



IV JORNADA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA DE FARMACIA HOSPITALARIA



Programa Oficial y Resumen de Comunicaciones

Parador de Sigüenza (Guadalajara)

8 y 9 de Mayo de 2009

sanofi aventis

La Salud es lo esencial

Índice:

- 1.- Comité Organizador y Comité Científico
- 2.- Programa Reunión
- 3.- Programa Jornada Científica
- 4.- Resúmenes Comunicaciones Orales y pósters

Comité Organizador:

Presidente: Dra. Ana Horta Hernández

Vocales: Dra. Paloma Moya Gómez
Dra. Cristina García Gómez
Dra. Dolores Barreda Hernández
Dra. Milagros Gómez-Serranillos Reus

Comité Científico:

Presidente: Dra. Paloma Moya Gómez

Vocales: Dra. Gema Marcos Pérez
Dr. José Mateos Rubio
Dra. Isabel Campanario López
Dra. Alicia Lázaro López
Dra. Lidia Martínez Valdivieso
Dra. María Garrigues Sebastián

Lugar de reunión:

Parador de Sigüenza
Plaza del Castillo, s/n
19250 Sigüenza
(Guadalajara)
Tif: 949 39 01 00

Programa de la Reunión

Viernes 8 de Mayo de 2009

- 14:30 h: Comida de Trabajo para la Junta Directiva en el restaurante del Parador
- 17:00 h: Reunión de la Junta Directiva en la Sala Vázquez de Arce
- 18:00 h : Reunión de Residentes en la Sala Vázquez de Arce
- 18:30 h: Colocación de posters en el Salón Doña Blanca
- 19:00 h: Visita guiada a Sigüenza. Salida desde recepción
- 21:30 h: Cena de Bienvenida en el restaurante del Parador. Homenaje al Dr. Fernando García González

Sábado 9 de Mayo de 2009

- 10:00 h. Inauguración de la Jornada. Salón Doña Blanca
- 10:15 h: Presentación oral de Comunicaciones
- 11:15 h: Entrega del Premio de la SCMFH a la mejor Comunicación
- 11:30 h: Pausa Café.
- 12:00 h: Conferencia
- 13:00 h: Asamblea General Ordinaria de la SCMFH.
- 14:00 h: Comida de Clausura en el restaurante del Parador

Programa IV JORNADA CIENTÍFICA DE LA SCMFH

10:00 h: Inauguración Oficial de la Jornada

- *Dra. Paloma Moya Gómez. Presidenta de la SCMFH*
- *Dra. Ana Horta Hernández. Presidenta del Comité Organizador*
- *D. Juan Pablo Martínez Marqueta. Delegado Provincial de Salud y Bienestar Social*
- *Dr. Carlos Armendáriz Estella. Director Gerente Hospital Universitario de Guadalajara*
- *D. Francisco Domingo Calvo. Alcalde de Sigüenza*

10:15 h: Presentación Oral de Comunicaciones

- ***“Calidad de la historia farmacoterapéutica recogida en la unidad de observación del Servicio de Urgencias”.***
Dra. María Rosa Ortiz Navarro. Farmacéutica Residente del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- ***“Lapatinib: una nueva opción en el tratamiento del cáncer de mama metastásico HER+”.***
Dra. Lidia Martínez Valdivieso. F.E.A. del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.
- ***“Conservación de medicamentos termolábiles. Gestión informática de la cadena de frío”***
Dra. M^a Teresa Acín Gericó. Farmacéutica Residente del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.
- ***“Estudio de utilización de Omalizumab en el asma alérgica grave persistente”***
Dra. Cristina García Gómez. F.E.A. del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- ***“Implantación de un protocolo de uso de un nuevo gas medicinal”.***
Dra. Caridad Martí Gil. F.E.A del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

11:15 h: Entrega del Premio de la SCMFH a la mejor Comunicación

11:30 h: Pausa Café

12:00 h: Conferencia:

- ***“Certificación de un Servicio de Farmacia Hospitalaria por la Norma ISO 9000:2008”***
Dra. Ana Álvarez Díaz. Farmacéutica Adjunta. Servicio de Farmacia. Hospital Ramón y Cajal . Madrid.

13:00 h: Asamblea General Ordinaria de la SCMFH

1.- ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FRENTE AL VIRUS C EN PACIENTES VIH-POSITIVOS.

Martínez-Sesmero J.M., García Palomo M., Acín Gericó M.T., Rubio Salvador A.R., Cía Lecumberri J.J., Moya Gómez P. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los estudios sobre tratamiento del VHC en pacientes VIH positivos realizados recientemente confirman la superioridad del tratamiento combinado PEG-IFN + RBV sobre otras pautas. El uso de dosis de RBV ajustadas al peso del paciente es un elemento fundamental para maximizar la efectividad de la terapia contra el VHC¹. Asimismo, hay que considerar la TARGA, que puede causar daño hepático y generar interacciones con la terapia frente al VHC. EL objetivo de este trabajo es evaluar el grado de adecuación de las dosis de RBV en el tratamiento de sujetos VHC coinfectados con VIH, así como la adecuación de la TARGA concomitante.

MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo. Herramienta: aplicación informática ATHOS-APD[®] y la historia clínica electrónica. Criterios de inclusión: adultos infectados por VHC y VIH, tratados con PEG-IFN + RBV (genotipos 2/3 y 1/4) durante 2008. Criterios de exclusión: pre y posttrasplante hepático y cumplimiento terapéutico < 100%. El grado de adecuación de la dosis de RBV se valoró de acuerdo con la que demostró ser más eficaz en el estudio PRESCO¹ (13,5 mg/kg/día), y la adecuación de la TARGA según recomendaciones de GESIDA².

RESULTADOS. Durante el período de estudio 21 pacientes fueron tratados concomitantemente para el VIH y el VHC (edad media = 39 años, 18 hombres y 3 mujeres, genotipo 1/4 81%, genotipo 2/3 19%). Dieciocho (85,7%) de los pacientes tratados recibieron dosis de RBV ajustadas a peso según el estudio PRESCO¹, el resto (14,3%) de individuos se adecuaron al esquema 1000 mg/día en <75 kg y 1200 mg/día en aquellos de >75 kg. Ninguno de los pacientes incluyó en su tratamiento ddl ni ZDV, sin embargo, 3 (14,3%) de ellos fueron tratados con ABC.

CONCLUSIONES. Existe un alto grado de adecuación, según el estado actual de la ciencia, en la prescripción de fármacos antivirales en los pacientes VIH-VHC; ello garantiza la maximización las tasas de respuesta al tratamiento y lograr un buen equilibrio entre efectividad y toxicidad.

CONFLICTOS DE INTERÉS: nada que declarar.

2.- ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN EL ASMA ALÉRGICA GRAVE PERSISTENTE

De Mora Alfaro M.J., García Gómez C., Ortiz Navarro M.R., Moya Gil A., Pagan Núñez F.T., Cano Cuenca N.A. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Estudio de utilización de Omalizumab en un hospital de tercer nivel, evaluando el coste y adecuación de la prescripción, efectividad y tolerabilidad en la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio longitudinal retrospectivo de los pacientes tratados con Omalizumab entre enero 2007-febrero 2009. Los datos se obtuvieron del programa de Gestión del servicio de farmacia, y de la revisión de historias clínicas (HC).

Se recogieron las siguientes variables: edad, peso del paciente, diagnóstico, tratamiento farmacológico antes y durante el tratamiento con Omalizumab, IgE total al inicio del tratamiento y volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV1) al inicio y durante todo el tratamiento.

Según la información de la ficha técnica (FT), se establecieron 4 criterios de idoneidad de la prescripción: diagnóstico de asma alérgica persistente severa mal controlada, edad > 12 años, FEV1 < 80% del teórico e IgE > 75 UI/ml. La eficacia del fármaco se estableció mediante: el valor de FEV1, el descenso en el uso de medicación y en la percepción de mejora en la calidad de vida por parte del paciente.

El análisis estadístico fue realizado mediante el programa estadístico spss v.11.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se trataron 7 pacientes, 6 pertenecientes al servicio de alergia y uno al de neumología. La edad media fue de 40,14±9,0 años. Cumplieron todos los criterios de prescripción de Omalizumab 4 pacientes. Los 3 restantes presentaban un FEV1 > 80%. La media de IgE total observada al inicio fue de 245,4±150,7 y de FEV1 de 79,2±19,8. Todos fueron correctamente dosificados, respecto a peso e IgE total: con pautas correspondidas entre 150 mg/mes y 375mg/2sem.

Tres pacientes interrumpieron el tratamiento temporalmente: 1 paciente por motivos personales, otro por broncoespasmo, y en el tercero se desconocen las causas por ausencia de datos en la HC; los tres pacientes reiniciaron la terapia posteriormente. A 2 pacientes se les suspendió el tratamiento definitivamente, por episodios de broncoespasmo y reagudizaciones, en las semanas 20 y 24 tras 6 y 5 administraciones respectivamente.

De los 5 pacientes en tratamiento activo se observó una mejora subjetiva en cuanto a síntomas (despertares nocturnos, fatiga), descenso en el uso de medicación de rescate y aumento de FEV1. De ellos, 3 pacientes presentaron un aumento máximo de FEV1 respecto al valor basal > 60%, los otros 2 pacientes tuvieron un aumento máximo de FEV1 respecto al valor basal < 20%. El nº medio de administraciones por paciente fue de 9 (rango 2-25) En cuanto al coste asociado, han sido dispensados un total de 159 viales repartidos en 63 administraciones, lo que ha supuesto un coste de 34.562 €.

