de similares características que también cumplimentaron el cuestionario, que aumentaron su puntuación del 44% al 51% aproximadamente en el periodo de estudio.

CONCLUSIONES: Se observa una mejora continua en los resultados obtenidos en los últimos 6 años en nuestro centro y que es superior a la media conseguida por hospitales de similares características. La utilización de un cuestionario de autoevaluación demuestra ser una herramienta útil para identificar oportunidades de mejora y proponer las acciones correspondientes que permitan incrementar la seguridad en el sistema de utilización de medicamentos en el hospital.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1154. UTILIZACIÓN DEL CMBD PARA LA DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS POR ANTICOAGULANTES

AUTORES: Gil Candel M, Onteniente Candela M, Iniesta Navalón C, Trujillano Ruiz A, Caballero Requejo C, Rentero Redondo L.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia. España

OBJETIVO: Determinar la incidencia de efectos adversos (EA) relacionados con anticoagulantes como motivo de ingreso o de complicación durante la hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que acudieron a urgencias y precisaron hospitalización durante un año (octubre 2014 a octubre 2015) en un Hospital de Referencia de Área de 350 camas. El estudio se centró en los pacientes cuyo diagnóstico de alta de urgencias al ingreso o de hospitalización (tanto principal como secundario) incluía los códigos asociados a EA por anticoagulantes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) (código E934.2) utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) como fuente de datos.

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 el anticoagulante implicado).

Se realizó un estudio descriptivo, mostrando las variables cualitativas como porcentaje y las cuantitativas como medias (desviación estándar). Para comparar la estancia media de los pacientes en función del anticoagulante (HBPM frente anti vitamina K) responsable del EA se realizó la prueba T de Student. Para todos los análisis se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05 y se realizaron con el SPSS v15.0.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 139 casos relativos al período de estudio (53,2% fueron mujeres, con una media de edad de $79,79 \pm 8,7$ años), que representa un 0,67% del total de ingresos y un 0,13% de visitas a urgencias. El 92,2% de los ingresos fueron a cargo de servicios médicos (54,7% Medicina Interna).

El 82,7% de los pacientes presentó el EA durante la estancia hospitalaria mientras que en el 17,3% el EA fue diagnosticado en urgencias siendo causa de ingreso.

En cuanto a la implicación de los distintos anticoagulantes; el 73,3% se relacionó con los agentes anti vitamina K (65,5% acenocumarol), el 24,5% por heparinas de bajo peso molecular (16,5% enoxaparina) y el 2,2% por dabigatrán.

El diagnóstico principal más frecuente fue el de perfil anormal de coagulación (54%), seguido de hematoma no traumático de tejido blando (15%), hematuria (7%), sangre en heces (7%) y efecto adverso no especificado de fármaco (5,8%).

La estancia media hospitalaria fue de $11,76 \pm 9,8$ días; siendo superior en el grupo de pacientes con HBPM frente al grupo con anti vitamina K ($15,8 \pm 11,4$ días, frente $10,5 \pm 9,1$ días, respectivamente; $p=0.029$).

CONCLUSIONES: La incidencia de EA causada por anticoagulantes fue baja en nuestro estudio, destacando que sólo se observaron 3 casos por nuevos anticoagulantes orales.

Un elevado porcentaje de pacientes presentó el EA durante la hospitalización, lo cual demuestra la necesidad de realizar un estudio más exhaustivo del tratamiento concomitante en estos pacientes en el ingreso para valorar un reajuste de dosis y evitar así las complicaciones asociadas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

689. VACUNACIÓN EN PACIENTES QUE INICIAN TERAPIA BIOLÓGICA

AUTORES: Perez Dominguez N, Macia Fuentes L, Fernandez Gonzalez A, Lamas Lopez M, Puente Martinez P. HOSPITAL SAN AGUSTIN. Camino de Heros, 6. Asturias. España

OBJETIVOS: Evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de vacunación indicadas en la Sociedad Española de Reumatología (SER) previo al inicio del tratamiento con fármacos biológicos, haciéndolo extensible a todos los fármacos denominados biológicos (Adalimumab, Abatacept, Etanercept, Golimumab, Natalizumab, Omalizumab, Tocilizumab y Ustekinumab).

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional retrospectivo en el que incluyó a todos los pacientes que iniciaron terapia biológica durante el año 2015 en un Hospital de 430 camas.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de atención especializada Selene®, atención primaria OMI-AP® y de aplicación informática de dispensación Farmatools®, recogiendo las variables: edad, sexo, servicio, indicación, fármaco, hemograma, bioquímica, serología de VHB, VHC y VIH, mantoux, radiografía de tórax, vacunación antineumocócica, antigripal y anti-VHB.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se iniciaron 77 tratamientos con fármacos biológicos (31 Adalimumab, 9 Tocilizumab, 7 Omalizumab, 7 Etanercept, 4 Abatacept, 2 Natalizumab, 1 Golimumab y 1 Ustekinumab). La mediana de edad fue de 49 años y el 54,5% fueron mujeres.

Los servicios prescriptores fueron con un 61% reumatología, 18,2% digestivo, 9,1% neumología, 9% dermatología y con un 2,16% neurología; con las indicaciones 42,3% artritis reumatoide, 14,3% enfermedad de crohn, 14,3% espondilitis anquilosante, 9% psoriasis, 9% asma bronquial, 6,5% artritis psoriásica, 4% colitis ulcerosa y 2,6% esclerosis múltiple.

Al inicio de tratamiento el 100% de los pacientes disponía de radiografía de tórax, hemograma y bioquímica normales y el 88,2% disponía de serología negativa para VHC, VHB y VIH. 15 pacientes recibieron vacuna de recuerdo de anti-VHB, y 3 pacientes necesitaron tratamiento profiláctico de tuberculosis, en el resto de pacientes la prueba de mantoux fue negativa.

Únicamente el 45,5% de los pacientes cumplieron los criterios de vacunación previos al tratamiento recibiendo todas las vacunas (antineumocócica+antigripal), el 22% cumplió únicamente la vacunación antineumocócica, el 10,5% sólo vacunación antigripal y un 22% no recibió ninguna vacuna.

Del total de pacientes 21 ya habían sido tratados previamente con fármacos biológicos, 3 pacientes no tenían serología previa, 5 no estaban vacunados para el neumococo y 8 para la gripe.

Estratificando el estado de vacunación por servicios todos los pacientes de reumatología habían recibido vacunación antineumocócica, mientras que en el resto la tasa de vacunación es muy baja.

CONCLUSIONES: Se observó un bajo grado de cumplimiento de las recomendaciones de vacunación previas al inicio de un tratamiento biológico. Sería conveniente incidir sobre aquellos servicios en los que la tasa es especialmente baja.

Se plantea necesario consensuar un protocolo de recomendaciones de vacunación con los servicios implicados.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

861. VALIDACIÓN EN CIRUGÍA DE UN MÉTODO PARA NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES: GUERRERO AZNAR MD, LÓPEZ RÚIZ JA, ALVARADO FERNANDEZ MD, CASTAÑEDA MACÍAS I, NÚÑEZ ULGAR A, GÓMEZ ROSADO JC.

HOSPITAL VIRGEN MACARENA. Avda Dr Fedriani 57N. Sevilla. España

OBJETIVOS: La descentralización de la notificación de errores de medicación (EM) a nivel de unidades de gestión podría aumentar la motivación multidisciplinar para colaborar en la mejora de la seguridad, pues es razonable que sea más fácil medir daños, comprender causas, buscar soluciones, implantar estrategias de mejora y medir su impacto con un grupo de profesionales cercanos. **OBJETIVO:** demostrar que la implantación de una aplicación informática en red para notificación de EM dentro de la unidad de gestión clínica de cirugía general y digestiva y la monitorización de estos por un grupo multidisciplinar, son un método válido para evaluar la efectividad de una intervención para disminuir EM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal pre-post intervención. Se analizan mensualmente los EM notificados mediante una aplicación informática descentralizada en el comité de seguridad de la unidad. Tras cinco meses de análisis post-implantación del programa, se diseñan estrategias específicas para disminuir errores en medicamentos de alto riesgo (MAR), y posteriormente se monitorizan EM durante un periodo de tres meses previo y posterior a una intervención consistente en: 1.- diseño de posters y de una App para móvil con los datos de seguridad consensuados de los MAR seleccionados tras el análisis de las notificaciones. 2.- difusión en sesión clínica para cirujanos y en sesiones en pequeños grupos para enfermería. La unidad dispone de prescripción electrónica.

RESULTADOS: Tras el análisis de 5 meses, el valor del número-de-EM-notificados-por-10.000 días-de-estancia es: total de errores 82; que alcanzan al paciente 14; con daño 2; que afectan a MAR sin llegar al paciente 3. El 50%, los notifica el farmacéutico y el 48% enfermería. El 83% son errores de prescripción.

MAR involucrados seleccionados sobre los que se hacen recomendaciones: anticoagulantes orales, dexketoprofeno intravenoso (IV), opioides, levotiroxina-IV, furosemida 250 mg-IV, potasio-IV, cloruro sódico 20%-IV, insulinas. valproico-IV, pantoprazol-IV.

Razón de tasas-de-errores-notificados-por-10.000-días-de-estancia pre y post intervención, intervalo de confianza (IC): a) del total de EM: 0,52 (0,27-0,97) $p=0,03$, b) de EM sin daño que alcanzan al paciente: 0,73 (0,14-3,53) $p=0,68$, c) de EM que afectan a MAR sobre los que se ha intervenido 0,365 (0,13-0,91) $p=0,028$. Análisis estadístico con OpenEpi®. No se notificaron errores con daño en ambos periodos.

En los tres meses pre intervención 96% de la notificación la hace el farmacéutico y en los tres meses post el 80% lo notifica farmacéutico y el 20% enfermería.

La mayoría de errores son detectados en el proceso de prescripción: 93% del total en pre-intervención y 80% en post-intervención. Los errores detectados sobre MAR en pre y post-intervención son distintos.

CONCLUSIONES: Este sistema de notificación y seguimiento de EM funciona en cirugía, está basado principalmente en la actividad del farmacéutico, y controla con éxito errores de prescripción. No varía la notificación de errores que afectan al paciente en los periodos pre y post-intervención y sí que disminuyen los errores notificados relacionados con MAR y son distintos. Podemos afirmar que la intervención de mejora sobre MAR en cirugía ha colaborado en la disminución de errores con MAR en el periodo post-intervención estudiado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

344. VARIABILIDAD EN EL REGISTRO DE ALERGIAS ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

AUTORES: Ortiz Pérez S, Caro Teller JM, González Sevilla M, Jiménez Cerezo MJ, Fernández Redondo D, Ferrari Piquero JM.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida Córdoba s/n. Madrid. España

OBJETIVOS: Comparar el grado de coincidencia en el registro de alergias entre las aplicaciones informáticas de los distintos niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria).

MÉTODO: Se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de 2 meses de duración en el que participaron todas las unidades clínicas con prescripción electrónica. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes ingresados con al menos una alergia registrada en la aplicación informática hospitalaria.

La recogida de datos se realizó en una tabla de Excel ® en la que se descargaron los registros procedentes de la aplicación hospitalaria (HCIS®) y se completó con los registros de alergias consultados en la aplicación de atención primaria (HORUS®).

Las variables recogidas fueron: paciente, edad, sexo, servicio, tipo de alergia, calidad de registro y grado de coincidencia.

Se categorizaron 3 grados de coincidencia de acuerdo con las combinaciones posibles:

- HORUS ®: la alergia solo fue registrada desde atención primaria
- HCIS ®: la alergia solo fue registrada desde atención hospitalaria
- DOBLE: la alergia fue registrada en ambas aplicaciones.

RESULTADO: Se incluyeron 723 pacientes en los que se registraron un total de 1280 alergias. El ratio de alergias por paciente fue 1,77. La media de edad fue 62 ± 37 años y el 58,37 % eran mujeres. El 80,47% de las alergias registradas fueron farmacológicas y el 19,53 % no farmacológicas.

De manera global el 42,11 % de todas las alergias fueron registradas en ambas aplicaciones. Únicamente el 21,20% de las alergias no farmacológicas y el 47,18 % de las alergias farmacológicas fueron registradas en ambas aplicaciones.

El registro de alergias en el ámbito hospitalario (80,08%) fue más frecuente que en atención primaria (62,03%).

Del total de las alergias farmacológicas detectadas en el estudio, el 68,08% estaban registradas en atención primaria y el 79,13% en atención hospitalaria. Respecto al total de las alergias no farmacológicas el 37,20% estaban registradas en atención primaria y el 84 % en la aplicación de atención hospitalaria.

Respecto a la calidad del registro en la aplicación hospitalaria se registraron en campo estructurado 86,73% de las alergias mientras que un 13,76% fue registrada en campo libre.

CONCLUSIONES: 1. En nuestro estudio hemos encontrado una gran variabilidad en el registro de alergias en los diferentes niveles asistenciales.

2. En menos de la mitad de los casos se registran en ambos niveles. La mayor concordancia se da en el registro de alergias de tipo farmacológico.

3. En el ámbito de atención primaria se registran sólo un tercio de las alergias no farmacológicas.

4. Sería de gran utilidad el uso de un registro único de alergias al que todos los profesionales sanitarios pudieran acceder para consultar las alergias de cada paciente y completar la información aportada por el resto.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

1139. ADAPTACIÓN AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO.

AUTORES: PICAZO SANCHIZ G, SANTIAGO GALLEGO B, RUBIO CEBRIÁN B, GARRIDO PEÑA N, BLÁZQUEZ RAMOS N, MORIEL S C.

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

OBJETIVOS: Conocer el grado de cumplimiento del protocolo de profilaxis quirúrgica en el servicio de cirugía general y digestivo (CGD). Analizar si el protocolo se incumple por cambio de fármaco o por modificación de dosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado de enero a diciembre de 2015 para conocer el grado de cumplimiento del protocolo de profilaxis quirúrgica en el servicio CDG. A partir del programa Farmatools se seleccionó a los pacientes del servicio CGD que durante el año 2015 tuvieron pautas prequirófano correctamente prescritas. Se revisó la historia clínica en el programa de prescripción electrónica Selene para clasificar a los pacientes por tipo de intervención y tratamiento profiláctico, de acuerdo con el protocolo aprobado por la comisión de Infecciones de nuestro hospital: colorrectal (metronidazol 500 mg + cefazolina 2 g ó metronidazol 500mg + gentamicina 240mg), intestino delgado (cefazolina 2 g, metronidazol 500 mg+ cefazolina 2 g ó metronidazol 500mg + gentamicina 240mg), gastroduodenales y esofágica (cefazolina 2g, cefazolina 3g), hernias (cefazolina 2g), biliar (cefazolina 2g), esplenectomías(cefazolina 2g), apendicectomías(cefazolina 2g ó metronidazol 500mg + gentamicina 240mg), mama (cefazolina 2g).

RESULTADOS: Se revisaron 209 intervenciones con profilaxis quirúrgicas: colorrectales 89 (42.58%), biliares 55 (26.32%), gastroduodenales 25 (11.96%), hernias 17 (8.13%), intestino delgado 12 (5.74%), apendicectomías 6 (2.87%), esplenectomías 3 (1.44%), mama 2 (0.96%). Las prescripciones se adaptaron al protocolo en el 61.72% de los casos, del 38.28% que no cumplían el protocolo solo un caso fue por usar una dosis distinta a la que indicaba el protocolo, siendo la causa más frecuente de incumplimiento usar un antibiótico distinto. Los cambios más fre-

cuentas de antibiótico en cada intervención fueron: 42 (47.19%) intervenciones colorrectales usaron la combinación metronidazol 500mg+ceftriaxona 2g, 13 (23.64%) biliares usaron solo ciprofloxacino 400 mg y 4 (33.33%) intestino delgado cambiaron por metronidazol 500 mg+ceftriaxona 2g.

CONCLUSIONES: La implantación de protocolos permite racionalizar el uso de antibióticos y analizar las desviaciones que se produzcan, lo que permite adaptarlos a las necesidades de cada intervención. Habría que valorar el cambio de cefazolina por ceftriaxona ya que es el principal motivo de incumplimiento del protocolo.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

769. ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO INTRAVÍTREO CON AFLIBERCEPT Y RANIBIZUMAB COMO TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN OFTALMOLOGÍA

AUTORES: MARTÍNEZ BENAVIDES J, CORTELL FUSTER C, LLOPIS SALVIA P, MOYA GIL A, GRAS CLOMER E, CLIMENTE MARTI M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. Avenida Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar la persistencia del tratamiento intravítreo con aflibercept y ranibizumab para la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y el edema macular diabético (EMD) en pacientes no tratados previamente con terapia antiangiogénica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tipo estudio: Descriptivo, observacional y retrospectivo, realizado en un hospital general universitario.

Duración: 14 meses(Enero2015-Febrero2016).

Criterios inclusión: pacientes con terapia antiangiogénica en primera línea con aflibercept o ranibizumab con mínimo 3 administraciones.

Variables: demográficas (edad/sexo), diagnóstico (DMAE/EMD), lateralidad, línea de tratamiento, principio activo, número de administraciones, frecuencia, cambio tratamiento y causa (segunda línea o suspensión) y segunda línea administrada.

Fuente información: historia clínica electrónica (Orion Clinic®) y programa de prescripción electrónica (Farmis-Oncofarm®).

Análisis estadístico: STATA v13.1. El análisis de la persistencia se realizó con el método ELPT (Estimated Level of Persistence with Therapy) mediante la curva de supervivencia Kaplan-Meier según tratamiento y estratificado por patología (el evento no superó el 50% por lo que se seleccionó la media restringida como parámetro de tendencia central). Se realizó la prueba de bondad de ajuste según el test de Kolmogorov-Smirnov. La comparación de curvas se realizó por el test Log Rank. El evento reflejado en la curva fue descrito como un cambio de la primera línea de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 130 pacientes, 33%(n=43) con DMAE y 67%(n=87) con EMD (3 no finalizaron el estudio por exitus). La media de edad fue 73 años (SD=11,2;min-max=47-96), siendo 55%(n=70) mujeres. Aflibercept fue seleccionado primera línea en 20%(n=25) para EMD y 17%(n=21) para DMAE. La frecuencia de administración para aflibercept y ranibizumab fue: 37(SD=19,2) y 38(SD=17,2) días para EMD; 48(SD=4,4) y 24(SD=24,2) días para DMAE, respectivamente.

El 32%(n=41) presentó cambio en el tratamiento, siendo un 56%(n=23) cambio de aflibercept a ranibizumab y viceversa. Un 32%(n=13) de los cambios fueron suspensiones sin cambio a segunda línea por mejoría de síntomas: 29%(n=12) para EMD; 3 con aflibercept y 9 con ranibizumab y 1%(n=1) con ranibizumab para DMAE.

Un 12%(n=5) inició segunda línea (progresión enfermedad) a: dexametasona intravítrea(2%;n=3, todos diagnosticados de DMAE y tratamiento con aflibercept), cirugía retino-vítrea(2%;n=1 con DMAE y ranibizumab) y terapia fotodinámica (2%;n=1 con DMAE y ranibizumab).

Un 68%(n=86) no presentó cambio de tratamiento. Los diagnosticados de EMD en tratamiento con aflibercept y ranibizumab continuaron sin cambios de tratamiento durante 281(IC95%=255-306) y 266(IC95%=240-292) días, respectivamente. Los diagnosticados de DMAE en tratamiento con aflibercept y ranibizumab continuaron sin cambios durante 331(IC95%=283-387) y 181(IC95%=124-238) días, respectivamente. La prueba de bondad indicó que la media restringida se distribuía según la ley normal (p=0,159). En el test Log Rank resultaron diferencias significativas para EMD (p=0,0462) y DMAE (p=0,0087).