CONCLUSIONES: Debido al alto coste de la terapia (580,60 € de media por administración), deberían protocolizarse los criterios de mala respuesta y retirada de la medicación en nuestro

centro, ya que según FT los tratamientos no efectivos deberían suspenderse la semana 16. En nuestro caso, en ambos pacientes, la suspensión del tratamiento podría haberse realizado dicha semana, pues ya existía evidencia de no respuesta, evitando así, tanto perjuicios para el paciente como el coste asociado.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

3.- DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN DE TEMOZOLAMIDA EN UN PACIENTE ALÉRGICO

Martín Alcalde, E; Molina Alcántara, MC; Lázaro López, A; De Juan-García Torres, P. Horta Hernández, A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

OBJETIVO: Desarrollo, seguimiento y valoración de la tolerancia a un protocolo de desensibilización de temozolamida. Desde el Servicio de Alergia se solicitó al Servicio de Farmacia la posibilidad de formular Temozolamida en dosis pequeñas y crecientes para conseguir la desensibilización de una paciente oncológica que tuvo que suspender el tratamiento por desarrollar toxicodermia.

MATERIAL Y METODO: Tras realizar una búsqueda bibliográfica se encuentran notificaciones frecuentes de reacciones dermatológicas con temozolamida. Aún así, no se encuentran referencias sobre protocolos de desensibilización con temozolamida.

Tomando como base protocolos de desensibilización con otros medicamentos, se diseña la escalada de dosis a realizar, y se decide la elaboración de temozolamida en suspensión para facilitar la administración. En la bibliografía se encuentran referencias sobre la administración de temozolamida por sonda nasogástrica partiendo de cápsulas de Temodal® y una solución extemporánea a pH ácido.

RESULTADOS: La pauta de dosis crecientes de temozolamida que se estableció en el protocolo fue: 0,035; 0,07; 0,17; 0,3; 0,75; 1,25; 2,5; 5; 10; 20; 40; 80; 160 mg en intervalos de 30 minutos cada uno. Se decidió la preparación de dos suspensiones de 0,25 mg/ml y 0,025 mg/ml, para poder administrar las dosis iniciales. Se parte de cápsulas de Temodal® y se trabaja en cabina de flujo laminar vertical.

Las suspensiones se prepararon el día anterior a la prueba y se les dio una caducidad de 48 horas conservadas en frigorífico. Al inicio y a lo largo de la desensibilización, se monitorizan las constantes vitales del paciente. Durante todo el proceso no se observaron signos de hipersensibilidad, siendo bien tolerado el tratamiento. La paciente continuó el ciclo de tratamiento en su domicilio durante 4 días más tomando directamente la dosis que le correspondía (280 mg/día).

CONCLUSIONES: El desarrollo de esta pauta de desensibilización con temozolamida ha permitido la reintroducción del tratamiento en un paciente alérgico. Al ser ciclos de tratamiento de 5 días, es preciso realizar dicha desensibilización el día 1 de cada ciclo. La elaboración de dos suspensiones de temozolamida permitió una fácil y cómoda administración de las dosis más pequeñas. Tras 2 ciclos de tratamiento, el fármaco ha sido bien tolerado por el paciente.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

4.- ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REGISTRADAS CON EL PROGRAMA ISOFAR®.

Blasco Guerrero M, González Martínez S, Rodríguez Llansola B, Vilar Rodríguez J, Horta Hernández A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVO: Analizar las intervenciones farmacéuticas registradas con el programa informático ISOFAR® y evaluar el impacto económico que han supuesto.

MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de siete meses de duración (julio 2008-enero 2009). Como herramienta de trabajo se utilizó el programa ISOFAR® v.1.2, instalado en cinco de los doce puestos de trabajo del Servicio de Farmacia, a raíz de la implantación de un programa de terapia secuencial aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital. Se registraron las intervenciones realizadas durante la revisión de los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes ingresados en plantas con dispensación de medicamentos en dosis unitaria (350 camas), así como las realizadas tras la revisión de las prescripciones procedentes de las consultas de Medicina Interna, Digestivo, Oncología, Hematología y Nefrología. También se registraron las intervenciones llevadas a cabo por los residentes de cuarto año que se encontraban rotando en el Servicio de Medicina Interna. Los datos registrados en cada intervención fueron: fecha, número de historia y servicio médico responsable del paciente, farmacéutico que realizó el registro, tipo de intervención (suspensión o inicio de tratamiento, cambio de dosis, frecuencia o vía de administración), y medicamento y pauta que finalmente fue dispensado. La recuperación de datos registrados se obtuvo a través del módulo estadístico del programa ISOFAR®, que además estima el impacto económico de la intervención farmacéutica teniendo en cuenta la estancia media del servicio, el tipo de intervención y el coste del medicamento implicado.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se registraron 1.137 intervenciones, con una media de 5,3 intervenciones/ día. El servicio donde más intervenciones se realizaron fue Geriatría con un 24,9%, seguido de Cirugía y Ortopedia Traumatológica con un 19,8%, de Medicina Interna con un 16%, de Cirugía general con un 10,7% y de Neumología con un 4,2%. El 86,4% (982) de las intervenciones fueron modificaciones de vía intravenosa a oral (terapia secuencial), el 4,7% (53) fueron suspensiones de tratamiento (37 por duplicidad terapéutica, 11 por falta de indicación, 3 por contraindicación, 1 por duración excesiva y 1 por alergia) y el 3,3% (38) fueron modificaciones de dosis (13 por dosificación insuficiente y 25 por dosificación excesiva). El 2,9% (34) se debieron a cambios de medicamento (18 intercambios terapéuticos de especialidades no incluidas en guía y el resto por contraindicación, reacciones adversas o falta de eficacia) y el 1,7% (19) fueron modificaciones de frecuencia. El número registrado de intercambios terapéuticos de medicamentos no incluidos en guía resultó inferior al recogido en otra base de datos durante el mismo periodo de tiempo. El ahorro total estimado en siete meses fue de 12.755,12 €.