Los pacientes tratados con aflibercept discontinuaron tratamiento cuando llevaban una media de 4,25(SD=1,54) administraciones, y con ranibizumab, una media de 3,4(SD=0,66).

CONCLUSIONES: Existe mayor persistencia del tratamiento antiangiogénico para los pacientes tratados con aflibercept, independientemente del diagnóstico que presenten. Además, los tratados con aflibercept presentan mayor número de administraciones antes de cambiar a una segunda línea. La frecuencia de administración para ranibizumab es mayor, que conlleva un aumento del número total de administraciones del fármaco.

93. COMPARACIÓN INDIRECTA ENTRE PEGINTERFERÓN BETA-1A Y OTROS INTERFERONES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE. META-ANÁLISIS BASADO EN MODELOS BAYESIANOS.

AUTORES: GUGLIERI LÓPEZ B, Pérez Pitarch A, Climente Martí M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. Avenida Gaspar Aguilar, 90. Valencia. España

OBJETIVO: Realizar una comparación indirecta de peginterferón beta-1a (Plegridy®) frente al resto de interferones [IFN beta-1a subcutáneo (Rebif®), IFN beta-1a intramuscular (Avonex®) e IFN beta-1b (Betaferon®)] 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.

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 peginterferón beta-1a, IFN beta-1a subcutáneo, IFN beta-1a intramuscular, IFN beta-1b 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 y 96 y se construyó un modelo que describiera la evolución de la ARR con el tiempo. Como variables independientes predictoras del modelo se analizaron: dosis, 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 50 ensayos clínicos con cinco brazos de tratamiento (peginterferón beta-1a 250 mcg cada 14 días, IFN beta-1a subcutáneo 44 mcg 3 veces/semana, IFN beta-1a intramuscular 30 mcg cada semana, IFN beta-1b 250 mcg cada 48h 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 17 ensayos clínicos, con 22 brazos y datos de 2024 pacientes tratados con peginterferón beta-1a, 1524 pacientes con IFN beta-1a subcutáneo, 3428 pacientes con IFN beta-1a intramuscular, 3592 pacientes con IFN beta-1b y 8608 pacientes con placebo. La evolución temporal de la ARR se modeló como una función exponencial negativa que disminuyó hasta una asíntota. Se identificó la dosis como variable predictora de la ARR alcanzada durante el periodo de seguimiento.

2) La mediana de la ARR en semana 96 obtenida mediante simulación fue de 0,10 (IQR 0,17) para peginterferón beta-1a, 0,34 (IQR 0,17) para IFN beta-1a subcutáneo, 0,28 (IQR 0,18) para IFN beta-1a intramuscular, 0,27 (IQR 0,18) para IFN beta-1b y 0,40 (IQR 0,18) para placebo, observándose diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los brazos con placebo y entre peginterferón beta-1a y todos los interferones ($p < 0,0001$), pero no se observaron diferencias en los interferones no pegilados entre sí ($p=0,97$).

CONCLUSIONES: El modelo construido ha mostrado superioridad de peginterferón beta-1a frente a placebo a las dosis establecidas en ficha técnica y la comparación indirecta con el resto de interferones mostró una menor tasa anual de recaídas en el brazo de peginterferón beta-1a. 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 de resultados de ensayos clínicos comparativos.

1134. EFICACIA COMPARADA DE IXEKIZUMAB Y OTROS TRATAMIENTOS PARA PSORIASIS REFRACTARIA

AUTORES: PALOMO PALOMO C, FÉNIX CABALLERO S, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, ALEGRE DEL REY EJ, GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ, CAMEAN CASTILLO M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665. Cádiz. España

OBJETIVOS: Establecer si ixekizumab, 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 PP, 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). En caso de

que para un mismo fármaco existiese más de un estudio, se combinaron los resultados de PASI75 de cada fármaco, empleando para ello la calculadora de meta-análisis de Joaquim Primo. Se realizó la CI de ixekizumab 80 mg c/2 semanas (Q2S) frente al resto de fármacos, mediante el método de Bucher, con la calculadora ITC de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Considerando que el fracaso puede ser recuperado con una segunda línea eficaz, se tomó como valor delta, máxima diferencia aceptable como criterio clínico de no-inferioridad, para PASI75 el valor en estudios previos publicados de CI de biológicos en PP, 14%. Se analizaron gráficamente los resultados y se observó la posición relativa del IC95% y el margen de equivalencia $\pm \square$. Para establecer el posicionamiento, se siguió la Guía ATE.

RESULTADOS: Se incluyeron 18 EC, 3 de ixekizumab, 4 de secukinumab, 2 adalimumab, 2 ustekinumab, 2 apremilast, 5 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 naïve como previamente tratados con biológicos. La diferencia en PASI75 entre ixekizumab 80 mg Q2S y los otros fármacos expresada como RAR(IC95%) fue: ixekizumab 80 mg c/4 semanas (Q4S) [-7%(-2,7;-11,3)], secukinumab 300mg [-8%(-2,3;-13,7)], ustekinumab 90mg [-16%(-6,8;-25,2)], infliximab 3mg/kg [-18,2%(-6,7;-29,7)], infliximab 5mg/kg [-5%(1,1;-11,1)], secukinumab 150mg [-19%(-13,7;-24,3)], adalimumab [-21%(-16;-25,9)], ustekinumab 45mg [-21%(-16;-25,9)], etanercept 2x50mg [-40%(-35;-44,9)], etanercept 2x25mg [-53%(-47,3;-58,7)], apremilast [-58%(-51,9;-64,1)], etanercept 25mg [-74%(-66,9;-81,1)]. Aplicando la Guía ATE, Infliximab 5mg/kg, Ixekizumab Q4S y Secukinumab 300mg se considerarían ATE a ixekizumab Q2S. Infliximab 5mg/kg es equivalente estadística y clínicamente a ixekizumab Q2S, mientras que secukinumab 300mg e ixekizumab Q4S, aunque presentan diferencias estadísticas, éstas serían clínicamente irrelevantes. Por otra parte, tanto infliximab 3mg/kg como ustekinumab 90mg, presentan diferencias estadísticamente significativas frente a ixekizumab Q2W, y además sus IC95% se encuentran en su mayor parte fuera del margen de equivalencia, y no serían ATE. En el resto, sus IC95% se encuentran totalmente fuera del margen $\pm \square$, por lo que existe diferencia estadística y clínicamente relevante.

CONCLUSIONES: Infliximab, secukinumab 300 mg e ixekizumab Q2S y Q4S serían ATE en eficacia entre sí. Etanercept, apremilast, adalimumab y Infliximab 3mg/kg y ustekinumab no podrían ser declarados ATE con respecto a los anteriores. Para una declaración definitiva de ATE, habría que considerar criterios de seguridad y adecuación.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

775. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS MODERADA-SEVERA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS EN RED

AUTORES: ISLA TEJERA B, Ruano Ruiz J, López-Viñau López T, González Padilla M, Vélez García-Nieto A, Gomez García F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. MENENDEZ PIDAL S/N. Cordoba. España

OBJETIVOS: Al realizar una recomendación terapéutica se deben tener en cuenta diferentes factores, no sólo la efectividad de la intervención, sino también el coste y los posible efectos adversos asociados. El presente estudio tiene como objetivo posicionar los diferentes fármacos biológicos aprobados hasta el momento para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada a severa. Materiales y métodos: Se utilizaron las evidencias sobre eficacia y seguridad a corto plazo que obtuvimos mediante una revisión sistemática y un meta-análisis en red (PROSPERO: CRD42015025472) de ensayos clínicos aleatorizados controlados que tuvieran alguna rama con infliximab 5mg.kg-1 cada 8 semanas, etanercept 25mg o 50mg dos veces a la semana, adalimumab 40mg cada dos semanas, ustekinumab 45mg or 90mg cada 12 semanas o secukinumab 300mg cada 4 semanas. A partir de la información extraída en las semanas 10-16, se obtuvieron los valores de Surface Under the Cumulative RAnking probability (SUCRA) para de eficacia (PASI 75, PASI 90,IGA/PGA/sPGA=0/1, DLQI=0/1) y seguridad (efectos adversos totales, serios, secundarios a infecciones y abandonos por efectos adversos). Se estableció un orden jerárquico de todas las opciones de tratamiento contenidas en la red a partir de los valores de SUCRA para eficacia y seguridad.

RESULTADOS: Los valores más altos de SUCRA para PASI 75 y PASI 90 fueron para infliximab 5 mg.kg-1 (95.8%; 87.9%) y secukinumab 300mg (90.3%; 91.9%), seguidos por ustekinumab 90mg (73.2%; 73.8%). La probabilidad de que secukinumab 300mg fuera la opción de tratamiento más eficaz (PASI 90) para un determinado caso es casi del 47% en comparación con infliximab 5 mg.kg-1(44.6%) y ustekinumab 90 mg (4.3%). Por otro lado, la probabilidad de que secukinumab 300mg se asocie a un mayor riesgo de infecciones resulta 2,78 veces mayor que infliximab 5 mg.kg- 1 y el doble que ustekinumab 90 mg. Ustekinumab 45mg y 90mg resultaron ser las opciones de tratamiento con un mayor equilibrio entre eficacia y seguridad.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados podrían ser de utilidad para futuros análisis que incorporen medidas económicas en la evaluación de las diferentes alternativas existentes para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada a severa.

469. EVALUACIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO DE FÁRMACOS CON NUEVA INDICACIÓN EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON ESMO MAGNITUDE OF CLINICAL BENEFIT SCALE Y ASCO FRAMEWORK FOR ASSESSING VALUE IN ANCEER CARE

AUTORES: BARCIA MARTÍN MI, LEGANES RAMOS A, ESTEBAN CASADO S, TORO CHICO P, GOMEZ PEDRERO AM, PEREZ ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORÓN. Calle Budapest, 1. Madrid. España

OBJETIVO: Evaluar el beneficio clínico de los fármacos con nueva indicación para el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis del beneficio clínico de fármacos con nueva indicación aprobada en España para el tratamiento de CPNM localmente avanzado o metastásico. Para llevar a cabo la selección de fármacos se consultó el apartado de nuevas indicaciones del Boletín Mensual de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) entre enero 2015 y febrero 2016. Los fármacos y las indicaciones evaluadas fueron:

- Nab-paclitaxel en combinación con carboplatino en primera línea en pacientes adultos que no son candidatos a cirugía potencialmente curativa y/o radioterapia.
- Crizotinib en primera línea en pacientes adultos con la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) positiva.
- Erlotinib en mantenimiento en pacientes adultos con mutaciones que activan el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y enfermedad estable, tras quimioterapia de primera línea.
- Afatinib en monoterapia en histología escamosa con progresión durante o tras tratamiento con quimioterapia basada en platino.
- Nivolumab tras quimioterapia previa en pacientes adultos con histología escamosa o no escamosa.

La evaluación del beneficio clínico se llevó a cabo por pares utilizando las herramientas European-Society-for-Medical-Oncology-Magnitude-of-Clinical-Benefit-Scale (ESMO-MCBS) y ASCO-Framework-for-Assessing-Value-in-Cancer-Care (ASCO-FAVCC).

Ambas herramientas ponderan variables de eficacia (supervivencia global, supervivencia libre de progresión o tasa de respuesta), variables de seguridad (reacciones adversas grado III ó IV) y calidad de vida.

ESMO-MCBS, aplicable a tumores sólidos, requiere significación estadística para puntuar las diferentes variables, y establece unos valores límites de Hazard-Ratio para otorgar el grado base de beneficio, puntuación que variará con los ítems de seguridad y calidad de vida, otorgando una puntuación en terapias no curativas del 1 al 5.

ASCO-FAVCC, aplicable a tumores sólidos y hematológicos, mide el beneficio clínico con una puntuación del 1 al 130 en terapias no curativas, fijando unos intervalos de incremento de eficacia y seguridad asociados a una puntuación sin valorar la significación estadística. El beneficio calculado puede ser mayor si el fármaco evidencia incremento en calidad de vida y en el intervalo libre de tratamiento conseguido.

RESULTADOS: Los grados de beneficio clínico obtenidos han sido los siguientes: Nab-paclitaxel (puntuación ESMO-MCBS:1, puntuación ASCO-FAVCC:16); crizotinib (ESMO-MCBS:4, ASCO-FAVCC:43); erlotinib (ESMO-MCBS:1, ASCO-FAVCC:16); afatinib (ESMO-MCBS:2, ASCO-FAVCC:26); nivolumab en histología no escamosa (ESMO-MCBS:4, ASCO-FAVCC:32) y nivolumab en histología escamosa (ESMO-MCBS:4, ASCO-FAVCC:68).

CONCLUSIONES: El uso de las escalas ESMO-MCBS y ASCO-FAVCC nos permiten evaluar de manera objetiva el beneficio clínico de un tratamiento quimioterápico frente a la terapia control del estudio. Los resultados obtenidos en la evaluación de los fármacos seleccionados no son comparables entre ambas escalas de manera directa. No obstante, en ambas se observa escaso beneficio clínico en fármacos como erlotinib en mantenimiento, y alto beneficio clínico como nivolumab en CPNM de histología escamosa. Estas herramientas proporcionan un apoyo en la elección del mejor tratamiento para el paciente facilitando la toma de decisiones debiendo actualizarse en base a la evidencia científica disponible.

1216. FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO

AUTORES: MATEOS EGIDO E, LUJAN LOPEZ ME, NUCETE GALLEGO B, LOMBARDERO PIN M, OTERO VILLALUSTRE C, ÁLAMO MEDINA A.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERO INFANTIL. Avda. Maritima Sur, s/n. Las Palmas. España

INTRODUCCIÓN

Múltiples factores influyen en la resistencia al tratamiento diurético oral en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC): reabsorción compensatoria de sodio en intervalos libres de diuréticos, bajo gasto cardiaco, inadecuada absorción de medicación por edema intersticial de la pared intestinal, etc. Estos pacientes requieren habitualmente furosemida intravenosa 3 veces por semana, obligando a la utilización de Hospital de Día, desplazamiento de pacientes y canalización de vía intravenosa. Por ello, se buscó como alternativa, el empleo de infusores elastoméricos para administración continua de furosemida subcutánea (SC) domiciliaria, creándose un protocolo consensuado con la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y el Servicio de Farmacia, en julio de 2015.

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento del protocolo de furosemida SC en pacientes con ICC refractarios o no candidatos a tratamiento oral convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que iniciaron furosemida SC entre agosto de 2015 y abril de 2016, analizando si cumplían el protocolo: a) Indicación: pacientes con ICC agudizada y resistentes al tratamiento combinado con diuréticos orales o contraindicada su combinación; b) Contraindicaciones: edema agudo de pulmón, inestabilidad hemodinámica, hipopotasemia (K+2 kilos, reducción de edemas o mejoría de clase funcional NYHA) y analítica (reducción NT-ProBNP>50%); e) Seguridad: control semanal analítico (creatinina, sodio, potasio, magnesio) y clínico (irritación/infección del sitio de punción y/o deshidratación) f) Retirada: resolución de síntomas congestivos, deshidratación o ausencia de respuesta.

RESULTADOS: Se analizaron 11 pacientes, 4 hombres (36,3%) y 7 mujeres (63,6%). La edad media fue 82 años (rango 74-89). Del total de pacientes, 10 (90,9 %) cumplieron con la indicación y se detectó una contraindicación por inestabilidad hemodinámica. La dosis inicial prescrita sólo se ajustó a protocolo en un paciente siendo la dosis media inicial de $233,63 \pm 40,56$. La media de días de tratamiento fue de $20,25 \pm 16,80$ días. La eficacia no fue controlada según protocolo, sólo se evaluó la reducción de edemas y la pérdida de peso de forma visual, debido a la dificultad para pesar a los pacientes. No se objetivó reducción de NT-ProBNP>50%. En cuanto a la seguridad, el control semanal analítico se realizó en el 54,55%, pero en ningún caso se determinaron niveles de magnesio. La retirada se produjo en 5 (45,45%) pacientes: signos de irritación (n=1), ausencia de respuesta (n=2), resolución de síntomas congestivos (n=2).

CONCLUSIONES: En términos generales, el cumplimiento no se ajusta en su totalidad al protocolo aprobado, salvo en indicación y criterios de retirada de tratamiento. Las dosis de inicio son en la mayoría superiores a la establecida; el seguimiento de eficacia y seguridad es incompleto y se realiza con una periodicidad superior a la recomendada. Cabe destacar que se ha reducido el número de veces en que el paciente acude a Hospital de Día, mejorando su calidad de vida. No obstante, se deberá realizar un seguimiento para mejorar el cumplimiento de dicho protocolo.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

460. INTENSIDAD DE DOSIS EN LOS TRATAMIENTOS DE LAS ALTERACIONES VISUALES RELACIONADAS CON DEGENERACIÓN O EDEMA MACULAR REALIZADOS CON AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB Y/O DEXAMETASONA

AUTORES: Martinez Sogues M, Vallez Valero L, Escudero Marti S, Gil Porquet E, Gilabert Sotoca M, Martinez Castro B. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. Avda. Alcalde Rovira Roure, 80. Lleida. España

OBJETIVOS: Los implantes de dexametasona están indicados en el edema macular diabético (EMD) provocado por las oclusiones venosas retinianas (OVR). Ranibizumab y aflibercept comparten estas indicaciones y además están indicadas en la degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

El objetivo principal del estudio fue describir los patrones de uso de los agentes disponibles para el tratamiento de la patología (ranibizumab, aflibercept y dexametasona en implante) y conocer la intensidad de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los pacientes afectados de problema de visión por alteraciones de la mácula son visitados regularmente por el oftalmólogo que en función de la clínica visual establece una indicación y pauta de tratamiento. La más utilizada en la DMAE es el PRN (seguimiento regular y retratamiento ante evidencia de reactivación de la lesión), mientras que en el EMD y la OVR, se opta por dosis individualizadas dirigidas a conseguir y mantener la mejor agudeza visual. Se realizó un análisis retrospectivo de los listados de programación para aflibercept (A), ranibizumab (R) e implante de dexametasona (D). Se seleccionaron los ojos de pacientes que habían recibido al menos una dosis entre marzo y septiembre 2015 y se verificó el diagnóstico, excluyendo aquellos en los que no constaba alguno de los siguientes: DMAE, EMD y OVR. Se registró el número de tratamientos por ojo llevados a cabo hasta marzo 2016 excluyendo aquellos en los que solo constaba una inyección. Se analizó a través de la historia clínica si eran debutantes o no y en el primer caso se determinó la intensidad de dosis definida como número de inyecciones/4semanas. Se incluyeron 521 ojos programados para 1129 inyecciones. De estas 675 (59,9 %) eran de R, 400 (35,4%) de A y 54 (4,8 %) de D. Se excluyeron 188 ojos-paciente que solo habían recibido 1 dosis de los fármacos a estudio (36,1%) y 77 (14,8%) por diagnóstico.

RESULTADOS: Entre los 256 incluidos en el análisis final la frecuencia de diagnósticos fue: 176 (68,7%) DMAE, 74 (28,9%) EMD y 6 (2,3%) OVR. En lo que respecta a los diferentes tratamientos fue: 113 (44,1%) R, 58 (22,6%) A/R, 53 (20,7%) A y 31 (12,1%) otros. De los incluidos 132 (51,6%) eran debutantes y recibieron una intensidad de dosis superior a los no debutantes: $0,48 \pm 0,22$ inyecciones/4semanas vs $0,34 \pm 0,16$ ($p < 0,0001$). En el global de la cohorte la intensidad de dosis fue de $0,49 \pm 0,25$ para A, $0,43 \pm 0,21$ para R, $0,38 \pm 0,12$ para A/R y $0,31 \pm 0,14$ para otros (ANOVA $p < 0,005$).

CONCLUSIONES: En los pacientes que han recibido dos o más dosis durante el año de observación, la intensidad del tratamiento es diferente según el agente o combinación de agentes utilizados. Estas diferencias podrían deberse a las diferentes estrategias utilizadas (PRN o □treat and extend□) o a diferencias en la efectividad terapéutica de los fármacos. Es necesario diseñar estudios de seguimiento prospectivos con estratificación por diagnóstico para poder valorar si existen estas diferencias. Por otro lado, convendría investigar las razones por las que más de una tercera parte de los ojos solo ha recibido una dosis durante el año de observación.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

450. RECOMENDACIONES TEMPORALES DE USO DE MEDICAMENTOS EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS ELABORADAS POR EL «PROGRAMA DE ARMONIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA» DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

AUTORES: Villamarín Vallejo L, Feliu Ribera A, Bosch Gil JA, Pastor Fàbregas M, Prat Casanovas A, Gilabert Perramon A.

Gerència de Farmàcia i del Medicament. Servei Català de la Salut. Carrer de Sant Quintí, 89, 08026 Barcelona. Barcelona. España

OBJETIVOS: El uso de medicamentos en condiciones diferentes a la autorizadas (M-CDA) es una práctica aceptada en el ámbito hospitalario que permite ofrecer una opción de tratamiento para determinadas poblaciones o en pacientes con patologías poco frecuentes con escasas opciones de tratamiento aprobadas.

Desde la entrada en vigor del RD 1015/2009 en España, la responsabilidad de la autorización del uso de M-CDA, hasta ese momento regulada por la AEMPS, pasó a depender de las comisiones o gerencias de cada hospital. El marco legal actual también contempla que la AEMPS y/o los órganos autonómicos puedan establecer recomendaciones de uso en determinados casos.

A través de la resolución 27/05/2015, el programa de armonización de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (PH-MHDA) se dota de una □Comisión Asesora de Medicamentos en Situaciones Especiales□ (CAMSE), cuyos objetivos son:

1. Armonizar el uso medicamentos MHDA en CDA en el ámbito del CatSalut para garantizar la equidad en el acceso.
2. Conocer la prevalencia de uso de MHDA en CDA, sus resultados en salud y el impacto presupuestario relacionado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identifica el uso de MHDA en CDA a través del Registro de Pacientes y Tratamientos (RPT) disponible en Cataluña desde 2012.

El proceso de evaluación se inicia con la elaboración de un informe en base a la revisión sistemática de la evidencia disponible. Los informes son elaborados por la oficina técnica (OT) del PH-MHDA en colaboración con la CFT de un hospital, adaptando el formato propuesto por el grupo GENESIS de la SEFH.

Durante el proceso, se consideran los protocolos de tratamiento de la patología aprobados en cada centro y se consultan expertos clínicos de diferentes centros que ofrecen su experiencia en el tratamiento de la patología.

Todos los profesionales y las sociedades científicas autonómicas relacionadas tienen la oportunidad de participar en la evaluación enviando comentarios al documento provisional de recomendaciones.

El PH-MHDA establece unas recomendaciones temporales de uso (RTU) de aplicación en el ámbito del CatSalut y los tratamientos con MHDA en CDA deben registrarse en el RPT con la finalidad de conocer resultados en salud. Las RTU son reevaluables en base a la aparición de nueva evidencia y a los resultados obtenidos.

RESULTADOS: La evaluación se ha iniciado por el área de agentes biológicos en indicaciones no oncohematológicas (27,5% del total de usos de MHDA en CDA).

Durante el periodo 2015-2016 se elaboraron 5 informes: uveítis no infecciosa, enfermedad de Behçet, nefritis lúpica, miopatías inflamatorias idiopáticas y esclerosis sistémica. Las tres primeras evaluaciones han sido completadas y las RTUs pueden consultarse en la web del programa: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/avaluacio-harmonitzacio-farmacoterapeutica/phf-mhda/camse/informes/>

CONCLUSIONES: 1- Se ha iniciado el proceso de armonización de uso de MHDA en CDA en el ámbito del CatSalut mediante recomendaciones temporales de uso.

2- El RPT permitirá conocer prevalencia de uso, resultados en salud e impacto presupuestario de los MHDA en CDA.

800. TOPOLOGÍA Y CONSISTENCIA DE UN METAANÁLISIS EN RED PARA EVALUAR EFICACIA A CORTO PLAZO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS MODERADA-SEVERA.

AUTORES: ISLA TEJERA B, RUANO RUIZ J, López-Viñau López T, Cabanillas Juan Luis S, Velez García-Nieto A, Gómez García F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. MENENDEZ PIDAL S/N. Cordoba. España

Introducción: Recientemente se ha incorporado una nueva generación de agentes biológicos que actúan sobre la vía IL-23/Th17 a los fármacos que disponemos actualmente para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada a severa. El presente estudio tiene como objetivo analizar la topología y consistencia de un meta-análisis en red, basado en las recomendaciones de PRISMA NMA 2015, sobre la eficacia a corto plazo de estas opciones terapéuticas. **Materiales y métodos:** Incluimos ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo o con otros biológicos, publicados entre enero de 2000 y septiembre de 2015 y que contuvieran alguna rama infliximab 5mg.kg-1 cada 8 semanas, etanercept 25mg ó 50mg dos veces a la semana, adalimumab 40mg cada dos semanas, ustekinumab 45mg or 90mg cada 12 semanas o secukinumab 300 mg cada 4 semanas para el tratamiento en adultos de la psoriasis en placas moderada a severa (PROSPERO: CRD42015025472). La estructura y geometría de la red se describen por el número de ensayos para cada comparación, el número de comparaciones directas e indirectas entre los biológicos y placebo, el número de loops y closed loops que aparecen en la figura, el nodo con mayor conectividad y el nivel de representación de cada grupo de fármacos en función del mecanismo de acción. **RESULTADOS:** Veintisiete ensayos clínicos aleatorizados fueron identificados [10,629 pacientes aleatorizados: 6,540 a biológicos; 4,089 a tratamientos convencionales]. Todas las opciones terapéuticas resultaron ser más eficaces que placebo. La red, que representa 15 comparaciones directas (9 de biológico vs placebo; 6 d biológico vs biológico), contiene 3 bucles y 3 autobucles, estando representados tanto agentes anti- IL-23/Th17 como anti-TNF- α . Etanercept 50mg dos veces a la semana fue el nodo con mayor conectividad en la red. Infliximab 5mg.kg-1 cada 8 semanas y adalimumab 40mg cada dos semanas no están representados en comparaciones directa con otros biológicos. Se observó una elevada consistencia entre la evidencia directa e indirecta con valores de RoR inferiores a 2.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados podrían ser de utilidad futuros análisis del coste-efectividad incremental de las alternativas terapéuticas para la psoriasis en placas moderada a severa.

933. USO DE TERAPIAS MÁS EFICIENTES EN DIABETES A TRAVÉS DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL

AUTORES: CAMPOS DAVILA E, PUERTO ALONSO JL, ARAUJO RODRIGUEZ FJ, Ramos Baez JJ, Marquez Fernandez E, Gonzalez-Miret Martin JM.

HOSPITAL SAS LA LINEA. AV. MENENDEZ PELAYO, 103. Cádiz. España

OBJETIVOS: Los Servicios Públicos de Salud han desarrollado en la última década una serie de Indicadores de Calidad en la Prescripción (ICP) para promover un uso más adecuado, en términos de eficiencia, de los medicamentos en el medio ambulatorio. Los ICP de Selección miden el uso de aquellos medicamentos considerados de primera elección entre los grupos terapéuticos seleccionados, en aquellas patologías prevalentes en las que mayores desviaciones se han detectado en el pasado. En este estudio analizamos como Farmacia contribuye a mejorar, a través de un programa educativo, dos ICP de selección en Diabetes en una Unidad de Gestión de Medicina Interna (MI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que mide el porcentaje de prescripción de dos indicadores de calidad antes y después de un programa educativo llevado a cabo por Farmacia con MI, que consistió en sesiones clínicas, reuniones con el Director de Unidad de MI y/o reuniones con Dirección Médica y Dirección Gerencia. Asimismo, al Director de la Unidad se le informaba sobre la evolución de la prescripción individual y global de la Unidad cada 3 meses, y a los médicos se les proporcionó información sobre su perfil de prescripción cada dos meses. Los indicadores evaluados fueron: 1º porcentaje de sulfonilureas de elección (gliclazida, glipizida y glimepirida) prescritas frente al total de antidiabéticos orales prescritos, y 2º porcentaje de insulinas de acción intermedia y bifásicas prescritas frente al total de insulinas (excluyendo de acción rápida) prescritas. Los porcentajes de prescripción se midieron en diciembre de 2014, antes del inicio del programa educativo, y en enero de 2016. Los datos de prescripción se obtuvieron del programa oficial del sistema sanitario público para el análisis de la prescripción en recetas. Se evaluó la prescripción de todos los miembros que pertenecieron al equipo de MI al menos un mes durante el tiempo estudiado.

RESULTADOS: Se monitorizó el equipo inicial de ocho médicos. Al final del estudio, uno había abandonado el equipo (traslado de hospital) y un nuevo doctor se había incorporado. Cuatro sesiones clínicas fueron dadas por un Facul-

tativo de Farmacia, se realizaron dos reuniones al año entre el Farmacéutico, Director de MI y Director médico, y el reparto de informes de evolución □ individuales y globales- se realizó en el 100% de casos posibles. Inicialmente, la prescripción de sulfonilureas de elección era del 6,60%, y aumentó al 25,22% un año más tarde, y el porcentaje de insulinas de acción intermedia y bifásicas aumentó de un 11,65% inicial a un 40,97%.

CONCLUSIONES: A través de un programa educativo basado en la revisión y discusión de la evidencia científica actualizada con los clínicos y una estrategia de información continua, fue posible la mejora en el uso de fármacos más eficientes en terapia diabetológica. El programa tuvo buena aceptación entre los médicos, y el compromiso de Dirección Médica en el seguimiento fue importante para obtener estos resultados.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

667. UTILIZACIÓN FUERA DE INDICACIÓN DE MICOFENOLATO SÓDICO Y MICOFENOLATO MOFETILO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: TALLÓN MARTÍNEZ JC, PÉREZ MORALES A, LARROSA ESPEJO I, BORREGO HERNANDO MI, FERNÁNDEZ RUIZ-MORÓN A, HERNÁNDEZ TAPIAS S.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTIN LAGOS. Madrid. España

OBJETIVO: Analizar las situaciones clínicas en las que se solicita el inmunosupresor micofenolato para indicaciones no autorizadas en sus dos formas comercializadas, la sal micofenolato sódico (MS) y el profármaco micofenolato mofetilo (MMF), con el objetivo de establecer los servicios donde se emplean, el uso en indicaciones no aprobadas en ficha técnica y las diferencias en la utilización en cada una de las presentaciones del inmunosupresor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan las prescripciones y diagnósticos de todos los pacientes con tratamiento activo a los que se haya dispensado MS o MMF en el primer trimestre de 2016 en un hospital de tercer nivel. Se seleccionan todos los pacientes que acudieron a la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia a partir de la aplicación informática Farmatools®. Los diagnósticos se obtienen utilizando la aplicación pkUsos 2.0 de medicamentos en situaciones especiales.

RESULTADOS: Se incluyen 80 pacientes, un 68,7% (55) en tratamiento con MMF y el 31,3% restante con MS.

De los 55 pacientes a los que se dispensa MMF, un 50,9% (28) pertenece al Servicio de Reumatología, principalmente con la indicación de lupus eritematoso sistémico (LES) (13). Otras indicaciones a destacar son esclerodermia (5), síndrome de Sjögren (3) y síndrome antisintetasa (2). Un 20% (11) pertenece al Servicio de Neurología, con las indicaciones de neuritis óptica (6) y miastenia gravis (3) como las más habituales. El 20% (11) de los pacientes corresponde al Servicio de Nefrología, con la nefritis lúpica como indicación más frecuente (5), seguido de las indicaciones de síndrome nefrótico (3) y profilaxis del rechazo agudo de trasplante renal con combinaciones de inmunosupresores no aprobadas en ficha técnica (2). El 9% restante (5) pertenece al Servicio de Dermatología, con las indicaciones de lupus discoide (2), pénfigo (2) y dermatitis atópica severa (1).

Con MS se registran 25 pacientes, siendo el 88% (22) del Servicio de Nefrología y principalmente con la indicación de profilaxis del rechazo agudo de trasplante renal en combinación con tacrólimus (17). Un 8%(2) de los pacientes pertenece al Servicio de Digestivo, con la indicación de colitis ulcerosa, y el 4%(1) restante al Servicio de Reumatología con indicación en la enfermedad de Still del adulto.

CONCLUSIONES: El micofenolato es un inmunosupresor utilizado frecuentemente en la práctica clínica en condiciones fuera de ficha técnica. En nuestro estudio, MMF es utilizado en el tratamiento de enfermedades autoinmunes principalmente por el Servicio de Reumatología, destacando la indicación en LES. Aunque en la Guía de Práctica Clínica de LES editada por el Ministerio de Sanidad (2015) se indica la posibilidad de utilizar tanto MMF como MS, en la bibliografía y en la práctica clínica se utiliza MMF de manera preferente.

El MS se emplea principalmente en el Servicio de Nefrología, siendo la indicación más frecuente la profilaxis del rechazo agudo en pacientes sometidos a trasplante renal, que aunque se trata de una indicación autorizada, no lo es así en la combinación con tacrólimus.

CLASIFICACIÓN: SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

171. ¿SE ADECUA EL USO DE ANTIFÚNGICOS A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

AUTORES: MARTÍN RIZO L, ARNAIZ DIEZ S, RIVERO CAVA MS, MALPARTIDA FLORES M, MARTÍN CILLERO MT, FERNÁNDEZ LISÓN LC.

HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. AVENIDA PABLO NARANJO S/N. Cáceres. España

OBJETIVO: Analizar el perfil de utilización de antifúngicos en el hospital y su adecuación a las guías de práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo prospectivo de tres meses de duración (octubre-diciembre de 2015) en el que se incluyeron los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización con sistema de distri-

bución de medicamentos en dosis unitaria y con algún antifúngico prescrito. La revisión de los pacientes se realizó a través de la historia clínica informatizada, los datos de laboratorio y el módulo de unidosis de Farmatools®. Se recogieron los siguientes datos: Sexo, servicio, diagnóstico, cultivo microbiológico, clínica del paciente y antifúngico prescrito.

La adecuación de los tratamientos se valoró en base a las fichas técnicas y las guías clínicas publicadas.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 106 prescripciones correspondientes a 87 pacientes (63,2% hombres y 36,8% mujeres). La distribución por servicios fue: 50 pacientes de onco-hematología (57,5%), 12 pacientes de medicina interna (13,8%), 10 pacientes de nefrología (11,5%), 8 pacientes de cirugía (9%) y 7 pacientes correspondientes a otros servicios (8,2%).

En función del tipo de prescripción se diferencian:

- Tratamiento dirigido en 32 pacientes, correspondientes a 40 prescripciones (37,8%), con cultivo positivo para *Candida* en el 97% de los casos. El 3% restante dio positivo para *Aspergillus*. El 62,5% de los tratamientos fueron con fluconazol, el 12,5% con voriconazol, el 12,5% con caspofungina, el 7,5% con micafungina, el 2,5% con anfotericina y el 2,5% con anidulafungina. El 21% (7 pacientes) requirió un cambio de antifúngico.

- Tratamiento empírico en 28 pacientes, correspondientes a 30 prescripciones (28,3%). El antifúngico más prescrito fue fluconazol en un 43,3% de los casos. Le siguió voriconazol con un 23,3% y anfotericina en un 13,3%. Micafungina se utilizó en un 10%, caspofungina en un 6,7% y posaconazol en un 3,4%. El 7,1% (2 pacientes) requirió un cambio de antifúngico.

- Tratamiento profiláctico en 34 pacientes, correspondiente a 36 prescripciones (33,9%). En un 55,6% se utilizó fluconazol seguido de posaconazol, en un 22,2%. El voriconazol se utilizó en un 11,1% de las prescripciones, micafungina en un 5,5% y caspofungina y anidulafungina en un 2,8%. En este caso, 2 pacientes (5,8%) requirieron un cambio de tratamiento.

CONCLUSIONES: El uso de antifúngicos se adecua bastante a las guías de práctica clínica. Entre los azoles el fluconazol fue el más utilizado, tanto para tratamiento empírico, profiláctico y dirigido, debido al predominio de cultivos positivos para *Candida* spp. sensibles al mismo. En segundo lugar el posaconazol para profilaxis y el voriconazol para tratamiento dirigido y empírico, siendo los antifúngicos más utilizados en pacientes onco-hematológicos, que suponen el principal grupo de pacientes de la muestra. Entre las equinocandinas destaca la caspofungina, tanta para *Candida* como para *Aspergillus*.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

160. AMPLIANDO LA CARTERA DE SERVICIOS: FARMACÉUTICO EN URGENCIAS PARA OPTIMIZAR LA CONCILIACIÓN AL INGRESO

AUTORES: Arenas Villafranca JJ, Blanco Rivas ME, Muñoz Gómez-Millán I, Álvaro Sanz E, Moreno Santamaría M, Tortajada Goitia B.

Costa del Sol. Autovía A7 km 187. Málaga. España

OBJETIVO: Describir la actividad derivada de la integración física de un farmacéutico en urgencias a tiempo parcial para la realización de un plan de conciliación de la medicación al ingreso. Analizar las características de los pacientes conciliados por el farmacéutico y/o el médico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los datos correspondientes a un trimestre de trabajo tras la implantación de un farmacéutico en urgencias para realizar la conciliación al ingreso según la siguiente metodología: el farmacéutico acude diariamente al servicio urgencias durante dos horas al final del turno de mañana, allí revisa y valida el tratamiento hospitalario al ingreso y, paralelamente, chequea si el médico ha realizado la conciliación de la medicación domiciliar y si ésta ha sido realizada correctamente. A los no conciliados por el médico, el farmacéutico les realiza una entrevista estructurada, previa recopilación de la información farmacoterapéutica disponible en historia clínica electrónica, posteriormente elabora un informe en dicha historia clínica, recogiendo toda la medicación (principio activo, dosis, forma farmacéutica, pauta) y recomendaciones útiles sobre errores detectados relacionadas con la medicación. Todas las conciliaciones se registran en el soporte de prescripción electrónica Unidosis® como intervención ☐ conciliación urgencias ☐ , dándose tres escenarios posibles: Conciliados correctamente por su médico; conciliados por su médico pero con errores (de posología, por omisión o por sobreprescripción de fármacos); y conciliados por el farmacéutico. En la muestra a analizar se incluyeron todos los pacientes >18 años, excluyéndose pacientes de Ginecología. La información se recogió en una base de datos además de variables demográficas y servicio de origen, clasificándose en quirúrgico o médico. Se analizaron estadísticos descriptivos, variables cuantitativas como media y desviación estándar y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje. Se estudió la relación entre las conciliaciones hechas por el farmacéutico con respecto a si el paciente ingresaba en especialidad médica o quirúrgica mediante test de Ji-cuadrado.

RESULTADO: Se realizó revisión del tratamiento domiciliario en 263 pacientes (16% de los ingresos diarios); de ellos, el 77,6% (204 pacientes) tenía medicación previa con una edad media de 70 ± 15 años (71% mayores de 65 años), 57,4% hombres. El 71,6% de los pacientes con medicación ingresó en especialidades médicas, principalmente Medicina Interna (34,3% del total) y Cardiología (17,2%); el 28,4% restante ingresó en especialidades quirúrgicas destacando Cirugía (10,3%) y Traumatología (7,4%). Del total de conciliaciones realizadas, el 34,3% fueron realizadas correctamente por el médico, el 23,5% fueron conciliadas por el médico pero con algún error y el 42,2% restante fueron conciliadas por el farmacéutico. Se observó un porcentaje mucho mayor de conciliaciones realizadas por el farmacéutico en las especialidades quirúrgicas (60,3%) y menor en las especialidades médicas (34,9%) ($p=0.002$).