CONCLUSIONES: El programa ISOFAR® resultó una herramienta útil y práctica para medir de manera precisa y normalizada las intervenciones realizadas desde el Servicio de Farmacia.

Además el dato económico obtenido se puede emplear para justificar esta actividad. Sin embargo la falta de accesibilidad al programa probablemente ha influido de forma negativa en el número de intervenciones registradas.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

6.- IMPACTO ECONÓMICO Y ASISTENCIAL DE UNA ENFERMEDAD DE BAJA INCIDENCIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Marcos Pérez G, Martínez Valdivieso L, Martí Gil C, Mulet Alberola A, Escudero Brocal A, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

INTRODUCCIÓN: La deficiencia de alfa-1-antitripsina es una enfermedad congénita grave que se caracteriza por una producción anormal de proteína alfa-1-antitripsina. Es una enfermedad de baja incidencia, que continúa estando infradiagnosticada, ya que el diagnóstico se suele hacer en fases muy avanzadas de la enfermedad (EPOC severo con enfisema pulmonar). La administración de esta proteína de forma exógena conlleva incrementos en las concentraciones pulmonares, lo que previene o desacelera la destrucción del tejido pulmonar.

OBJETIVO: Describir el impacto económico y asistencial que supone el tratamiento de una enfermedad de baja incidencia (déficit de alfa-1-antitripsina) en el Servicio de Farmacia de un hospital de segundo nivel.

MÉTODO: Hospital general de 400 camas con centralización de la formulación estéril en el Servicio de Farmacia. El tratamiento con alfa-1-antitripsina debe ser autorizado previamente al neumólogo prescriptor para cada paciente de forma individualizada por un Comité de expertos. La dosis recomendada de alfa-1-antitripsina en el paciente adulto es de 60 mg/kg peso administrados en perfusión intravenosa una vez por semana. La metodología de trabajo empleada consiste en reconstituir los viales de Trypsone® en condiciones asépticas (cabina de flujo laminar horizontal, clase 100) y trasvasar el contenido de los mismos a una bolsa EVA (etilén-vinil-acetato). En el etiquetado de la bolsa se incluyen recomendaciones sobre velocidad de infusión y uso inmediato (estabilidad máxima: 3 horas)..

RESULTADOS: Se solicita la utilización de alfa-1-antitripsina (medicamento no incluido en la guía farmacoterapéutica del hospital) para el tratamiento de un paciente con déficit de dicha proteína, fenotipo PiZZ. Se decide administrar la alfa-1-alfatripsina a dosis de 180mg/kg peso/21 días debido a la dificultad que presenta el paciente para acudir al hospital semanalmente. La dosis requerida por el paciente, según su peso, oscila entre 14,4 a 14,5 gramos cada tres semanas. Cada día de preparación el personal de enfermería invierte en el proceso una media de tiempo de una hora de trabajo en la cabina de flujo laminar horizontal. El coste del tratamiento es de 4884,41€ cada 21 días (siempre y cuando el paciente no aumente de peso por encima de 80,5 kg), lo que al año supone un gasto de 83035 € por paciente.

CONCLUSIONES: El tratamiento de una enfermedad de baja incidencia, como es el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, en un hospital general tiene un importante impacto tanto económico como asistencial en cuanto al cambio y reorganización en la metodología de trabajo del personal del Servicio de Farmacia Hospitalaria, especialmente del personal de enfermería y del personal farmacéutico como garante del uso seguro de nuevos medicamentos.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

7.- LAPATINIB: UNA NUEVA OPCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER+

Martí Gil C¹, Muñoz Sánchez M², Martínez Valdivieso L¹, Marcos Pérez G¹, Mulet Alberola A¹, Barreda Hernández D¹. Servicio de Farmacia¹. Servicio de Oncología² Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

OBJETIVOS: Lapatinib, primer fármaco oral inhibidor de los receptores EGFR (ErbB1) y ErbB2 (HER2), está indicado, en combinación con capecitabina, para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico (CMM) cuyos tumores sobreexpresan HER2 y que hayan recibido quimioterapia previa con antraciclinas, taxanos y trastuzumab. Lapatinib ha sido aprobado en Diciembre 2008 por la Agencia Española del Medicamento. Hasta ese momento, la disponibilidad del mismo era a través de uso compasivo y de medicamentos extranjeros.

El objetivo principal del estudio es evaluar la utilización de lapatinib en pacientes diagnosticados de CMM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado entre abril-octubre 2008 en un hospital de segundo nivel. Se consultaron las siguientes fuentes de información:

- Historias clínicas de los pacientes
- Aplicación informática Farhos[®] de prescripción, validación y preparación de quimioterapia
- Base de datos Access[®] del Servicio de Farmacia de solicitud de usos compasivos y medicamentos extranjeros.
- Programa de Gestión (Dipex)[®]: Dispensaciones de lapatinib realizadas desde la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos.