CONCLUSIONES: Aproximadamente la mitad de los pacientes que ingresan desde urgencias son conciliados gracias a la intervención del farmacéutico, además, en casi la mitad de los pacientes conciliados por el médico, el farmacéutico ayuda a detectar errores de conciliación. La conciliación llevada a cabo por el farmacéutico es significativamente relevante en los pacientes quirúrgicos.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

235. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.

AUTORES: Romero Candel G, Monteagudo Martinez N, Marco del Rio J, Sanchez Rubio F, Diaz Rangel M, Domingo Chiva E.

Hospital Universitario Albacete. Hermanos Falco 37. Albacete. España

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas, durante la rotación de un residente de 4º año por el área observación del Servicio de Urgencias de un hospital de 3er nivel. Describir la IF realizadas, tipos de error de medicación detectados y su gravedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico, prospectivo de 4 semanas de duración, realizado durante la rotación del residente en el área de Urgencias en horario de mañana. Las IF realizadas se basaron en la revisión de la historia farmacoterapéutica de los pacientes en atención primaria además de la prescripción médica realizada en urgencias. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, comorbilidades, fármacos que tomaba el paciente en su domicilio así como los fármacos administrados en observación de urgencias. Las IF fueron clasificadas según el Estudio EMOPEM del 2013, el tipo de error de medicación según el documento de la American Society of Hospital Pharmacists (AASHP) *Guidelines on preventing medication errors in hospitals* y la gravedad según Taxonomy of medication errors de 1998 del Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). Se recogieron estos datos en una tabla Excel y se analizaron.

RESULTADOS: El farmacéutico realizó intervenciones en 113 pacientes, la media de edad fue $71 \pm 16,41$ años y el 72% fueron hombres. Las causas principales de la atención en urgencias fueron: 28% causa cardiaca, 17% respiratoria, 13% digestiva, 8% neurológica, 8% infección respiratoria, 5% alteraciones metabólicas, 5% problemas cardio-respiratorios, 4% oncológicos y 3% deterioro del estado general. La media de comorbilidades fue $3,34 \pm 1,55$ por paciente. La media de medicamentos de su tratamiento domiciliario fue $7,6 \pm 4,25$ y el número medio de fármacos administrados en observación fue $5,4 \pm 4,25$.

Se realizaron 157 IF, una media de $1,38 \pm 1,66$ por paciente. El 41% de las intervenciones fueron por prescripción incompleta, el 35% por omisión de tratamiento, el 8% por ajuste de dosis en insuficiencia renal y un 4% recomendación de monitorización de fármacos. El tipo de error más común fue error en la prescripción (omisión de dosis, vía o frecuencia) con un 48%, medicación no prescrita 37%, dosis incorrecta 5%, transcripción incorrecta 4%, monitorización incorrecta 3%, otros errores 3%. Respecto a la gravedad el 44% de los errores alcanzó al paciente pero no lo produjo daño, el 38% no alcanzó al paciente, el 6% alcanzó al paciente y requirió monitorización, un 4% causó daño temporal al paciente y requirió intervención, 4% causó daño temporal al paciente y prolongó la estancia hospitalaria, 2% comprometió la vida del paciente y requirió intervención para mantenerlo con vida y otro 2% causó daño temporal al paciente.

Los grupos de fármacos sobre los que se realizaron las intervenciones fueron 30% cardiovascular, 18% respiratorio, 8% antibióticos, 7% antiepilépticos, 7% inmunosupresores, 7% antidiabéticos, 4% anticoagulantes.

Conclusiones.

La presencia de un farmacéutico en el servicio de urgencias, permite realizar IF de forma simultánea a la atención médica, lo que facilita detectar in situ errores de medicación potencialmente graves, pudiendo realizar recomendaciones y estimulando el desarrollo de programas de atención farmacéutica para su prevención.

765. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

AUTORES: Fernández Peña S, López González AM, Varela González-Aller J, Cárdbaga García ME, Sánchez Sánchez MT.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. C/ Ramón y Cajal s/n. Valladolid. España

OBJETIVOS: Análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en los pacientes de la Sala de Observación de Urgencias (SOU) de un hospital de tercer nivel y clasificación de la población atendida por grupos estratificados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo de 2 meses de duración (15-Febrero a 15-Abril 2016). Se incluyen los pacientes atendidos durante el proceso de conciliación de la medicación al paciente urgente en la SOU. La conciliación se realiza de lunes a viernes, durante 60 minutos por dos farmacéuticos. La SOU del hospital tiene 18 camas.

Los pacientes se estratifican en cuatro niveles: G0 (población sana), G1 (enfermedad crónica inicial y estable), G2 (dos o más enfermedades crónicas estables) y G3 (crónicos pluripatológicos complejos). La codificación se obtiene del programa de historia clínica electrónica de Atención Primaria (MEDORA), según la Estrategia de Atención del Paciente Crónico de la Comunidad Autónoma.

La medicación se concilia con las siguientes herramientas: historia en papel de la SOU, historia clínica informatizada del hospital (Gestión de Informes Clínicos® versión 5.51) y MEDORA.

Se registran las siguientes variables: edad, género, tipo de IF, grupo terapéutico del medicamento sobre el que se interviene (según clasificación ATC), forma de comunicación de la IF al médico/enfermera y grado de aceptación.

Las IF se clasifican en diferentes categorías y tipos:

- Indicación: indicación no tratada, duplicidad terapéutica.
- Efectividad: dosis/pauta (incorrecta o ausente), intercambio terapéutico.
- Seguridad: error de medicación (prescripción o transcripción del personal de enfermería errónea), contraindicado por factor de riesgo.

RESULTADOS: Se concilia la medicación en 312 pacientes y se interviene en 91: (51% hombres y 49% mujeres), mediana de edad 80 [rango 17-97] años, la distribución según cronicidad: 6,3% (G0); 22,3% (G1); 24,1% (G2), 41,1% (G3) y 6,2% no estratificados.

Se realizan 112 intervenciones con una media 3,5 [rango 1-8] intervenciones por día de trabajo.

La distribución por tipo de intervención es la siguiente:

- Indicación (32,1%): 29,5% (indicación no tratada); 2,6% (duplicidad terapéutica)
- Efectividad (53,6%): 19,6% (dosis incorrecta o ausente); 34% (intercambio terapéutico)
- Seguridad (14,3%): 5,3% error de medicación, 9% contraindicado por factor de riesgo

Las IF son principalmente sobre los grupos: C (38%), N (22,5%), J (8%), B (4%).

El 83% de las intervenciones se comunican por escrito, el 9% oral más escrito y sólo el 8% verbalmente.

El 60% de las intervenciones realizadas se acepta, el 1% no se acepta y el 39% no seguidas.

CONCLUSIONES: - Se interviene sobre un tercio de los pacientes, la mayoría son de edad avanzada y crónicos pluripatológicos complejos (G3).

- La Atención Farmacéutica en Urgencias es eficiente según el número de intervenciones/día y tiempo empleado para efectuarlas.

- Un porcentaje elevado de las intervenciones se realizan para dar continuidad asistencial, (intercambio terapéutico y omisión no justificada de tratamientos). La mayoría de las IF son aceptadas.

- Nuestra oportunidad de mejora son las intervenciones que no seguimos por el dinamismo de la SOU, la falta de prescripción electrónica en la SOU y coordinación durante las transiciones asistenciales.

15. DIFERENCIAS EN LAS INTOXICACIONES POR FARMACOS SEGÚN LA INTENCIONALIDAD

AUTORES: MARIN CASINO M, PALLAS VILLARONGA O, CALPE PERARNAU X, DE ANTONIO CUSCO M, MONGE ESCARTIN I, SUPERVIA CAPARROS A.

HOSPITAL DEL MAR. Pº. Marítimo, 25-29. Barcelona. España

En nuestro medio, los fármacos representan la segunda causa más frecuente de intoxicaciones que son atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios tras las drogas de abuso.

OBJETIVOS: Conocer las características de las intoxicaciones por fármacos que son atendidas en Urgencias. Determinar si existen diferencias según la intención de la intoxicación sea autolítica o accidental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las intoxicaciones por fármacos visitadas en Urgencias durante el periodo 2009 a Junio de 2014. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la intención de la intoxicación: autolítica o accidental. Se recogieron datos de filiación, procedencia, lugar de intoxicación, fármaco implicado, antecedentes de intoxicaciones previas y antecedentes psiquiátricos, uso de antidotos, destino al alta y cumplimiento de comunicado judicial. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se recogieron 3047 intoxicaciones, de las cuales 1074 fueron por fármacos. La edad media de los pacientes intoxicados era 46,7 (20) años, 52,5% mujeres y un 77,9% de procedencia autóctona. De las 1074 intoxicaciones, en 449 (41,8%) la intencionalidad fue autolítica y en 613 (57,2%) fue accidental.

Los intoxicados con ideación autolítica tenían una edad media superior a los de causa accidental (36 (16) vs 30 (11) años; $p < 0.001$), predominaba el sexo femenino (57,7% vs 48,6%; $p=0.004$), tenían más antecedentes psiquiátricos (78,4% vs 63,6%; $p < 0.001$) y se intoxicaron más frecuentemente en domicilio (82,4% vs 59,5%; $p < 0.001$). Los fármacos más frecuentemente utilizados en ambos grupos fueron las benzodiacepinas (69,4% vs 67,6%; $p=ns$). Los pacientes con intencionalidad autolítica utilizaron más frecuentemente antidepresivos (22,7% vs 10,7%; $p < 0.001$), neurolépticos (17,7% vs 11,3%; $p=0.016$), AINEs (14,6% vs 1,3%; $p < 0.001$) y paracetamol (12,4% vs 2,9%; $p < 0.001$) y con menor frecuencia opiáceos (5,5% vs 15,3%; $p < 0.001$) y digoxina (0,3% vs 20,8%; $p < 0.001$). No existían diferencias en el consumo concomitante de alcohol entre ambos grupos (41,8% vs 58,2%). Los pacientes con intención autolítica utilizaron más de un fármaco con mayor frecuencia (28,4% vs 13,5%; $p < 0.001$) pero la asociación de drogas de abuso fue inferior (24,9% vs 75,1%; $p < 0.001$). No se observaron diferencias en la administración de antidotos, pero sí en la administración de carbón activo (46,4% vs 8,6%; $p < 0.001$). El destino mayoritario fue alta a domicilio, si bien los pacientes con ideación autolítica precisaron mayor porcentaje de ingresos en Psiquiatría (4,3% vs 1,4%) y UCI (8,4% vs 1,4%) ($p=0.034$). Se realizó consulta urgente al psiquiatra de guardia en el 86,6% vs 23,3% ($p < 0.001$). El comunicado judicial fue cursado en un 25,8% de los pacientes con intención autolítica y un 15,5% de los pacientes intoxicados accidentalmente ($p < 0.001$). Se produjeron dos exitus, uno en cada grupo.

CONCLUSIONES: La intención autolítica representa casi la mitad de las intoxicaciones por fármacos. El fármaco más frecuentemente implicado son las benzodiacepinas, con un mayor porcentaje de poliintoxicación con más de un fármaco y se asocia alcohol en casi la mitad de casos. El carbón activado se administró con más frecuencia y precisaron ingreso en Psiquiatría y UCI con mayor frecuencia. La implementación de comunicado judicial es baja.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

241. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO ONDANSETRÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

AUTORES: Macia Fuentes L, Perez Dominguez N, Lamas Lopez M, Fernandez Gonzalez A, Rigueira Garcia AI, Puente Martinez P.

Hospital San Agustín. Camino de Heros 4. Asturias. España

OBJETIVO: Las recientes restricciones de uso de los procinéticos clásicos en poblaciones pediátricas han obligado a buscar alternativas para el manejo de los vómitos pediátricos, para evitar la deshidratación y la hospitalización. Se plantea evaluar la eficacia y seguridad del uso de ondansetron off label en urgencias pediátricas tras la implantación de un protocolo específico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se consensuó con el Servicio de Urgencias y el Servicio de Pediatría un protocolo específico para la dispensación de ondansetrón en población pediátrica.

Estudio observacional retrospectivo de la administración de Ondansetron en el Servicio de Urgencias durante 4 meses.

Del formulario específico y de la historia clínica electrónica SELENE® se recogieron como variables: la edad, el peso, la dosis recibida, el número de dosis, diagnóstico, si el paciente preciso hospitalización y la presencia de algún tipo de efecto adverso.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel®

RESULTADOS: En total se trataron 50 pacientes, con una mediana de edad de 5 años y un peso medio de 20 kg. La indicación en el 48% de los pacientes fue gastroenteritis aguda (GEA) con vómitos y en el 52% vómitos inespecíficos. La dosis media utilizada fue de 3 mg. Las recomendaciones de dosificación en pacientes pediátricos se establecen en 0,15 mg/kg, en nuestra población la mediana fue de 0,17 mg/kg. 21 pacientes recibieron una dosis mayor a la recomendada siendo la posología adecuada al peso en el 40% de los pacientes. La mayoría de pacientes (92%) precisó de una única dosis para el control de los vómitos. Del total de la población estudiada, 4 pacientes precisaron de hospitalización.

En cuanto al perfil de seguridad no se objetivaron reacciones adversas directamente imputables al uso de Ondansetron.

CONCLUSIONES: - Ondansetron se mostró como una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de vómitos y facilitó la rehidratación oral en los Servicios de Urgencias.

- La protocolización y la colaboración entre servicios facilitó el acceso a este fármaco y la evaluación de sus resultados.
- Son necesarios más estudios para establecer su papel a la hora de evitar la hospitalización.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

1113. ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MENORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: TOVAR POZO M, DE LORENZO PINTO A, GARCÍA SÁNCHEZ R, RODRIGUEZ HUERTA AM, CASTUERA GIL A, SANJURJO SÁEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. Dr. Esquerdo, 46. Madrid. España

Introducción

El manejo de la anticoagulación en el Servicio de Urgencias (SU) es un problema clínico frecuente que pone en riesgo al paciente si no se realiza de una manera correcta. A pesar del elevado porcentaje de enfermos anticoagulados que son sometidos a procedimientos invasivos menores en el SU, la existencia de guías de ayuda acerca del manejo resulta aún limitada.

OBJETIVO: Elaboración de un documento de consenso para el manejo del paciente anticoagulado sometido a procedimientos invasivos menores en el SU.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión sobre el manejo de la anticoagulación durante procedimientos invasivos menores. Se incluyeron los anticoagulantes orales comercializados (acenocumarol, warfarina, dabigatran, rivaroxaban y apixaban) y los procedimientos invasivos menores más frecuentes del SU (artrocentesis, toracentesis, paracentesis, endoscopia digestiva alta y baja, punción lumbar e inserción de marcapasos).

En abril de 2016, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed utilizando los siguientes términos: («antithrombotic therapy»[All Fields] OR «anticoagulant»[All Fields] AND «perioperative»[All Fields] OR «invasive procedures»[All Fields]). Adicionalmente, se realizó una búsqueda en Uptodate®, Thompson Micromedex® y Lexicomp® y ficha técnica del fármaco. Un grupo formado por profesionales del SU, Hematología y Farmacia del hospital evaluó la información obtenida y elaboró un documento de consenso.

RESULTADOS: En todas las fuentes bibliográficas se recoge la importancia del análisis por casos y la evaluación de tres aspectos fundamentales: riesgo hemorrágico del procedimiento, riesgo tromboembólico del paciente y urgencia del procedimiento según la situación clínica del enfermo.

Los procedimientos invasivos que se realizan en el SU se clasifican en riesgo hemorrágico bajo: 1,5% o áreas vulnerables (inserción de marcapasos, punción lumbar y endoscopia digestiva terapéutica). El riesgo tromboembólico del paciente depende de la indicación del anticoagulante.

Si el procedimiento no es urgente, se recomienda suspender los antivitamina K y realizar cuando el INR

En el post-procedimiento, se debe asegurar la hemostasia antes de iniciar la anticoagulación. La recomendación general es iniciar HBPM a dosis intermedias (si riesgo tromboembólico alto) o profilácticas (si riesgo tromboembólico bajo) junto con el antivitamina K a las 8-12 horas del procedimiento hasta obtener un INR en rango. Los ACOD se reiniciarán a las 8-12 horas. Si el paciente está inestable, no tolera la vía oral, o tiene alguna contraindicación, se administrará HBPM en monoterapia. Si el procedimiento ha sido de alto riesgo hemorrágico esperar 12h para todos los anticoagulantes.

CONCLUSIONES: La heterogeneidad de la bibliografía encontrada hace imprescindible la elaboración de un documento de consenso que reduzca la variabilidad del manejo de la anticoagulación y garantice la seguridad de los pacientes sometidos a procedimientos invasivos menores en los SU.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

701. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA REDUCIR LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: Navarro Pardo I, Castiella García M, Real Campaña JM, Escolano Pueyo A, De la ILLAMA Celis N, Povar Marco J.

Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica, 1-3, 50009. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Estimar la prevalencia del uso de fármacos contraindicados en pacientes con enfermedad de parkinson (EP) en el Servicio de Urgencias del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes tratados con fármacos antiparkinsonianos que ingresaron tras acceder al Servicio de Urgencias entre octubre-2013 y abril-2016. El estudio consta de 3 fases. 1ª: Evaluación de la frecuencia de prescripción de fármacos contraindicados en pacientes con EP detectados en el proceso de conciliación. 2ª: Desarrollo de recomendaciones y difusión en noviembre-2015 mediante sesiones educativas y un cartel informativo sobre el uso de fármacos contraindicados en EP y sus alternativas. 3ª: Evaluación de resultados tras la intervención. Se utiliza la prueba estadística chi cuadrado para determinar las diferencias de prescripción antes y después de la intervención. Los datos de prescripción y administración se han obtenido del programa PCH-Urgencias®.

RESULTADOS: En el estudio previo a la intervención se evaluaron 126 pacientes admitidos en el Servicio de Urgencias entre octubre-2013 y septiembre-2015 (48% hombres, media de edad 82 ± 1 año y $2,6 \pm 1,8$ episodios/paciente). Tras la intervención realizada en noviembre, se evaluaron 80 pacientes con EP que ingresaron tras acceder al Servicio de Urgencias (51% hombres, media de edad 82 ± 7 años y $1,1 \pm 0,4$ episodios/paciente). No se encontraron diferencias entre el tratamiento antiparkinsoniano previo y posterior a la intervención: 73% levodopa/carbidopa, 15% levodopa/benserazida, 4% levodopa/carbidopa/entacapona, 2% levodopa/carbidopa+levodopa/benserazida y 1% levodopa/carbidopa+ levodopa/carbidopa/entacapona. Se prescribieron fármacos contraindicados en el 43% (54/126) de los pacientes antes de la intervención y en el 21% (17/80) de los pacientes tras la intervención, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$). Los fármacos más prescritos previo a la intervención fueron metoclopramida 41%, haloperidol 39%, metoclopramida+haloperidol 15% y flunarizina 2% y el régimen de administración fue pauta fija 27%, si precisa 71% y ambos 2%. Los fármacos más prescritos tras la intervención fueron metoclopramida 35% y haloperidol 65% y el régimen de administración fue pauta fija 35% y si precisa 65%. Estos fármacos fueron administrados en el 59% de los pacientes (32/54) previo a la intervención: haloperidol 41%, metoclopramida 38% y haloperidol+metoclopramida 19%. Tras la intervención se administraron en el 47% (8/17): haloperidol 50% y metoclopramida 50%. De los 14 pacientes que ingresaron antes y tras la intervención se prescribieron fármacos contraindicados en 9 (64%) previo a la intervención, siendo administrado a 7 y tras la intervención se prescribieron a 2 (14%) y solamente a uno de ellos se le administró. En 18 pacientes (23%) se prescribió alguno de los fármacos propuestos como alternativas tras la intervención: quetiapina (83%) y ondansetron (17%).

CONCLUSIONES: La administración de fármacos contraindicados en EP conlleva un aumento del riesgo de síndrome extrapiramidal. Existe evidencia del uso inapropiado de estos fármacos en pacientes durante su estancia en el Servicio de Urgencias. Mediante la implantación de un programa de intervención para abordar este problema se ha logrado reducir la prevalencia del uso de fármacos contraindicados en EP en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Sin embargo, es necesario repetir la formación para continuar reduciendo las prescripciones inadecuadas.

CLASIFICACIÓN: URGENCIAS

553. ROTACIÓN EXTERNA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y ENTREVISTA CLÍNICA CON EL PACIENTE

AUTORES: de Temple Pla M, García- Peláez M, Gómez Valent M, de Castro Julve M, Gorgas Torner MQ. Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari. Parc Taulí s/n. Barcelona. España

OBJETIVOS: 1. Conciliar la medicación de los pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA) del Servicio de Urgencias (SU) con previsión de ingreso.

2. Detectar, clasificar y analizar las discrepancias, errores de conciliación (EC) y problemas relacionados con la medicación (PRM) de la prescripción en el SU.

3. Realizar la entrevista clínica al paciente para analizar el grado de concordancia de la receta electrónica (RE) con la medicación real que toma.

MÉTODO: Estudio prospectivo realizado en un hospital de segundo nivel con unas 370 urgencias al día durante noviembre 2015.

Se obtenían los listados de los pacientes ingresados en el SU y se seleccionaban los clasificados como PCCs o MACAs según el Catsby y pendientes de ingreso. Se consultaba su RE así como su historia clínica. Se comparaba la medicación prescrita en el SU con la RE para detectar las posibles discrepancias y/o PRM. Además, siempre que el paciente estaba disponible y en condiciones de comunicarse se le realizaba la entrevista para confirmar su medicación habitual comparándola con la RE. Las discrepancias no justificadas se comentaban con el médico/enfermera para detectar si se trataba de EC, así como también cualquier posible PRM.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, servicio al cual se había solicitado el ingreso, discrepancias detectadas, intervenciones realizadas, tipo intervención, vía información, aceptación intervención.

Los datos fueron procesados con el programa estadístico stata. Se hizo un análisis descriptivo de las variables más relevantes.

RESULTADOS: Se hizo seguimiento de 78 pacientes (81% PCC): 54 hombres con media edad=77,7 (SD=9,2) años y 24 mujeres con media edad=84,6 (SD=8,4) años. Los servicios de ingreso mayoritarios fueron Unidad Geriátrica Aguda y neumología (29 y 25% respectivamente).

Se realizaron un total de 37 intervenciones: 16 fueron discrepancias (9 discrepancias no justificadas y 7 EC); 18 fueron PRM (9 recomendaciones monitorización analítica, 3 errores prescripción, 2 recomendaciones ajuste por función renal, 1 dosis mayor a la necesaria, 1 duplicidad, 1 interacción y 1 omisión de medicación necesaria en el hospital) y finalmente 3 tratamientos suspendidos por considerarse no necesarios. La vía de información mayoritaria fue la presencial (41%). En un 50% de los casos las intervenciones fueron aceptadas y en un 30% no se pudo hacer seguimiento de la respuesta.

Se realizaron 41 entrevistas en las que se detectaron 84 nuevas discrepancias (media=2 discrepancias/paciente; SD=1,96), de un total de 481 principios activos (PA) analizados (media=11,7 PA/RE; SD=4,5). De éstas: 39% pertenecía a PA que constaban en la RE pero que el paciente no tomaba, 42% a PA que el paciente tomaba y no constaban en la RE, 12% se tomaban con una pauta diferente a la prescrita y 7% con una dosis diferente.

CONCLUSIONES: Conciliar la medicación en el SU de los pacientes PCC/MACA permite detectar y solucionar discrepancias, EC y PRM.

La entrevista con el paciente es imprescindible para hacer una buena conciliación de la medicación, puesto que en muchos casos la información procedente de la RE no refleja la realidad de la medicación habitual del paciente.

CLASIFICACIÓN: VIH

85. ANÁLISIS DE LA ALTERACIÓN DE PARÁMETROS DE FUNCIÓN RENAL EN EL USO DE DOLUTEGRAVIR

AUTORES: TALLÓN MARTÍNEZ JC, RODRÍGUEZ DEL RÍO E, BORREGO HERNÁNDEZ MI, BENÍTEZ GIMÉNEZ MT, SANTIAGO PÉREZ A, LARROSA ESPEJO I.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTIN LAGOS. Madrid. España

OBJETIVOS: Analizar las alteraciones de los parámetros analíticos relacionados con la función renal en pacientes VIH naive y en pacientes pretratados con otra terapia antirretroviral que comienzan tratamiento con el inhibidor de la integrasa dolutegravir (DTG) en un hospital de tercer nivel, con objeto de evaluar su frecuencia y relevancia clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de diciembre de 2014 a febrero de 2016 (15 meses). Se registraron todos los pacientes VIH que comenzaron tratamiento con DTG, utilizando la aplicación informática Farmatools® (módulo de Pacientes Externos). Los parámetros de función renal creatinina sérica (Cr/Suero) y estimación del filtrado glomerular (CKD-EPI/Suero), se obtuvieron a partir de las determinaciones analíticas previa y posterior al inicio del tratamiento (aplicación de análisis clínicos Eolhis®).

Para el estudio de la asociación entre el tratamiento con DTG y los cambios de los parámetros analíticos se aplicó la prueba estadística t de Student-Fisher para grupos apareados o T de Wilcoxon cuando no se cumplían las condiciones de normalidad y homogeneidad de varianzas.

RESULTADOS: Se incluyeron 109 pacientes, 82,6% (90) varones, con una edad media de 46 años (rango 22-70) y 24,8% (27) naive. La mediana de tiempo entre el inicio de tratamiento con DTG y la determinación analítica posterior fue de 47 días (RIC 31-74).

La Cr/Suero aumentó significativamente en 0.12 mg/dL (IC 95%, $p < 0.001$) y el CKD-EPI/Suero se redujo en 10.25 mL/min (IC 95%, $p < 0.001$), también de forma significativa. En este estudio, destaca que en el 86,2% (94) de los pacientes se produjo un aumento de la Cr/Sérica, y en un 25,7% (28) la diferencia entre los valores previos y posteriores al tratamiento con DGT fue igual ó superior a 0.2 mg/dL.

Por subgrupos, en todos los pacientes naive (27) empeoraron los parámetros de función renal, aumentando la Cr/Suero en 0.17 mg/dL (IC 95%, $p < 0.001$) y disminuyendo el CDK-EPI en 16 mL/min (IC 95%, $p < 0.001$). En los pacientes pretratados este empeoramiento se produjo en el 81% (67), siendo además menor el aumento de Cr/Suero, de 0.1 mg/dL (IC 95%, $p < 0.001$) y la disminución de CDK-EPI, que fue de 8.4 mL/min (IC 95%, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Los inhibidores de la integrasa de segunda generación se han posicionado como fármacos a utilizar en primera línea de tratamiento en el paciente VIH y entre éstos el DTG es considerado como uno de los fármacos más eficaces y mejor tolerados.

La alteración en los parámetros creatinina sérica (mg/dL) y CKD-EPI/Suero (mL/min) son moderados y hasta en un 25% de los pacientes analizados este aumento de creatinina sérica fue igual o superior a 0.2 mg/dL (0.2-0.46).

Los incrementos de creatinina sérica en la población analizada son semejantes a los descritos en la bibliografía y son ligeramente superiores en la población de pacientes naive estudiados respecto a la población pretratada (0.17 Vs 0.11). Sin embargo, ninguno de los pacientes tuvo que suspender el tratamiento con DTG debido a esta causa.

CLASIFICACIÓN: VIH

729. ANALISIS DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH

AUTORES: ALAÑÓN PARDO MM, ÁREAS DEL ÁGUILA VL, FRANCO SERENO MT, FERNÁNDEZ MARCHANTE AI, BENET GIMÉNEZ I, RODRIGUEZ MARTÍNEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. Calle del Obispo Rafael Torija. Ciudad Real. España

OBJETIVOS: -Analizar las pautas de inicio con tratamiento antirretroviral (TAR) y los cambios de TAR en pacientes con VIH.

-Evaluar la adecuación del TAR a las recomendaciones GESIDA-2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos infectados por VIH que iniciaron ó cambiaron TAR durante 2015 en el área de atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital con 550 camas. Criterios de exclusión: reinicios del TAR y traslados de otros centros.

Variables recogidas: sexo, edad, TAR (inhibidores de transcriptasa inversa análogos-ITIAN- y no análogos-ITINN-, de proteasa potenciados-IP- y de integrasa-INI-), motivos del cambio, fracaso virológico (FV) según carga viral (CV) (□alto/bajo grado□ si CV>200 copias/mL ó 50-200 copias/mL) y número de líneas previas (□precoz□/□avanzado□ si fracaso a primera ó ≥2 líneas) y adecuación.

Se definió adecuación como grado de cumplimiento de las pautas de TAR a las recomendadas en GESIDA-2015:

R1, para pacientes naïve, pautas de TAR inicial □preferentes□ 2ITIAN+1INI (ABC/3TC+DTG, TDF/FTC+DTG y TDF/FTC+RAL) y □alternativas□: 2ITIAN+1INI (TDF/FTC/EVG/COBI, ABC/3TC+RAL), 2ITIAN+1ITINN (TDF/FTC/RPV, TDF/FTC/EFV) y 2ITIAN+1IP (TDF/FTC+DRV/r ó DRV/COBI, TDF/FTC+ATV/r ó ATV/COBI, ABC/3TC+ATV/r ó ATV/COBI).

R2, para pacientes pretratados, cambios de TAR por FV: R2A-nuevo TAR con tres fármacos totalmente activos (si no es posible, dos plenamente activos y uno con actividad parcial) y R2B-DRV/r y DTG de elección para TAR de rescate.

Fuentes consultadas: historia clínica, programa dispensación a pacientes externos.

RESULTADOS: 75 pacientes evaluados (88,0%hombres, edad media:46,3±11,9 años): 17 naïve y 58 pretratados (media de TAR previos/paciente:2,2, rango:1-8).

TAR inicial: 2ITIAN+1INI (64,7%), 2ITIAN+1ITINN (29,4%) y 2ITIAN+1IP (5,9%). Fármacos prescritos: TDF/FTC/EVG/COBI (23,5%), TDF/FTC+RAL (23,5%), TDF/FTC/EFV (17,6%), ABC/3TC/DTG (5,9%), ABC/3TC+RAL (5,9%), ABC/3TC+EFV (5,9%), TDF/FTC+DTG (5,9%), TDF/FTC+LPV/r (5,9%) y TDF/FTC+EFV (5,9%). El 35,3% de pautas de inicio fueron -preferentes- y 52,9%-alternativas-.

Se realizaron 66 cambios de TAR, debido a: -intolerancia/toxicidad-(36,3%), -interacciones-(25,0%) (85,0%por antivirales de acción directa (AAD) para tratamiento de hepatitis C crónica), -simplificación-(13,8%), -FV-(12,3%), -resistencias-(10,0%), -comorbilidades-(1,3%) y -mejorar eficiencia-(1,3%). Fármacos más utilizados: TDF/FTC+RAL (16,7%), ABC/3TC/DTG (10,6%), TDF/FTC/RPV (9,1%) y ABC/3TC+RAL (9,1%).

Cambio más frecuente por -intolerancia/toxicidad-: TDF/FTC/EFV por TDF/FTC/RPV (13,3%) debido a sintomatología del SNC ó gastrointestinal por EFV.

El cambio a TDF/FTC+RAL fue realizado para evitar interacciones con AAD en pacientes coinfectados sin determinación previa de HLA57 (90,9%) ó positiva (9,1%).

Simplificaciones del TAR: 45,4%--único comprimido coformulado- (40,0%TDF/FTC/RPV, 40,0%TDF/FTC/EVG/COBI y 20,0%ABC/3TC/DTG), 18,2%--terapia dual- con DRV/r+RAL y 36,4%--monoterapia- con DRV/r.

En los cambios por FV (75,0%-alto grado-, 88,0%-avanzado-), el nuevo TAR presentó tres fármacos totalmente activos (75,0%) o bien, dos plenamente activos y uno con actividad parcial (25,0%). Fármacos de rescate: DRV/r (36,4%), DTG (36,4%), RAL (9,1%), EVG (9,1%) y ETR (9,1%).

Adecuación del TAR a GESIDA-2015: R1-88,2%, R2A-100% y R2B-75%.

Conclusiones

Los pacientes naïve inician TAR principalmente con dos ITIAN y un INI, siendo la combinación TDF/FTC más utilizada que ABC/3TC.

Los cambios del TAR son debidos mayoritariamente a intolerancia/toxicidad e interacciones con AAD en pacientes coinfectados.

El TAR se adecua ampliamente a recomendaciones GESIDA-2015, aunque la mayoría de las pautas de inicio son -alternativas- y los cambios del TAR por FV no siempre utilizan los FAR de elección para rescate.

948. ANÁLISIS DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A DOLUTEGRAVIR-ABACAVIR-LAMIVUDINA EN RÉGIMEN DE COMPRIMIDO ÚNICO.

AUTORES: Martín Cerezuela M, Tarazona Casany MV, Gil Gómez I, Cuéllar Monreal MJ, Monte Boquet E, Poveda Andrés JL.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell 106. Valencia. España

OBJETIVO: Analizar si el cambio de tratamiento antirretroviral (TAR) a dolutegravir/abacavir/lamivudina en comprimido único supone diferencias en eficacia y adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital terciario. Se incluyeron aquellos pacientes que modificaron el TAR a dolutegravir/abacavir/lamivudina y recibieron este tratamiento durante al menos 3 meses. Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo y duración del TAR previo a la modificación y el motivo del cambio. Para el estudio de la eficacia se recogieron las variables analíticas: carga viral (CV) y linfocitos CD4 (última analítica disponible antes y después del cambio). Para el estudio de la adherencia se revisaron los registros informáticos de dispensación de la UFPE y se calculó de manera indirecta la adherencia según la pauta y las fechas de dispensación antes y después del cambio. Se consideraron adherentes los pacientes con adherencia >95%.

Se realizó la comparación de medias con la prueba t de Student para muestras apareadas mediante el programa estadístico SPSS® 15.0. Se estableció la significación estadística en el valor $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 78 pacientes. La edad media fue de $47,67 \pm 8,63$. El 69,2% eran hombres. El tratamiento previo estaba basado en 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIAN) + inhibidor de la integrasa en el 38,5% de los pacientes, 2 ITIAN + inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido en el 32%, 2 ITIAN + inhibidor de la proteasa en el 18% y el 11,5% otras combinaciones. Los motivos del cambio fueron: seguridad (39,7%), simplificación del tratamiento (29,5%), interacción con tratamiento concomitante (16,7%), fracaso del TAR previo (5,2%), otros motivos (8,9%). El 11,5% (9 pacientes) abandonaron el tratamiento con dolutegravir/abacavir/lamivudina por intolerancia. La diferencia en la adherencia fue de 1,22 (IC 95% -4,48 a 5,46%). Dicha diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,845$). El porcentaje de malos adherentes fue de 7,24% antes y 8,69% después del cambio. Antes del cambio, 16 pacientes (23,19%) presentaron CV detectable (>20 copias/mL) y 13 (18,84%) después. La mediana de CV detectable fue de 106,5 (21-1034) copias/mL antes y 88 (28-336) copias/mL después del cambio, no siendo ésta estadísticamente significativa ($p = 0,16$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en el recuento de linfocitos CD4. La media fue de $733,54 \pm 353,64$ células/mm³ antes del cambio y $732,06 \pm 316,33$ células/mm³ después ($p = 0,959$). **CONCLUSIONES:** Los principales motivos del cambio a dolutegravir/abacavir/lamivudina fueron seguridad, simplificación del tratamiento y posibles interacciones con otros fármacos. Este cambio no supuso diferencias en cuanto a eficacia y adherencia al tratamiento por lo que sería interesante plantear un estudio económico para evaluar el impacto que dicho cambio supone para el hospital.

53. ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE VIH+ EN MANTENIMIENTO CON METADONA: MANEJO DE LAS INTERACCIONES FARMACOCINETICAS

AUTORES: Lozano Ortiz R, Domeque Valiente N, Torrellas Moreno MD, Gonzalez Garcia C, Peralvarez cubillo C, Martinez Crespo A.

Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia. Ramón y Cajal 60. Zaragoza. España

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de interacciones farmacocinéticas clínicamente relevantes, vía CYP 450, entre los pacientes VIH+ incluidos en un programa de mantenimiento con metadona (PMM), para implementar las correspondientes medidas preventivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se partió de una muestra compuesta por 298 pacientes, incluidos en el PMM de nuestro hospital durante más de 10 años, de los que 130 eran VIH+. Estos últimos, todos ellos en tratamiento con antirretrovirales (ARV) y metadona (MET), constituyeron la muestra a estudio (N=130): dosis MET $65,6 \pm 43,7$ mg, edad $47,8 \pm 8$ años, mujeres 30%, talla $169,3 \pm 8,7$ cm, peso $68,4 \pm 14,9$ kg, IMC $23,9 \pm 4,2$ kg/m² y hepatitis C (VHC) como co-morbilidad más prevalente (57,3%).

Dado que MET es metabolizada principalmente por los CYP3A4, 2D6 y 2B6, y que las enfermedades infecciosas crónicas, tales como SIDA y VHC, acarrearán una alta prevalencia de sintomatología psiquiátrico-depresiva y co-morbilidad infecciosa, se analizó las interacciones mediadas por fármacos que fuesen inhibidores potentes-moderados de CYP3A4, 2D6 y 2B6, correspondientes tanto a ARV como a otros antiinfecciosos (AI) y antidepresivos (AD), con MET. Todos los datos se expresan como media $\pm$ desviación estándar o en porcentajes.

Como test estadístico de comparación se utilizó la -t- de Student o la prueba del chi-cuadrado, según procediese.

RESULTADOS: Los datos de prevalencia de fármacos que interaccionan con MET, fue: ARV 32.2% [n=37 ritonavir (RIT), n=5 efavirenz]; AI 3.7% (n=1 claritromicina, n=4 fluconazol); y AD 9.2% (n=6 fluoxetina, n=4 duloxetina, n=2 sertralina).

Destacando entre ellos la interacción con RIT (28.5%), de especial interés por ser la más prevalente y por la existencia de datos discordantes, respecto a la dirección de dicha interacción. Por ello, previa exclusión de 15 pacientes que presentaban interacciones de MET con fármacos distintos a RIT, comparamos el grupo de pacientes VIH+ en tratamiento ARV que incluía RIT (grupo-RIT; N=35, dosis MET 76.5±30.2 mg, edad 48.3±8.2 años, mujeres 29%, talla 165±9.7 cm, peso 64±9.5 kg e IMC 23±3.5 kg/m²) con el grupo de pacientes VIH+ en tratamiento ARV sin RIT (grupo-noRIT; N=80, dosis MET 59.2±36.3 mg, edad 48.7±8.2 años, mujeres 30%, talla 170±9 cm, peso 70.4±14.9 kg e IMC 24±4.8 kg/m²). Se halló que la dosis media de MET en el grupo-RIT era un 29% más elevada que la del grupo-noRIT (76.5±30.1 vs. 59.2±36.1 mg; t =2.4812, IC 95%= de -31.114 a -8.436, P=0.0146).