RESULTADOS: Durante el período de estudio, se tramitaron 6 peticiones de lapatinib (5 como uso compasivo, por no estar comercializado en ningún país europeo, y 1 como medicamento extranjero). Dos pacientes no recibieron ninguna dosis de lapatinib debido a que progresaron en su enfermedad durante la tramitación del uso compasivo. Por tanto, un total de 4 pacientes (3 mujeres y 1 hombre), diagnosticados de CMM (subtipo: carcinoma ductal infiltrante), con una media de edad 55±19 años, recibieron tratamiento con lapatinib durante una media de 3,7±1,8 meses. Los pacientes presentaban: metástasis en ≥2 localizaciones (pulmonar, ósea, hepática, ganglionar) y receptores HER2+. En cuanto a los receptores hormonales, tres de los pacientes eran receptor estrogénico+ y dos de ellos, además, eran receptor progestagénico+. Con respecto a los antecedentes previos de tratamiento:

- Tres de ellos fueron sometidos a mastectomía radical tipo Madden.
- Tres recibieron radioterapia.
- Tres recibieron terapia hormonal.
- Todos fueron tratados con regímenes de quimioterapia que incluían antraciclinas, taxanos y trastuzumab.

La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue evaluada antes del comienzo con lapatinib; la cual estaba conservada (FEVI media: 51,2±1,7%).

En cuanto a la respuesta clínica a Lapatinib durante el período de estudio, sólo el paciente de sexo masculino suspendió el tratamiento debido a progresión de la enfermedad pulmonar. En dos de ellas se observó respuesta parcial radiológica tumoral; mientras que en la otra paciente se observó estabilización.

Los efectos adversos más frecuentes fueron diarrea grado I, molestias gastrointestinales, eritrodisestesia palmar-plantar y astenia. Esta última obligó a reducir la dosis de lapatinib a una de las pacientes. Ninguno de ellos experimentaron disfunción cardíaca durante el tratamiento.

Los pacientes refirieron una mejora en su calidad de vida respecto de la quimioterapia previa.

CONCLUSIONES: Lapatinib es una nueva opción en el tratamiento de CMM o avanzado (HER+) que no ha respondido a quimioterapia previa con trastuzumab.

Son necesarios más estudios prospectivos con amplio tamaño muestral para evaluar su lugar en la terapéutica con más evidencia.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

8.- EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO

Moreno Perulero ML, Álvarez López MM, Bocanegra Bolívar MA, Vila Torres E, Lozano Toledo R, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia Hospital General de Ciudad Real.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la implantación de un Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital a través de las actuaciones farmacéuticas realizadas en el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: El PIT se incorporó como herramienta de trabajo en marzo de 2008 para favorecer el uso eficiente de los medicamentos, garantizando su disponibilidad y mejor alternativa terapéutica disponible en el hospital. Hasta entonces, la medicación prescrita no incluida en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) se informaba mediante una "Comunicación de Farmacia" al médico responsable del paciente. Con el PIT se llevan a cabo los intercambios terapéuticos de forma directa desde el Servicio de Farmacia, notificando siempre al médico responsable dicha sustitución. Se realizó un estudio prospectivo de cohortes de un año de duración (Octubre 2007 a Septiembre 2008) en el que se compararon dos períodos de 6 meses; antes (período A) y después (período B) de la implantación y difusión del PIT. Se registraron todas las actuaciones farmacéuticas llevadas a cabo mediante el impreso "Comunicación de Farmacia" para resolver las incidencias y/o errores de medicación identificados durante el proceso de validación de la prescripción farmacoterapéutica. Las actuaciones farmacéuticas se tipificaron en base a una clasificación interna normalizada. El análisis estadístico se realizó mediante la medida de asociación odds ratio (OR) junto con su intervalo de confianza 95% (IC95%) y grado de significación.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 4800 comunicaciones de farmacia en el análisis, 2142 (44,6%) durante el período A y 2658 (55,4%) en el período B. Los resultados obtenidos al comparar ambos periodos de estudio para los distintos tipos de actuaciones fueron: a) Medicamento no incluido en GFT 64,43% en el periodo A y 43% en el periodo B (OR=0,42; IC95%:0,37-0,47); b) Intercambio Terapéutico 6,54% frente a 26,64% (OR=5,19; IC95%:4,29-6,29); c) Dosis omitida 13,17% frente a 15,73% (OR=1,23; IC95%:1,05-1,45); d) Farmacoterapia secuencial 2,85% frente a 0,64% (OR=0,22; IC95%:0,13-0,38); e) Duplicidad terapéutica 2,01% frente a 2,03% (OR=1,01; IC95%:0,68-1,52)*; f) Pauta posológica alternativa 7,42% frente a 10,08% (OR=1,40; IC95%:1,14-1,72); g) Otras 3,59% frente a 1,88% (OR=0,51; IC95%:0,36-0,74).