Los datos obtenidos, por tanto, arrojan un resultado concordante con lo expresado por varios autores, que observaron una disminución de los valores plasmáticos de metadona de alrededor de un 40%, y discordante con la ficha técnica de RIT, que informa de un aumento de las concentraciones de metadona del orden de un 100-200%.

CONCLUSIONES: La interacción MET-RIT, a día de hoy, sigue siendo la más prevalente entre los pacientes VIH+, en tratamiento antirretroviral, incluidos en PMM.

Debido a la controversia acerca de la dirección de la interacción, aumento o disminución las necesidades de MET, se recomienda individualizar su monitorización.

CLASIFICACIÓN: VIH

139. CONTENIDO EN LACTOSA DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y PROPUESTAS PARA LOS PACIENTES ALÉRGICOS

AUTORES: BUSTOS MORELL C, GOMEZ RIVAS P, GASTON AÑAÑOS JF.

HOSPITAL DE BARBASTRO. Ctra N 240 s/n. Huesca. España

OBJETIVO: Identificar el contenido en lactosa de los distintos fármacos utilizados como parte del tratamiento antirretroviral de alta actividad (TARGA) y proponer alternativas sin lactosa dentro del mismo grupo farmacoterapéutico.

MATERIAL MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de los medicamentos comercializados actualmente en nuestro país para el tratamiento del VIH en el catálogo de medicamentos del CGCOF (BOT plus), después se seleccionaron aquellos con lactosa como excipiente y se registró la cantidad de lactosa contenida en cada uno de ellos (mg de lactosa por forma farmacéutica). Para cada uno de los medicamentos se propuso una alternativa ya fuese cambiando de especialidad con el mismo principio activo (p.a.) -si existe la posibilidad-, o bien proponiendo el cambio por otro p.a. del mismo grupo cuyas formulaciones estuvieran exentas de lactosa.

RESULTADO

Del total de 95 especialidades disponibles para el tratamiento del VIH, 27 contienen lactosa entre sus excipientes (28.4 %), afectando a 11 p.a. o combinaciones de p.a.. La cantidad media de lactosa contenida en cada forma farmacéutica fue de 163,3 mg (10,5 mg - 464 mg). En cuatro de los p.a. (NVP, ETR, RAL, ATV) pudo recomendarse una presentación alternativa. En el caso de RAL está disponible la formulación masticable para pediatría pero la dosis máxima recomendada para esta presentación es de 300 mg/12h. Para ATV se dispone de ATV/COBI sin lactosa.

En el resto se recomendó como alternativa un p.a. del mismo grupo, bien por no haber disponibles más presentaciones (IDV, RPV, SQV, FTC/RPV/TDF, FTC/TDF/EVG/COBI), TDF/FTC) o porque todas las presentaciones disponibles contenían lactosa en su composición (EFV).

Si realizamos el análisis para las coformulaciones, encontramos que para aquellas que contienen 3 p.a. 2 de las 5 presentaciones comercializadas contienen lactosa, mientras que en los coformulaciones que contienen 2 análogos de nucleósidos en una misma formulación se produce esta situación únicamente en 1 de las 7 presentaciones comercializadas.

CONCLUSIONES: Resulta útil conocer los fármacos que contienen lactosa y la cantidad contenida en los mismos ya que los pacientes con alergia o intolerancia son cada vez más frecuentes. Aunque el contenido en lactosa no representa a priori un riesgo para los pacientes con intolerancia, los efectos adversos pueden presentarse con pequeñas cantidades de lactosa.

1301. EFECTIVIDAD DE LA MONOTERAPIA CON DARUNAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES VIH-1

AUTORES: Marin Ventura L, Lumbreras Martin M, Garcia Lopez L.
Hospital General de Segovia. Calle Miguel Servet. Segovia. España

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad de la monoterapia con Darunavir/cobicistat 800/150 mg una vez al día (DRV/c) en pacientes diagnosticados con VIH-1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico en el que se incluyeron a todos los pacientes infectados por VIH en tratamiento con DRV/COBI desde septiembre 2015 hasta abril 2016. La variable principal de eficacia fue la proporción de pacientes que alcanzaron respuesta virológica medida como carga de RNA del VIH-1 < 50 copias/ml a las 16 semanas del cambio de tratamiento. El resto de variables fueron: edad, sexo, terapia antirretroviral previa, motivo del cambio, interacciones, acontecimientos adversos y creatinina sérica antes y a las 16 semanas. Se revisaron las dispensaciones realizadas mediante el programa informático de Gestión de Pacientes Externos Farmatools® y las Historias Clínicas de cada paciente.

RESULTADOS: Se registró 27 pacientes en monoterapia con DRV/COBI (1 pacientes co-infectados con VHC) que representó el 8% total de pacientes con terapia antirretroviral, con una media de edad de 50 años (32-67) siendo el 67% hombres. En 26 pacientes (96%) se alcanzó respuesta virológica a la semana 16 del cambio de tratamiento. En 1 caso (4%) se interrumpió el tratamiento por intolerancia (diarrea, dolor gastrointestinal e insomnio) y se reinstauró la terapia anterior (darunavir + ritonavir). En el resto de pacientes no se registró ningún efecto adverso. Las terapias previas al cambio fueron: 22 pacientes (81%) con darunavir + ritonavir en monoterapia, 2 pacientes (7%) con lopinavir/ritonavir en monoterapia, 2 (7%) tenofovir/emtricitabina + darunavir + ritonavir y un paciente (3%) con abacavir/lamivudina + atazanavir + ritonavir. La razón más frecuente por la que se realizó el cambio fue por simplificación posológica. Solo en 1 paciente fue por nefrotoxicidad a tenofovir. En 14 casos (52%) se observó un aumento de la creatinina sérica (media 0,2 mg/dl). En un paciente se cambió atorvastatina a pitavastatina por contraindicación de la administración conjunta con cobicistat. En el resto de pacientes no hubo interacciones. Ningún paciente tenía mutaciones de resistencia o fallos a inhibidores de la proteasa. En ningún caso se reintrodujo análogos de nucleósido.

CONCLUSIÓN: La monoterapia con DRV/COBI fue efectiva y segura en nuestros pacientes. Se necesitan estudios con mayor número de casos y durante más tiempo para confirmar estos datos.

399. ESTUDIO DE LA CARGA VIRAL PLASMÁTICA EN PACIENTES A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: LEMA OREIRO M, BUJÁN DE GONZALO L, ÁLVAREZ SÁNCHEZ MJ, CEA PEREIRA L, CHÁVARRI ARZAMENDI P, GONZÁLEZ-CRIADO MATEO C.

SUBDIRECCIÓN XERAL FARMACIA - CONSELLERIA DE SANIDADE. San Lázaro, s/n CP 15703. A Coruña. España

OBJETIVOS: La carga viral plasmática (CVP) es uno de los parámetros empleados para monitorizar la eficacia del tratamiento antirretroviral (TAR) y constituye una medida indirecta de adherencia.

El objetivo de supresión de la CVP es conseguir cifras inferiores a 20-50 copias/mL, ya que así no se seleccionan mutaciones de resistencia y la duración de la respuesta virológica es mayor, tanto en pacientes sin tratamiento previo como en los que ya experimentaron algún fracaso terapéutico.

La finalidad de este estudio es estimar el porcentaje de pacientes VIH con CVP indetectable (

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en 14 hospitales de la red pública de una Comunidad Autónoma: 3 de tercer nivel, 4 de segundo y 7 de primero.

En los Acuerdos de Gestión de 2015 se incluyó como indicador de Calidad Asistencial para la atención de personas infectadas por VIH el «Porcentaje anual de pacientes VIH a TAR con carga viral indetectable», de medición anual y cuyo valor objetivo, según la bibliografía consultada, es del 80%.

Para el cálculo se seleccionaron aquellos pacientes que recibieron TAR en los Servicios de Farmacia durante un mínimo de 24 semanas. La información de las dispensaciones se obtuvo del programa SILICON.

Posteriormente, se consultó el valor más reciente de CVP (resultado de la prueba VIH-1 RNA cuantitativo PCR), registrado en los aplicativos OpenLab y ServoLab de los Servicios de Microbiología entre 01/01/2015 y 29/02/2016. Fue precisa una normalización del lenguaje empleado en la presentación de resultados, como paso previo a la explotación de datos.

Las variables recogidas fueron: centro de gestión, número de historia, grupo de edad, sexo, fecha de inicio del TAR, CVP y fecha de defunción.

RESULTADOS: La población de estudio fue 4.765 pacientes, 73,85% hombres y 26,15% mujeres. Y la distribución por tramos de edad: 0,43% 60 años.

Se excluyeron 178 pacientes que carecían de dato de CVP en el período y 75 pacientes cuyo último valor de CVP se obtuvo antes de que se cumplieran 24 semanas de tratamiento.

Entre los 4.512 pacientes restantes, el 92,89% presentó CVP

En este grupo de 321 pacientes con CVP detectable el 70,40% eran hombres y el 29,60%, mujeres. La media de copias/mL fue 37.139 ± 140.080 , con un rango entre 50 y 2.041.676.

Se produjo un 1,12% de exitus entre los pacientes con CVP indetectable, 1,87% en los que presentaron CVP detectable y 1,57% en la población total.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes con CVP indetectable obtenido en nuestra Comunidad Autónoma supera el valor objetivo establecido, lo cual sugiere una elevada eficacia virológica del TAR.

Un valor añadido del indicador es que permite realizar una comparativa entre distintas estructuras organizativas de gestión del sistema de salud.

Además, este estudio sirve como punto de partida para un análisis más detallado que englobe otros indicadores relacionados con la adherencia, adecuación a guías de TAR y/o estudios genotípicos de resistencias.

CLASIFICACIÓN: VIH

671. ESTUDIO DE LAS VARIACIONES DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE CAMBIARON A DARUNAVIR/COBICISTAT

AUTORES: Cabia Fernández L, Fernández Vicente M, Barbadillo Villanueva S, Hermida Pérez C, Benito Ibáñez V, Álamo González O.

Hospital Universitario de Burgos. Islas Baleraes 3. Burgos. España

OBJETIVO: Evaluar la tolerabilidad renal del tratamiento con Darunavir/Cobicistat en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los posibles ajustes derivados del cambio en la función renal de los antirretrovirales asociados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de pacientes infectados por el VIH que cambiaron su tratamiento de inhibidores de la proteasa (Ritonavir+Darunavir o Ritonavir+Atazanavir) a Darunavir/Cobicistat y que recibieron tratamiento durante al menos seis meses.

Los datos se recogieron del módulo de Dispensación a Pacientes Externos y de las historias clínicas informatizadas.

Darunavir/Cobicistat, en asociación con otros antirretrovirales para el tratamiento de la infección por el VIH, no se debe iniciar en pacientes con un aclaramiento de creatinina (Clcr)

RESULTADOS: Se evaluaron 52 pacientes, 11 estaban en monoterapia y 41 tenían algún antirretroviral asociado a Darunavir/Cobicistat. De los 41 pacientes, 20 tenían asociado algún antirretroviral que requiere ajuste de dosis basado en el Clcr: Emtricitabina, Tenofovir/Emtricitabina o Tenofovir.

Inicialmente todos tenían un FG $>60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, excepto tres, con FG

A los seis meses se produjo un aumento de Crp, y por tanto reducción de la estimación del FG, en 30 pacientes.

En 27 (incluidos los que tenían asociado Emtricitabina, Emtricitabina/Tenofovir o Tenofovir) con FG inicial $>60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, no se alcanzó un valor inferior a éste. Los otros tres, fueron aquellos pacientes que presentaban un FG inicial de $42.6 \text{ ml/min/1,73m}^2$, $40.8 \text{ ml/min/1,73m}^2$ y $37.8 \text{ ml/min/1,73m}^2$, y se redujo hasta un valor de $39.7 \text{ ml/min/1,73m}^2$, $38.3 \text{ ml/min/1,73m}^2$ y $35.7 \text{ ml/min/1,73m}^2$. Dos de ellos tenían Emtricitabina asociado, con pauta habitual de un comprimido cada 24h, y hubo que espaciar la dosis a cada 48h.

CONCLUSIONES: De toda la muestra sólo tres pacientes sufrieron un descenso en la estimación del FG considerada como deterioro moderado de la FR. Sin embargo, ésta no fue atribuible únicamente a Darunavir/Cobicistat. Uno de ellos tenía pautado Valganciclovir por su infección por citomegalovirus, teniendo desde el inicio del tratamiento un incremento gradual de la Crp, ya que Valganciclovir tiene como reacción adversa frecuente el aumento de la creatinina sérica y la aparición de insuficiencia renal (IR). El segundo, padecía IR asociada a la edad avanzada y el tercero tuvo toxicidad renal no resuelta por el empleo de Tenofovir como terapia previa a Darunavir/Cobicistat.

A pesar de nuestra corta experiencia, Darunavir/Cobicistat se puede considerar una buena alternativa terapéutica sin riesgo de deteriorar la FR ya que las variaciones de la Crp fueron mínimas o inexistentes. Sólo dos pacientes (4%) necesitaron ajuste posterior de dosis del antirretroviral asociado, si bien tenían más causas asociadas que deterioraron la FR.

835. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN VIH EN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES

AUTORES: Quirós Ambel H, Martínez Sesmero JM, García Sacristán A, Labrador Andújar N, Manzano Lista FJ, Moya Gómez P.

Virgen de la Salud. Avenida de Barber Nº 30. Toledo. España

1. **OBJETIVO:** Estimar el riesgo cardiovascular a diez años de pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales (TAR). Analizar por subgrupos el tratamiento farmacoterapéutico para prevenir eventos cardiovasculares.

2. **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio transversal, descriptivo y analítico de pacientes VIH con TAR durante al menos 4 meses (Diciembre 2015 - Abril 2016).

Variables recogidas: sexo, edad, peso, Colesterol Total (CT) y HDL (cHDL), tensión arterial (TA), diabetes o no, fumadores o no, antecedentes cardiovasculares, carga viral (CV) y recuento CD4 mediante la historia clínica electrónica de Mambrino@XXI La medicación domiciliar la obtuvimos del programa de atención primaria, Turriano@. El registro de pacientes VIH y su medicación TAR se recogió con el programa de prescripción electrónica a pacientes externos Farmatools@.

Evaluamos el riesgo cardiovascular usando REGICOR (escala Framminghan calibrada para España).

Analizamos los datos estadísticamente mediante SPSS@ v21.

3. **RESULTADOS:** 513 pacientes VIH estaban con TAR durante el estudio (129 excluidos por falta de datos). Incluimos: 384 pacientes, 23,43% mujeres (N=90), los valores medios: edad $44,75 \pm 7,93$ años, peso $71,41 \pm 11,48$ Kg, CT $171,02 \pm 30,78$ mg/dl, cHDL $47,22 \pm 30,7$ mg/dl, TA sistólica $126,39 \pm 14,08$ mmHg y diastólica $86,16 \pm 7,75$ mmHg. El 10,67% padecía diabetes y el 40,00% fumaba (N=153), CD4 $574,48 \pm 393,26$ células/mcl y CV $6.769,89 \pm 13.146,8$ copias/ml.

Al aplicar la escala REGICOR el 82,81% de los pacientes (N=318) obtuvo una puntuación inferior al 5% (bajo riesgo cardiovascular (BRCV)), el 13,02% (N=50) puntuó entre 5-9% (Riesgo cardiovascular moderado (MRCV)), el 2,6% (N=10) puntuó entre 10-14% (Riesgo cardiovascular alto (ARCV)), y el 0,52% (N=2) puntuó por encima del 15% (Riesgo cardiovascular muy alto (MARCV)).

De los pacientes BRCV, el 18,01% (N=58) tomaba al menos un antihipertensivo, el 29,8% (N=96) un anticolesterolémico y un 7,23% (N=17) ambos a la vez.

De los pacientes MRCV, el 52% (N=26) tomaba al menos un antihipertensivo. El 64% (N=32) un anticolesterolémico y el 34% (N=17) ambos.

De los pacientes ARCV, el 60% (N=6) tomaba al menos un antihipertensivo, el 80% (N=8) un anticolesterolémico, y el 40% (N=4) ambos.

De los pacientes MARCV, el 100% (N=2) tomaba al menos un antihipertensivo y ninguno usó anticolesterolémico.

El TAR de los pacientes con ARCV y MARCV fue en un 25% (N=3) basado en IP, 25% (N=3) 1 ITIAN + 1 ITINAN, 16,6% (N=2) 1 ITIAN+1 IP, 16,6% (N=2) 1 ITINAN + 1 II y 16,6% (N=2) 1 ITIAN+IP+II ($p=0,463$).

4. **CONCLUSIONES:** - La escala REGICOR es una herramienta útil para identificar pacientes VIH con mayor predisposición a sufrir eventos cardiovasculares, sin embargo, puede infraestimar el RCV. En nuestro estudio solo 10 pacientes (2,6%) presentaron ARCV y 2 pacientes (0,52%) MARCV.

-Además del abandono del tabaco y la adopción de hábitos saludables, se debe evaluar la TA, CT y cHDL por visita, reincidiendo en el uso de medidas farmacológicas en pacientes ARCV y MARCV con cifras de tensión y colesterol no controladas.

-Aun sabiendo que el perfil de RCV varía en función del TAR empleado según estudios publicados, en nuestra experiencia no podemos demostrar que existan diferencias estadísticamente significativas en pacientes ARCV y MARCV.

770. EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL 2000 AL 2013 Y LA IMPORTANCIA DEL ABANDONO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON VIH.

AUTORES: IBARRA BARRUETA O, AGUIRRE GOMEZ C, AGUIRRE LARRACOECHEA U, MORA ATORRASAGASTI O, PERAL AGUIRREGOITIA J, MARTINEZ BENGOCHEA MJ.

HOSPITAL DE GALDAKAO. Barrio Labeaga s/n. Vizcaya. España

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio fue analizar la tendencia de la adherencia en una cohorte de pacientes en tratamiento antirretroviral desde el 2000 al 2013 y conocer los resultados clínicos entre los pacientes con algún abandono del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: El período de estudio fue desde el 2000 al 2013. Se calculó la adherencia media anual de cada paciente utilizando los registros de dispensación de farmacia y se consideró abandono una inasistencia a recoger la medicación superior a 6 meses.

Para evaluar la evolución temporal de los valores de adherencia se desarrollaron modelos lineales mixtos. Se consideró la adherencia estudiada a lo largo del seguimiento como variable dependiente así como el factor tiempo (en años) como variable independiente. Se fijó la matriz de varianzas-covarianzas autorregresiva de orden 1. Se identificaron los factores asociados con algún abandono. Para ello, se hizo uso del test no paramétrico de Wilcoxon para muestras independientes (variables continuas) y del test de la Chi-cuadrado/test Exacto de Fisher (variables cualitativas).

Todos los procedimientos estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SAS 9.4. Se consideró estadísticamente significativo un p-valor < 0,05.

RESULTADOS: 380 pacientes en tratamiento antirretroviral y con datos de histórico de adherencia firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. La mediana de seguimiento fue de 14 años (IQR: 10-14).

242 pacientes (63,4%) presentaron un seguimiento constante durante todo el periodo de estudio; 100 pacientes (26,2%) tuvieron un seguimiento intermitente, con periodos de abandono, traslado temporal o suspensión del tratamiento; y 40 pacientes (10,5%) fueron pérdidas o finalizaron el seguimiento (pérdidas por fallecimiento o traslado definitivo).

La adherencia media anual fue desde un 94,3% ($\pm 9,5$) el año 2000 a 95,8% ($\pm 10,7$) el año 2013; lo que supuso un aumento significativo en la adherencia media en todo el período 0,154 unidades por año ($p < 0,0001$).

39 pacientes (10,2%) abandonaron el tratamiento en algún momento del seguimiento, siendo la mediana de abandono 2 años (IQR 1-2).

Comparando las variables entre el grupo de abandono y el grupo de ningún abandono, se detectaron diferencias significativas en la edad, de forma que los pacientes con abandono eran más jóvenes ($43,9 \pm 6,5$ vs $46,8 \pm 7,4$; $p=0,004$); pero también se encontraron diferencias en la adherencia y las variables clínicas. De forma que la media del histórico de adherencia en el grupo con algún abandono fue menor respecto a los pacientes con ningún abandono ($91,65 \pm 8,7$ vs $97,43 \pm 4,9$; $p < 0,0001$); así como, la media del recuento de linfocitos CD4+ ($477,2 \pm 250,1$ vs $660,8 \pm 313,9$; $p=0,001$) y el porcentaje de pacientes con carga viral indetectable ($69,2\%$ vs $85,7\%$; $p=0,018$), que fueron inferiores entre los pacientes con algún abandono.

CONCLUSIONES: Estos datos confirman que en nuestra población, más allá de mantenerse los niveles de adherencia, fue aumentando ligeramente en el tiempo. Y entre los pacientes con algún abandono durante el seguimiento, los resultados clínicos y los niveles de adherencia fueron peores.

CLASIFICACIÓN: VIH

1072. IMPACTO DE LA INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C CRÓNICA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: LUMBRERAS MARTIN M, LÓPEZ SÁEZ A.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA. Avda. Juan Carlos I, s/n. Ávila. España

OBJETIVO: describir el impacto de la instauración del tratamiento para la hepatitis C crónica en el tratamiento antirretroviral (TAR) en una cohorte de pacientes coinfectados VIH-VHC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluye a todos los pacientes coinfectados por VIH-VHC que iniciaron tratamiento para la hepatitis C crónica con antivirales de acción directa (AAD) entre enero de 2015 y marzo de 2016 incluidos. Se recogieron datos de edad, sexo, tratamiento con AAD utilizado, TAR previo al tratamiento con AAD, TAR durante el tratamiento con AAD y TAR posterior a la finalización del tratamiento con AAD, así como el motivo del cambio del TAR en caso de que lo hubiera.

RESULTADOS: Se incluyeron 35 pacientes (71% varones) con una edad media de 49 años (rango 38-56). En todos ellos la infección por el VIH estaba controlada a nivel virológico (carga viral VIH indetectable), inmunológico y clínico. Las combinaciones de AAD utilizadas para el tratamiento de la hepatitis C crónica fueron: el 60% ledipasvir/sofosbuvir, el 20% simeprevir + sofosbuvir, el 14% daclatasvir + sofosbuvir, el 3% ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir y el 3% sofosbuvir + ribavirina. En todos los casos se trató de seleccionar la combinación de AAD que menos interaccionase con el TAR del paciente a fin de mantenerlo sin cambios. En 14 pacientes (40%) se produjo alguna modificación del TAR antes del inicio del tratamiento de la hepatitis C. De los cambios de TAR, 12 (86%) se realizaron por incompatibilidad con el tratamiento para la hepatitis C o con el objetivo de reducir el riesgo de interacciones con los AAD. En 1 paciente (7%) se modificó por riesgo cardiovascular y en otro paciente (7%) se reforzó una monoterapia con darunavir + ritonavir añadiendo lamivudina durante el tratamiento de la hepatitis C. Los cambios más frecuentes fueron la sustitución de un inhibidor de proteasa potenciado por un inhibidor de la integrasa en 5 pacientes (36%) y el cambio de la combinación de análogos emtricitabina/tenofovir por abacavir/lamivudina en 7 pa-

cientes (50%). En 13 pacientes (93%) el cambio de TAR se ha mantenido tras la finalización del tratamiento para la hepatitis C. En el paciente restante (7%) se retiró la lamivudina tras la finalización de los AAD volviendo a quedar en monoterapia con darunavir + ritonavir. Esto supone que el 37% de los pacientes coinfectados VIH-VHC modificaron de forma permanente su TAR a consecuencia del inicio del tratamiento para la hepatitis C.

CONCLUSIÓN: A pesar de la intención de seleccionar un tratamiento para la hepatitis C que permitiera mantener el TAR del paciente sin cambios, en un porcentaje importante de pacientes la instauración el tratamiento con una combinación de AAD para la hepatitis C ha provocado cambios permanentes en la terapia antirretroviral de los pacientes coinfectados VIH-VHC.

CLASIFICACIÓN: VIH

815. MODIFICACIÓN DEL RÉGIMEN ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO PARA HEPATITIS C CRÓNICA Y COSTES ASOCIADOS

AUTORES: JUANBELTZ ZURBANO R, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ J, MONTESERIN GARRASTATXU I, LARREA GOÑI N, SAROBE CARRICAS MT, SAN MIGUEL ELCANO R.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Irunlarrea, 3. Navarra. España

OBJETIVOS: análisis del cambio de régimen antirretroviral en pacientes que inician tratamiento frente al virus de la hepatitis C (VHC) y modificación del coste asociado a dicho cambio.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes coinfectados por VIH/VHC que iniciaron tratamiento frente al VHC con antivirales de acción directa (AAD) de segunda generación durante el año 2015. A través de la historia clínica y del programa de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia Hospitalaria se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de AAD indicado, tratamiento antirretroviral (TAR) empleado para el control de la infección por VIH y si éste se modificaba antes de iniciar los AAD. En caso de cambio de TAR se analizaron: el nuevo TAR empleado, la diferencia de coste respecto al previo (calculando la diferencia en el coste diario según las dosis empleadas en cada paciente) y la modificación global del coste asociado al cambio de TAR durante el tratamiento con AAD. Para ello, se acotó la duración de los nuevos TAR a la fecha de suspensión de la orden médica o, en su defecto, a la consulta médica correspondiente a la finalización del tratamiento de hepatitis C. En el cálculo de costes se tuvo en cuenta PVL, IVA y descuento a Farmacia.

RESULTADOS: 51 pacientes coinfectados VIH/VHC iniciaron tratamiento con AAD de segunda generación frente al VHC, durante el año 2015, en nuestro centro. El 70.6% eran hombres y la edad media 51 años (38-58 años). En 34 pacientes (66.7%) se modificó el TAR en vistas a iniciar tratamiento frente a la hepatitis C crónica. Las nuevas combinaciones de TAR más utilizadas junto a los AAD fueron: emtricitabina/tenofovir+raltegravir (41.2%), abacavir/lamivudina+raltegravir (35.3%) y darunavir+raltegravir+ritonavir (14.7%). No se encontraron diferencias en función del AAD empleado. El cambio de TAR supuso un coste incremental medio de 3.1 €/día, con una variación que osciló entre un incremento máximo de 15 €/día y un ahorro máximo de 6.6 €/día. El aumento medio del coste durante el tratamiento de la hepatitis C fue 494.7 €/tratamiento antirretroviral. En total, el cambio de TAR en los pacientes que inician tratamiento con AAD para el VHC supuso un aumento global de coste de 18.797 €. En 24/34 pacientes (70.6%) el nuevo antirretroviral se mantuvo una vez finalizado el tratamiento de hepatitis C, por lo que en estos pacientes el incremento de coste no fue limitado temporalmente al tratamiento del VHC.

CONCLUSIONES: en una proporción importante de pacientes coinfectados por VIH/VHC se modifica el régimen antirretroviral antes del inicio de tratamiento de la hepatitis C crónica con AAD. Los nuevos esquemas se basan fundamentalmente en combinaciones de 2 ITIAN y 1 inhibidor de integrasa, sin poder encontrar diferencias en función del tipo de AAD empleado. Esto conlleva un incremento medio del coste relevante, que en cerca de tres cuartas partes de los pacientes no resulta transitorio, sino que se mantiene en el tiempo al no retornar al TAR inicial tras la finalización de la terapia de hepatitis C.

CLASIFICACIÓN: VIH

903. PERFIL METABÓLICO DE PACIENTES VIH POSITIVO TRAS EL CAMBIO DE TRATAMIENTO A DARUNAVIR POTENCIADO CON COBICISTAT

AUTORES: COMET BERNAD M, DE LA LLAMA CELIS N, NAVARRO AZNAREZ H, GALINDO ALLUEVA M, PEREZ DIEZ C, ABAD SAZATORNIL MR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. AV. ISABEL LA CATÓLICA 1-3. Zaragoza. España

OBJETIVO: La introducción de nuevos fármacos y especialidades farmacéuticas ha aportado grandes beneficios al tratamiento antirretroviral (TAR). El objetivo del estudio es comprobar si cambiar el TAR a Darunavir potenciado con Cobicistat (DRV/c) modifica el perfil lipídico, así como conocer las alteraciones en otros parámetros metabólicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional en un hospital de referencia, de pacientes VIH+ que cambiaron TAR a DRV/c en monoterapia o asociado, entre 24/11/2015 y 01/02/2016. Se registraron datos analíticos inmediatamente previos al cambio y analíticas posteriores a partir de al menos, 30 días después. Se recogieron datos demográficos y variables metabólicas: colesterol total (CT), colesterol LDL (LDLc), colesterol HDL (HDLc), triglicéridos (TG), creatinina (Cr), filtrado glomerular (FG, calculado CKD-EPI) y enzimas hepáticas (AST y ALT). Datos estadísticos procesados con Stata13.

RESULTADOS: 111 pacientes cambiaron TAR a DRV/c, se estudiaron los 50 con analítica realizada posterior al cambio en al menos 30 días. Media de edad 50,6 años (IC95% 48,2 a 53,1), 66% hombres. TAR previo: 30%(15) Darunavir potenciado con Ritonavir (DRV/r), 24%(12) DRV/r + Lamivudina (3TC), 16%(8) DRV/r + Tenofovir/Emtricitabina (TVD), 6%(3) DRV/r + Abacavir/Lamivudina (KVX) y otros 24%(12). El 32%(16) monoterapia, 22% incluía Tenofovir (TDF) y 90%(45) Ritonavir. 10%(5) tomaban estatinas. La media de comprimidos diarios cambió significativamente de 2,8 a 1,7 ($p < 0,001$). Media hasta la primera analítica post-cambio fue 63,9 días (IC95% 57,9 a 70,0). TAR posterior: 34%(17) DRV/c+3TC, 32%(16) DRV/c, 12%(6) DRV/c+Rilpivirina (RPV), 12%(6) DRV/c+TVD y otros 10%(5). El 32%(16) monoterapia, 12%(6) incluía TDF. 9%(4) tomaban estatinas. Tras el cambio de TAR, la modificación de TG no fue significativa (-17,9mg/dL, $p=0,075$), sí lo fue de CT y LDLc (+9mg/dL, $p < 0,05$; +11,8mg/dL, $p < 0,01$ respectivamente). El HDLc no se modificó. La Cr aumentó significativamente +0,06mg/dL ($p < 0,001$), y FG disminuyó -3,32mL/min*1,73m² ($p < 0,05$). AST y ALT no se modificaron. Analizando por tratamiento previo con TDF o no, el aumento de CT sí fue significativo para los 6 pacientes a los que se les retiró TDF (+41mg/dL, $p < 0,05$), no lo fue el aumento de LDLc (+33,17mg/dL, $p=0,08$) pero se observó tendencia. Este aumento de CT y LDLc no fue significativo para los pacientes que no llevaban TDF o no se lo habían retirado. 9 pacientes cambiaron el TAR posteriormente, 5 inicio tratamiento VHC, 2 intolerancia (gástrica y rash cutáneo), 1 simplificación y 1 fracaso virológico.

CONCLUSIONES: Los resultados del estudio sugieren que el cambio del TAR a DRV/c a corto plazo supone globalmente un aumento de CT y LDLc, aunque pudiese ser provocado por la retirada adicional de TDF y su efecto hipolipemiente, ya que en el resto de subgrupos este efecto no es significativo, y una tendencia a la disminución de los TG, sin modificación del HDLc. Se evidenció el efecto conocido del cobicistat aumentando la Cr y disminuyendo el FG, cambios que requieren un estudio futuro para establecer si permanecen en el tiempo. Sería recomendable realizar seguimiento de parámetros analíticos a más largo plazo, especialmente perfil lipídico en pacientes que se les retira el TDF y función renal en aquellos con TDF+DRV/c.

CLASIFICACIÓN: VIH

458. PREVALENCIA DE USO DE DROGAS RECREACIONALES Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: GARIN ESCRIVÁ N, ZURITA ALONSO B, MASIP TORNÉ M, GUTIÉRREZ MACIÀ MDM, VELASCO MUÑOZ C, FELIU RIBERA A.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. Avda. Sant Antoni M. Claret, 167. Barcelona. España

OBJETIVOS: En el contexto del consumo de drogas recreacionales se puede producir una menor adherencia al tratamiento antirretroviral y pueden aparecer interacciones relevantes entre los antirretrovirales y las drogas consumidas. Además, su uso se relaciona con una mayor probabilidad de participar en actividades sexuales de riesgo, hecho a su vez asociado a una posible transmisión del virus y a la adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual. No obstante, la prevalencia del consumo de drogas en pacientes en tratamiento antirretroviral y la magnitud de su impacto clínico no están claros. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia del uso de drogas recreacionales en pacientes VIH con tratamiento antirretroviral y su impacto clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional, descriptivo, conducido en un hospital universitario de tercer nivel (abril-diciembre 2015). Se incluyeron pacientes adultos con VIH en tratamiento antirretroviral. Se analizaron los 100 primeros individuos incluidos en el estudio. El farmacéutico entrevistó a los pacientes para completar un cuestionario que incluía información sobre: variables sociodemográficas, consumo de drogas, adherencia al tratamiento (cuestionario SMAQ) y relaciones sexuales de riesgo. Se obtuvo información adicional mediante la historia clínica (datos sociodemográficos adicionales, recuento de CD4, etc.) con el objetivo de que la encuesta fuera lo más breve posible. Las interacciones entre drogas recreacionales y antirretrovirales se evaluaron mediante las herramientas Micromedex® Solutions (Truven Health analytics) y HIV drug interactions de la Universidad de Liverpool. Se calculó la prevalencia con un 5% de precisión y un 95% de intervalo de confianza. Se realizaron test de Chi-cuadrado para evaluar la asociación entre el uso de drogas recreacionales y una variable combinada que incluyó baja adherencia, prácticas sexuales de riesgo (sexo sin preservativo/múltiples parejas) y las interacciones con los antirretrovirales. El estudio contó con la aprobación del comité ético del hospital y todos los participantes dieron su consentimiento por escrito.

RESULTADOS: De la muestra estudiada, 44 participantes (44%) habían consumido drogas recreacionales en los últimos 12 meses. De éstos, 21 (47,7%) habían consumido varios tipos de drogas en ese periodo. Se detectaron 11 drogas recreacionales consumidas (incluyendo sildenafil y nitritos en esta lista). Las drogas más consumidas fueron: cannabis (65,9%), cocaína (45,5%), sildenafil (34,1%), nitritos (29,5%) y GHB (22,7%). La asociación entre el consumo de drogas recreacionales y la variable clínica combinada (baja adherencia/interacciones/prácticas sexuales de riesgo) fue estadísticamente significativa ($p=0,009$). De los individuos que utilizaron drogas, el 75% tuvieron problemas de adherencia, el 52,3% interacciones clínicamente significativas y el 68,2% realizaron prácticas sexuales de riesgo.

CONCLUSIONES: El consumo de drogas recreacionales es frecuente en las personas con VIH en tratamiento antirretroviral. Las drogas clásicas y otras utilizadas en el contexto de prácticas sexuales son las más consumidas. El uso de estas sustancias tiene un impacto relevante en variables relacionadas con el manejo de la infección del VIH. Es necesaria la disponibilidad de más información respecto al consumo de drogas recreacionales para dar respuesta a este reto en el manejo del VIH.

CLASIFICACIÓN: VIH

1063. PREVALENCIA Y PERFIL DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LAS DISTINTAS FAMILIAS DE ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON VIH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: Retamero Delgado A, Martínez Casanova J, Monge Escartín I, Echeverría Esnal D, Salas Sánchez E, Luque Pardo S.

HOSPITAL DEL MAR. Pº. Marítimo, 25-29. Barcelona. España

OBJETIVOS: Las interacciones farmacológicas (IF) descritas para el tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH son frecuentes. De ahí que cobre gran importancia su evaluación y manejo con objetivo de evitar efectos adversos y una posible pérdida de eficacia del tratamiento.

El objetivo de este estudio fue la comparación de la prevalencia y perfil de las IF que generan las principales familias de fármacos antirretrovirales (inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN), inhibidores de la proteasa (IP) e inhibidores de la integrasa (II)) en una cohorte de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional realizado en una cohorte de 1259 pacientes externos atendidos en un hospital universitario de tercer nivel durante junio 2014-julio 2015.

Criterios de inclusión: pacientes con VIH en tratamiento con ITINN, IP ó II que a su vez estén en tratamiento con alguna medicación concomitante. Criterios de exclusión: pacientes tratados con más de una familia de los antirretrovirales incluidos.

Datos recogidos: demográficos (edad, sexo y etnia); recuento de CD4 y % pacientes con carga viral indetectable (CV-IDL); consumo de tabaco, alcohol y drogas; comorbilidades (virus hepatitis C (VHC)); adherencia al tratamiento; TAR y número de fármacos concomitantes. Las IF se clasificaron según la Universidad de Liverpool en moderada, contraindicada, sin IF o desconocida.

Estudio estadístico realizado mediante chi-cuadrado (test exacto de Fisher) para variables cualitativas y ANOVA para cuantitativas.

RESULTADOS: Pacientes incluidos: 770 (61,2%); 608 (78,9%) hombres; edad 49 (10,7) años; 639 (83,0%) caucásicos; 682 (88,6%) con CV-IDL; recuento CD4 698,0 (340,2); 406 (52,7%) fumadores; 237 (30,8%) consumidores de alcohol; 122 (15,8%) consumidores de drogas; 261 (33,9%) pacientes con VHC; 691 (89,7%) pacientes con adherencia >90%; número de fármacos concomitantes: 3 (2,4); pacientes con IF 456 (59,2%), IF moderada 445 (57,8%) e IF contraindicada 33 (4,3%).

Datos comparativos según familia de antirretrovirales: nº pacientes con ITINN 386 (50,1%), IP 309 (40,1%), II 75 (9,7%); edad: 49,4 (11,5), 48,3 (9,7), 50,1 (10,1) años ($p=0,296$); sexo masculino: 316 (81,9%), 224 (72,5%) y 63 (84%) ($p=0,005$); pacientes con IF: 202 (52,3%), 229 (74,1%); 25 (33,3%) ($p < 0,001$); pacientes con IF moderadas: 197 (51%), 223 (72,2%) y 25 (33,3%) ($p < 0,001$); pacientes con IF contraindicada: 8 (2,1%), 25 (8,1%), 0 (0%) ($p < 0,001$); adherencia >90%: 357 (92,5%), 264 (85,4%), 65 (86,7%) ($p=0,067$); pacientes con CV-IDL: 347 (89,9%), 265 (85,8%), 64 (85,3%) ($p=0,201$) y recuento de CD4: 728,2 (317,7), 663,3 (366,4), 684,6 (338,4) ($p=0,042$), respectivamente.

CONCLUSIONES: -Más del 50% de los pacientes de nuestra cohorte presentaron interacciones farmacológicas que fueron en su gran mayoría de carácter moderado.

-Los inhibidores de la proteasa fueron los antirretrovirales que con mayor frecuencia causaron interacciones farmacológicas y en especial las contraindicadas que requirieron una modificación del tratamiento concomitante.

-No se observaron diferencias en la eficacia del tratamiento antirretroviral ni en la adherencia a éste.

-La elevada frecuencia de interacciones observada en pacientes reales confirma la necesidad de revisar la medicación concomitante de los pacientes con VIH.