CONCLUSIONES: La implantación del PIT ha supuesto una disminución en el porcentaje de comunicaciones relativas a medicamentos no incluidos en guía como consecuencia del impulso del intercambio terapéutico que se ha visto aumentado en 5 veces. Esto se traduce en un uso más racional del medicamento, intentando adaptar la situación clínica y farmacoterapéutica del paciente a los medicamentos disponibles en nuestro Hospital.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno * Diferencia estadísticamente no significativa.

9.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Rodríguez Jiménez E ⁽¹⁾, Cifuentes Cáceres R ⁽²⁾, María Cruz Santaella A ⁽²⁾, Martínez Camacho M ⁽¹⁾, García Marco D ⁽³⁾, Amor Andrés M S ⁽¹⁾ ⁽¹⁾ Hospital Virgen del Valle. Toledo, ⁽²⁾ Residencia de Mayores Sta. M^a de Benquerencia. Toledo. ⁽³⁾Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo

OBJETIVOS: En la población ingresada en residencia de mayores, coexisten varios factores que dificultan la utilización adecuada de medicamentos, como son: mayor morbilidad, déficit cognitivos y funcionales, poli medicación, personal de enfermería insuficiente para atender necesidades individuales; por lo que es frecuente la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM). El objetivo de este trabajo es detectar PRM y describir las intervenciones llevadas a cabo para resolverlos.

MATERIAL Y MÉTODOS: En una residencia de asistidos con una ocupación media de 138 plazas, se ha llevado a cabo un estudio prospectivo, realizado por un equipo multidisciplinar, integrado por profesionales de las áreas de medicina geriátrica, y farmacia hospitalaria, durante un período de ocho meses. Se realizó la revisión de la historia clínica y el tratamiento farmacológico de los pacientes y se recogieron sistemáticamente los siguientes datos: número de medicamentos que toma cada residente, tipo de PRM, grupo terapéutico implicado en el PRM, resultados negativos asociados a la medicación, gravedad del PRM y la intervención para la solución o la prevención del PRM .

RESULTADOS: Más de la mitad de los residentes (53.48%) tomaban entre 6 y 10 medicamentos, la media de medicamentos por residente fue de 7,4. 54 pacientes presentaron PRM. Se registraron 79 PRM, que representan el 8,25% de los medicamentos prescritos. Los PRM más frecuentes fueron: medicamento no indicado en 23 ocasiones, medicamento no incluido en la guía terapéutica en 19 casos, efectos adversos en 11 casos y dosis, pauta y/o duración no adecuada 10 casos. Los grupos terapéuticos más frecuentemente implicados en PRM fueron: Inhibidores de bomba de protones, estatinas, antihipertensivos ARA II y antipsicóticos. Los resultados negativos asociados a la medicación más frecuentes, fueron: medicamento inadecuado en 39 ocasiones, medicamento innecesario en 13, reacciones adversas en 12 casos, infradosificación en 6 ocasiones. En cuanto a la gravedad del PRM, en ningún caso se produjo daño en el paciente, en la mayoría de las ocasiones (93,67%) el PRM dio lugar a cambio del tratamiento. La intervenciones más frecuentes fueron: Cambio a otro medicamento más efectivo 33 (41,77%), suspensión del medicamento en 27(34,17%) casos, modificar la dosis o el intervalo posológico 10 casos (12,65%), iniciar medicamento en 7 ocasiones (8.86%), prevenir efectos adversos 1 caso (1,26%) y prevenir interacción 1 caso (1,26%).

CONCLUSIONES: La revisión sistemática del tratamiento farmacológico en ancianos institucionalizados contribuye a resolver PRM y a prevenir efectos adversos, promoviendo un uso racional de la farmacoterapia.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno

10.- RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON VANCOMICINA

Álvarez López MM, Bocanegra Bolívar MA, Rodríguez Martínez M, Vila Torres E, Campanario López I, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia, Hospital General de Ciudad Real.

OBJETIVO: Evaluar la cobertura y el grado de aceptación de las recomendaciones de un programa de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en tratamiento con vancomicina desde la Unidad de Farmacocinética Clínica del Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y METODO: Estudio prospectivo de 6 meses de duración (junio – diciembre 2008). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en tratamiento con Vancomicina a través del sistema de información para la distribución de medicamentos en dosis unitarias. Se realizaron 2 cortes/semana del listado de pacientes en tratamiento con vancomicina obtenido a través de Prisma® (APD). Se estableció como criterio de propuesta para la monitorización de niveles plasmáticos y optimización del régimen terapéutico una concentración plasmática teórica (CpT) estimada según datos poblacionales con el PKS® <5mcg/ml o \square 20mcg/ml. Variables analizadas: edad (años), sexo, creatinina sérica (mg/dL), dosis diaria (mg), CpT (mg/dL), número propuestas realizadas, número de propuestas aceptadas. Los indicadores evaluados fueron: 1/ Índice de cobertura = $(n^{\circ}$ pacientes propuestos / n° pacientes que deberían ser propuestos) x 100; 2/ Grado de aceptación = $(n^{\circ}$ propuestas aceptadas / n° propuestas realizadas) x 100. El valor estándar definido de estos indicadores es: 1/ 75% y 2/ 95%.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio un total de 86 pacientes, la mitad de ellos varones. La edad media fue de 64,90 (SD=16,19) años, situándose el 61,63% de los paciente por encima de 65 años. El valor de creatinina sérica media fue de 1,20 (SD= 1,27) mg/dl . El 77,9% de los pacientes obedecía al régimen posológico estándar de un 1g/12h; el resto fue del: 19,8% con < 1gramo/día y 2,3% > 2g/día. Las CpT observadas fueron: 2,3% subterapéuticas (<5mcg/ml), 61,6% dentro del intervalo [5-20 mcg/ml] y 36% (\geq 20 mcg/ml). El resultado de los indicadores seleccionados fue: Índice de cobertura del programa del 54,8% y Grado de aceptación de la propuesta de monitorización del 47%.