197. PROYECTO CRONVIH: APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS A LA POBLACIÓN VIH/SIDA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

AUTORES: MEJUTO PEREZ DEL MOLINO B, CASTELLANO COPA P, CASTRO RUBIÑOS C, ESTANY GESTAL A. HOSPITAL DA COSTA. CALLE RAFAEL VIOR S/N. Lugo. España

OBJETIVO: Estratificar a los pacientes VIH/SIDA, aplicando el ☐Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos☐ elaborado por la SEFH. Como objetivo secundario se plantea identificar variables basales relacionadas con el tratamiento antirretroviral (TAR) asociadas a dicha estratificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo descriptivo (Abril 2015- Diciembre 2015), en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de VIH/SIDA con TAR activo a seguimiento en la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en un Servicio de Farmacia Hospitalaria de un Hospital General. Se realizó revisión de la historia clínica y/o entrevista clínica. Criterios de inclusión: >18 años, tratamiento con TAR, consentimiento informado. Variables estudiadas: edad, sexo, coinfección VIH/VHC, carga viral VIH, nivel CD4+, número de TAR, años de TAR, fallo virológico previo, grado de adherencia. El modelo de estratificación utiliza 13 variables (demográficas, socio-sanitarias, clínicas y relacionadas con medicamentos), cada una de ellas asociada a una puntuación. En función de la puntuación final se clasifica cada paciente en uno de los siguientes cuatro niveles: nivel 1 (riesgo global), nivel 2a (riesgo medicación), nivel 2b (riesgo sociosanitario) o nivel 3 (básico); base para la optimización de la atención farmacéutica. Las variables categóricas se han descrito con número y porcentaje y las continuas con la media o mediana y desviación estándar o rango intercuartílico en función del ajuste a la normalidad. Se ha hecho inferencia empleando los test de ji- cuadrado y t-Student o Mann-Witney en función del ajuste.

RESULTADOS: De los 50 pacientes candidatos, 39 (78%) aceptaron participar. En 36 pacientes el nivel de estratificación fue el básico y en 3 pacientes los niveles fueron riesgo global/riesgo medicación. El 69,2% eran hombres y la media de edad fue de 48,62 (DS: 11,23). El 7,7 % eran pacientes coinfectados con VHC. El 84,6% tenía la última carga viral indetectable; los 6 que la tenían detectable habían iniciado el tratamiento en el último año. El 59% están en su primer TAR, y la media de años de TAR es de 7,67 (DS: 6,49). En un 15,8% se detectó fallo virológico previo. La adherencia al tratamiento fue de un 61,5%.

La edad media de los pacientes estratificados en nivel 1/2a es de 62 años, siendo en el nivel 3 de 47,5 años ($p=0.03$). Los pacientes del nivel 1/2a eran no adherentes, mientras que en el nivel 3 fueron no adherentes el 33,3% de los pacientes ($p=0.05$). La media de los años de TAR de los pacientes en nivel 1/2a es de 16 y en el nivel 3 de 6.97 ($p=0.06$).

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes de nuestra área sanitaria se encuentran en un nivel básico de estratificación. En cuanto al objetivo secundario falta potencia estadística para extraer conclusiones. Existe una tendencia que sitúa la edad, la falta de adherencia y los años de TAR como variables asociadas a los niveles de estratificación riesgo global/riesgo medicación.

372. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRATAMIENTOS CON BITERAPIA EN PACIENTES VIH. RESULTADOS A 24 Y 48 SEMANAS

AUTORES: CASTRO MANZANARES M, PERELLO ALOMAR C, ARRUFAT GOTERRIS G, ROVIRA TORRES P, SANTANDREU ESTELRICH MM, GOMEZ LOBON A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. Carretera de Valldemossa, 79. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: Las guías de tratamiento de la infección por VIH recomiendan en general combinaciones de tratamiento antirretroviral (TAR) que contengan tres fármacos. Sin embargo, cada vez existe más experiencia con biterapias en pacientes con carga viral (CV) ya indetectable con el fin de evitar las toxicidades acumuladas.

El objetivo del presente trabajo es determinar el número de pacientes con TAR en biterapia de nuestro centro, así como la eficacia y seguridad las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes VIH a los que se les dispensó un TAR basado en biterapia a lo largo de 2015. Se registraron variables demográficas (edad, sexo y grupo de riesgo), clínicas (CD4 y CV al inicio, a las 24 y 48 semanas tras el inicio de la biterapia) y de tratamiento (biterapia prescrita, TAR anterior y motivo de cambio).

RESULTADOS: Se incluyeron 75 pacientes (4,4% de pacientes VIH a los que se les dispensó medicación en 2015); 50 (66,7%) eran hombres y la media de edad fue de $52,0 \pm 7,4$ años. La clasificación por grupos de riesgo fue: 26 (34,7%) adictos a drogas vía parenteral, 26 (34,7%) heterosexual, 18 (24,0%) homosexual, 4 (5,3%) desconocido y 1 (1,3%) receptor de hemoderivados.

Todos los pacientes eran pretratados. La media de CD4 inicial fue de $597,1 \pm 297,1$ cel/mm³ y 53 (70,7%) pacientes tenían CV

Los regímenes seleccionados fueron 1ITIAN (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos)+IP (inhibidores de la proteasa) en 27 (36,0%) pacientes, IP+INI (inhibidor de la integrasa) en 20 (26,7%), 1ITINN (inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo)+1IP en 15 (20,0%), 1ITINN+1INI en 9 (12,0%), 2ITIAN en 3 (4,0%) y 1 IP+1 inhibidor del CCR5 en 1 (1,3%). Al 60% de pacientes se les prescribió una biterapia libre de ITIAN. El tiempo medio de permanencia con biterapia fue de $25,9 \pm 19,3$ meses. Se disponía de resultados de las variables clínicas a las 24 y 48 semanas en 68 y 56 pacientes respectivamente, ya que 13 pacientes no habían cumplido el año de tratamiento y a 9 se les retiró la combinación durante el periodo del estudio (3 por efectos secundarios). Los CD4 aumentaron a $633,5 \pm 310,9$ y $635,3 \pm 290,0$ cel/mm³ y, de los pacientes con datos de CV, el 89,7% y 87,5% de pacientes tenían CV

CONCLUSIONES: Un bajo porcentaje de pacientes están en TAR con biterapia, de los que más de un 85% tienen una CV

La biterapia puede ser una buena opción en determinados pacientes, evitando toxicidades a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: VIH

345. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH MAYORES DE 65 AÑOS

AUTORES: Cuéllar Monreal MJ, Monte Boquet E, Martín Cerezuela M, Tarazona Casany MV, Gil Gómez I, Poveda Andrés JL.

Hospital Universitari i Poliècnitèc La Fe. Avinguda de Fernando Abril Martorell n° 106. Valencia. España

En el paciente VIH -mayor- (> 65 años) se incrementa notablemente el número de comorbilidades relacionadas con el envejecimiento y la infección. Actualmente no existen recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral (TAR) de inicio de estos pacientes. Sin embargo en noviembre de 2015, el grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS) y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), publicaron el □Documento de Consenso sobre Edad Avanzada en infección por el virus de la inmunodeficiencia humana□.

OBJETIVO: Evaluar las comorbilidades más frecuentes en nuestra población con infección VIH mayor de 65 años y la adhesión de la prescripción a las recomendaciones específicas para este grupo de pacientes.

Método: Se incluyen pacientes con infección VIH, mayores de 65 años, con TAR dispensado desde la Unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) de un hospital de tercer nivel. Se registran variables demográficas, TAR actual y comorbilidades que padecen.

RESULTADOS: Se incluyen 66 pacientes, con una edad media de 69 ± 4 años, 56 hombres (84,8%). Estos pacientes suponen un 6,3 % del total de pacientes VIH atendidos en la UFPE. Todos ellos adherentes ($98,9 \pm 0,1\%$) según registro de dispensaciones.

El 90,9% (n=60) de los pacientes presenta comorbilidades, 19 (31,7%) de ellos 3 o más, destacando (n; %): dislipemia (30; 45,5), hipertensión arterial (25; 37,9), diabetes mellitus (22; 33,3), neoplasias (8; 12,1), insuficiencia renal (8; 12,1), cardiopatía (7; 10,6), Osteoporosis/osteopenia (4; 6,0%), VHB (4; 6,0), VHC (4; 6,0).

El TAR prescrito se basa en: No análogos de nucleósidos 40,9% (efavirenz n=13, rilpivirina n=13, etravirina n=1, nevirapina n=1); inhibidores de la integrasa en un 21,2% (dolutegravir n=7, raltegravir n=3, Elvitegravir n=1) e inhibidores de la Proteasa (IP) potenciados en un 10,6% (darunavir n=5, atazanavir n=1; saquinavir n=1), además de 6 pacientes en monoterapia con darunavir potenciado (9,1%).

Un 15 % de los pacientes (n=10) recibe TAR potencialmente inadecuado según las recomendaciones: 7 pacientes con dislipemia están en tratamiento con abacavir/efavirenz (n=3), e IP potenciados en monoterapia (n=3) o con abacavir (n=1); 2 pacientes con cardiopatía reciben abacavir y 1 paciente con osteopenia, tenofovir.

Cabe destacar que 10 pacientes más toman efavirenz, cuando el documento de consenso recomienda sopesar su uso en estos pacientes, y la opinión de expertos en VIH es que se debe evitar su uso. Asimismo, no se ha identificado interacciones con estatinas, ningún paciente con insuficiencia renal lleva tenofovir ni atazanavir, ni los pacientes con neoplasias con posible quimioterapia reciben potenciadores (ritonavir, cobicistat).

CONCLUSIONES: - Las comorbilidades más frecuentes en nuestros pacientes VIH mayores de 65 años son dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

- La elección del TAR se ajusta en el 85% de los casos a las recomendaciones para este tipo de pacientes. No obstante es necesario analizar las causas de la prescripción de antirretrovirales potencialmente inadecuados al resto de pacientes.

- Es necesaria una atención integral a los pacientes VIH mayores de 65 años, que incluya la identificación de otras comorbilidades y la revisión del tratamiento completo para optimizar su farmacoterapia.

131. UN AÑO CON ELVITEGRAVIR/COBI/EMTRICITABINA/TENOFOVIR

AUTORES: FERNANDEZ ESPINOLA S, LINARES ALARCON A, GUTIERREZ LORENZO M, PADILLA MARIN V, MUÑOZ CASTILLO I.

HOSPITAL DE ANTEQUERA. C/ Poeta Muñoz Rojas, S/n. Málaga. España

OBJETIVOS**Principales**

1. Valorar y comparar eficacia virológica e inmunológica de E/C/F/TDF, evaluando resultados de carga viral (CV) y nivel de CD4 a las 24 semanas en pacientes naive y en pacientes que realizan switch a E/C/F/TDF. Analizando por subgrupos los resultados dentro del grupo switch.

Secundarios

2. Evaluar seguridad del E/C/F/TDF a nivel renal y perfil lipídico a las 24s en pacientes naive o switch.

3. Analizar las causa del switch.

4. Evaluar adherencia en cada grupo.

MATERIAL Y METODOS: Estudio multicentrico observacional y retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes naive o que realizan switch a E/C/F/TDF durante 2015, que al menos cumplan 24 semanas de tratamiento.

Al inicio del estudio se recogieron datos poblacionales (sexo y edad) y datos analíticos al inicio y a las 24 semanas: carga viral (CV), CD4, Filtración Glomerular (FG), Colesterol total (CT) y Trigliceridos (TG).

En caso de pacientes que realizan switch se recogió causa del mismo, clasificándose: fracaso virológico, por adecuación posológica o reacciones adversas. Estos dos últimos se agruparon conjuntamente en una misma categoría al realizarse estudio por subgrupos.

Se midió adherencia mediante el registro de dispensaciones, considerando adherencia óptima mayor del 90% durante al menos 6 meses.

RESULTADOS: Durante el periodo estudiado se incluyeron 96 pacientes: 35 naive (32 hombres y 3 mujeres) con una media de 36 años y 61 switch (44 hombres y 17 mujeres) con una media de 46 años.

Los resultados en eficacia inmunoviroológica:

□ Naive: la media-CV y CD4 al inicio fueron respectivamente 388.278 cop/ml y 510/μl. Tras 24s el 86% negativizo CV (

□ Switch por fracaso terapéutico previo: la media-CV y CD4 al inicio fueron respectivamente 29.540 cop/ml y 352/μl. Tras 24s el 78% consiguió negativizar CV siendo la media-CD4 en estos pacientes de 415/μl.

□ Switch por otra causa: la CV inicial era negativa y la media-CD4 de 652/μl. Tras 24s el 90% continúa CV negativa siendo la media-CD4 de 788/μl.

Los resultados en seguridad a nivel renal y perfil lipídico:

□ Naive al inicio: FG>90ml/min(100% pacientes), CT:158mg/dl, TG:180mg/dl. Y a las 24s: FG>70ml/min(85%), CT:166mg/dl y TG:142mg/dl (descenso 21% respecto valor inicial).

□ Switch al inicio: FG>70ml/min(100% pacientes), CT:178mg/dl, TG:150mg/dl. Y a las 24s: FG>70ml/min(98%), 170mg/dl y 140mg/dl (descenso 7%).

□ Las causas de Switch: 27 pacientes por fracaso terapéutico previo (44%), 24 por mejoría adecuación (39%) y 10 por reacciones adversas (17%).

□ El grado de adherencia en naive 97%, switch por adecuación posológica 91% y por fracaso terapéutico 75%.

CONCLUSIONES: 1. Buena respuesta inmunoviroológica tanto en pacientes naive como switch.

2. Resultados en seguridad satisfactorios para naive y switch, manteniendo niveles adecuados FG y mejoría en TG (más destacada en naive).

3. La principal causa de switch fue por fracaso terapéutico previo, seguido por adecuación posológica.

4. El grado de adherencia fue óptimo en naive y switch por adecuación posológica y no adherencia en switch por fracaso terapéutico previo.

369. VARIACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES TRATADOS CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TENOFOVIR

AUTORES: ROVIRA TORRES P, Arrufat Goterris G, PERELLO ALOMAR C, CASTRO MANZANARES M, SANTANDREU ESTELRICH MM, GOMEZ LOBON A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. Carretera de Valldemossa, 79. Islas Baleares. España

OBJETIVOS: El tratamiento antirretroviral (TAR) elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir (EVG/c/FTC/TDF) es una pauta de elección en inicios y cambios de TAR en pacientes VIH. Con TDFse han notificado fallo renal, insuficiencia renal, elevación de creatinina, hipofosfatemia y tubulopatía proximal, y la combianción está contraindicada en pacientes con un filtrado glomerular (FG)

El objetivo de este trabajo es determinar los cambios producidos en el FG en pacientes tratados con EVG/c/FTC/TDF en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes tratados con EVG/c/FTC/TDF con un mínimo de 12 semanas de tratamiento. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), analíticos (creatinina sérica (Cr) y FG inicial y actual o final en caso de retirada del fármaco) y de tratamiento (naive/pretratado, duración y motivo de retirada en caso de finalización).

Se analizó el cambio medio de FG desde el inicio del tratamiento y se valoraron aquellos pacientes con FG

RESULTADOS: Se incluyeron 104 pacientes con una media de edad de $45,5 \pm 10,6$ años, 83 (79,8%) eran hombres y 83 (79,8%) eran pretratados.

La Cr media al inicio y final del estudio fue de $0,85 \pm 0,17$ mg/dl y $0,92 \pm 0,18$ mg/dl respectivamente. El FG medio fue de $109,0 \pm 30,3$ ml/min y $100,9 \pm 24$ ml/min respectivamente. (rango).

Cuatro pacientes iniciaron tratamiento con un Clcr

A 15 pacientes se les interrumpió el tratamiento, los motivos principales fueron por efectos secundarios (6 pacientes) e interacciones (5 pacientes). En ningún caso se retiró EVG/c/FTC/TDF por un empeoramiento del FG. La media de tiempo de tratamiento en estos pacientes fue de $4,4 \pm 4,1$ meses. La media de seguimiento en el resto de pacientes fue de $10,7 \pm 5$ meses.

CONCLUSIONES: EVG/c/FTC/TDF es un fármaco seguro y bien tolerado, con un bajo número de discontinuaciones por efectos adversos. Los valores medios de Cr aumentaron en $0,08 \pm 0,15$ mg/dl y el FG disminuyó una media de $10,2 \pm 22,7$ ml/min.

Aunque ningún paciente interrumpió tratamiento por nefrotoxicidad, es importante la vigilancia estrecha del FG, tanto al inicio como a lo largo del tratamiento. El farmacéutico debe participar activamente en el seguimiento y detección precoz de la nefrotoxicidad en estos pacientes con el control analítico y la utilización de otros fármacos nefrotóxicos de forma concomitante.

CLASIFICACIÓN: VIH

1193. VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICO GLOBAL TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES VIH+.

AUTORES: ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, Barreiro Fernández EM, CANTUDO CUENCA MR, MANZANO GARCÍA M, RAMOS GUZMÁN MI, MORILLO VERDUO R.

HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE VALME. Ctra. de Cádiz, km. 548.9. Sevilla. España

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

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo. Se incluyeron pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral (TAR) activo que sufrieron un ingreso hospitalario durante los años 2008 a 2015. Se consideró ingreso hospitalario una estancia mayor de 24 horas en planta de hospitalización, excluyendo visitas a urgencias u observación. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad y factor de adquisición), variables analíticas en el momento del ingreso como la carga viral plasmática (copias/mL) y la cifra de linfocitos CD4 (cel/uL), variables relacionadas con la patología como el estadio de la enfermedad, la co-infección por virus hepatotrófos y el número de comorbilidades infecciosas/no infecciosas. Se recogió la estancia en días de hospitalización y el número de ingresos previos en el último año. En relación a las variables farmacoterapéuticas se analizó el tipo de TAR, el índice de complejidad global antes y después del ingreso así como la adherencia al TAR antes y después del mismo.

La complejidad global del tratamiento se midió a través de la herramienta MRCI diseñada y validada por la Universidad de Colorado. Para el cálculo de la adherencia al TAR se empleó el cuestionario SMAQ y los registros de dispensación. La información se obtuvo del programa de dispensación de pacientes externos y de la historia única digital. 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. El análisis estadístico se realizó con el programa sspv20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 146 pacientes, el 84.9% hombres con una media de edad de 45.3 ± 9.1 años. El factor mayoritario de adquisición de la enfermedad fue el consumo de drogas por vía parenteral con un 80.1. En el momento del ingreso el 62.2% de los pacientes con datos presentaban carga viral indetectable, el 70.9% un estado inmunológico aceptable ($CD4 \geq 250$ cel/uL). El 31.8% de los pacientes padecía 2 o más comorbilidades no infecciosas y el 79.5% al menos una infecciosa, destacando que el 79.5% de los pacientes estaban co-infectados por el virus de la hepatitis C. El 69.2% de pacientes no había sufrido una hospitalización previa en el último año y la mediana de duración del ingreso actual fue de 7 días (IQR: 4-12.5). El tratamiento antirretroviral mayoritario estaba basado en una combinación con un inhibidor de la proteasa. La media de complejidad global previa al ingreso fue de 14.5 ± 7.25 frente a 16.5 ± 8.0 después del mismo. Según la prueba estadística T (IC95%) la diferencia entre los índices de complejidad alcanza la significación estadística (1.97 [IC: 0.85; 3.09]). Idéntica conclusión se obtuvo de la

prueba no paramétrica ($p=0.001$). En relación a la adherencia al TAR previa al ingreso el 58.3% fueron adherentes frente al 41.8% después del ingreso con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.023$).

CONCLUSIÓN: La complejidad farmacoterapéutica global aumenta tras sufrir un ingreso hospitalario disminuyendo la adherencia al TAR. Es necesario diseñar una estrategia de intervención multidisciplinar para evitar el impacto negativo del ingreso en los objetivos farmacoterapéuticos de los pacientes.