CONCLUSIONES:

1. Evaluamos los valores obtenidos para los indicadores como satisfactorios a pesar de no cumplir los estándares definidos ya que muestran el inicio de una cultura de monitorización farmacocinética entre nuestros profesionales sanitarios.
2. La farmacocinética activa ha permitido la detección de pacientes en tratamiento con vancomicina con problemas relacionados con medicamentos por infra o sobredosificación.

CONFLICTO DE INTERESES: no procede.

11.- EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON MITOXANTRONA

Mulet Alberola A (1), Martínez Valdivieso L (1), Gómez Romero L (2), Canales Ugarte S (1), Goda Montijano G (1), Barreda Hernández, D (1).(1) Servicio de Farmacia; (2) Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

OBJETIVO: Analizar la utilización de mitoxantrona (M) en el tratamiento de pacientes con esclerosis múltiple (EM) en un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo (noviembre 2006- febrero 2009) realizado en pacientes con EM tratados con M en un hospital cuya área asistencial es de 170.000 habitantes. Obtención de datos de:

-Aplicación informática Farhos[®] de prescripción, validación, preparación y dispensación de quimioterapia.

-Aplicación informática Dipex[®] de gestión y dispensación de pacientes externos.

-Revisión de la historia clínica de los pacientes. Variables recogidas:

1.-Demográficas: sexo, edad al diagnóstico y al inicio de M.

2.-Clínicas: tipo de EM (Recurrente Remitente -EMRR-; Secundaria Progresiva -EMSP-) al diagnóstico e inicio de M, tratamientos previos, progresión de la discapacidad según escala creciente *Expanded Disability Status Scale of Kurtzke* (EDSS) y número de brotes.

3.- Relacionadas con M:

- Pauta posológica: 12 mg/m²/ 90 días vía intravenosa. Dosis máxima acumulada 140 mg/m².

- Eficacia: número de brotes, progresión de EDSS.

- Seguridad: reacciones adversas a M (reducción significativa de fracción de eyección del ventrículo izquierdo -FEVI-, alteraciones analíticas, infecciones,...).

- Impacto económico (costes directos): coste medio anual por paciente tratado con M versus coste medio anual por paciente tratado para EM.

RESULTADOS: Durante el período de estudio, de la media de 55 pacientes tratados por año para EM, 6 (5 mujeres, 1 hombre) recibieron M. Edad media: 33 años (26- 43) al diagnóstico y 44 años (32- 51) al inicio de M. Todos los pacientes, excepto uno, presentaba EMRR al diagnóstico; aunque 4 de ellos progresaron a EMSP al inicio de M.

Tratamientos previos: Interferon_{β-1a} i.m (3 pacientes); Interferon_{β-1a} s.c (4 pacientes); Interferon_{β-1b} s.c (3 pacientes); Acetato de glatiramer s.c. (1 paciente). Media de brotes por paciente: 3 (0- 8) durante un tiempo medio de 80 meses (17-129) hasta inicio de M.

Tras falta de respuesta a inmunomoduladores (o progresión de la enfermedad por incumplimiento terapéutico en la paciente sin brotes con interferones), todos los pacientes recibieron M trimestralmente a dosis de 12 mg/m², con una media de 4 ciclos (2-8). Ningún paciente superó la dosis máxima acumulada.

EDSS media: 3.0 (0-4.0) al inicio de tratamiento para EM y 6.0 (4.0-8.0) al comienzo de M. Durante este último tratamiento, 4 pacientes empeoraron su puntuación EDSS, aumentando entre 1 y 2 puntos. El resto se mantuvo estable. Excepto un paciente que padeció 2 brotes, los demás no presentaron recaídas.

Durante el período de estudio, sólo se suspendió M a una paciente, por reducción significativa de FEVI en control previo a tercer ciclo, y a otra paciente, por neutropenia ($1.100 \text{ células}/\mu\text{L}$) tras tercer ciclo. El resto de pacientes no sufrieron efectos adversos destacables derivados del mismo.

Coste medio anual por paciente tratado con M: 626 euros, mientras que por paciente tratado para EM: 10.920 euros. M representó el 5,7% del coste anual medio por paciente de EM.

CONCLUSIONES: M es una alternativa terapéutica para pacientes con EM no respondedores a tratamiento inmunomodulador en cuanto a eficacia, calidad de vida y contención del coste de EM.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

12.- RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCO-HEMATOLÓGICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SEGURIDAD

Rodríguez Martínez M, Campanario López I, Moreno Perulero ML, Bocanegra Bolívar MA, Lozano Toledo R, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. Hospital General de Ciudad Real.

OBJETIVOS: Analizar la repercusión en la seguridad, de un nuevo circuito de prescripción de quimioterapia en el Hospital de Día Onco-Hematológico de nuestro Hospital tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS: La prescripción electrónica en el Hospital de Día Onco-Hematológico comenzó en junio 2008. Con el objetivo de realizar un seguimiento de las intervenciones farmacéuticas realizadas, éstas se registran en formato Excell en la que quedan indicados la fecha, el nombre del paciente, el servicio al que pertenece, la descripción de la incidencia, la actuación realizada y la resolución.

El indicador de calidad evaluado fue “nº de intervenciones farmacéuticas en la prescripción de quimioterapia (QT)” que es calculado para dos periodos; Periodo A, 8 meses antes de la implantación de la prescripción electrónica y Periodo B, 8 meses después de ésta.

RESULTADOS: Durante el periodo A se validan un total de 10.113 preparaciones, en los cuales se realizan 31 intervenciones farmacéuticas relevantes (0,31%). En el segundo periodo el número de preparaciones validadas fue de 11.784 y se registraron 19 intervenciones (0,16%). La disminución observada en el indicador de estudio, tras la implantación de la prescripción electrónica, fue de un 50%

CONCLUSIONES: El circuito de prescripción electrónica de QT en el Hospital de Día Onco-Hematológico ha aumentado de manera significativa la seguridad para el paciente expresada en menor nº de intervenciones farmacéuticas.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

13.- ANALISIS DEL REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Acín Gericó MT, Valera Rubio MM, Cía Lecumberri JJ, Martínez Sesmero JM, Granja Berná V, Moya Gómez P. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

OBJETIVOS: Analizar el registro de las alergias medicamentosas (AM) en pacientes hospitalizados a través del programa de prescripción Athos-Prisma®.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en un hospital terciario con 651 camas en régimen de Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) desde enero a diciembre de 2008 en una muestra de 14773 pacientes usuarios de este régimen de dispensación. Se recopilan las órdenes de tratamiento a través del programa de prescripción Athos-Prisma® seleccionando aquellas en las que se especifica el tipo de alergia o algún comentario sobre las alergias del paciente.

Los datos recopilados incluyeron el número de alergias registradas clasificadas por principios activos y agrupados en grupos terapéuticos. Los datos se procesaron mediante el programa Excel 2003 para Windows.

RESULTADOS: En 11190 pacientes (75,7%) no se realizó ningún comentario o registro en el apartado de "alergias" de las órdenes de tratamiento y en 3583 pacientes (24,3%) sí se realizaron comentarios en este apartado. Dentro del grupo de pacientes con comunicación de alergias, en 2616 (73%) se confirmó la no presencia de alergias a medicamentos, en 918 (25,6%) se notificó al menos una alergia a un medicamento y en 49 (1,4%) al menos una alergia no medicamentosa.

Las alergias comunicadas del grupo de beta-lactámicos y del grupo de analgésicos y antipiréticos suponen más del 50% del total de alergias notificadas. La causa más frecuente de comunicación de alergia a medicamentos dentro del primer grupo fueron penicilinas y del segundo grupo, pirazonas.

CONCLUSIONES: La frecuencia de alergias medicamentosas (6,2%) comunicadas en nuestro ámbito hospitalario a través de las órdenes de tratamiento es inferior al registrado en otros estudios epidemiológicos de ámbito poblacional más amplio (13,2% en población de Castilla la Mancha). En cuanto a grupos terapéuticos, los resultados obtenidos se asemejan a los de anteriores estudios en el que los principales responsables de las consultas por alergias medicamentosas fueron los beta-lactámicos.

Sería necesaria la notificación de forma sistemática de las alergias por paciente al Servicio de Farmacia a través de las órdenes de tratamiento para tener constancia de que se ha consultado al paciente sobre presencia o no de alergias y como sistema de mejora de la calidad de la terapéutica farmacológica.

CONFLICTO DE INTERESES: No existe.

14.- UTILIZACIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EN PATOLOGÍA NEONATAL EN UN HOSPITAL GENERAL

Bocanegra Bolívar M.A, Moreno Perulero M.L, Álvarez López M.M, Tudela Patón P, Vila Torres É, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. Hospital General de Ciudad Real.

OBJETIVO: Analizar retrospectivamente todos los tratamientos con óxido nítrico (ON) en patología neonatal que se han realizado en la UCI neonatal de nuestro hospital desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los parámetros analizados son: 1.- Indicaciones para las que ha sido prescrito, 2.- Duración media de los tratamientos, 3.- Adherencia a las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y 4.- Efectividad de los tratamientos.

El ON inhalado está indicado, junto con ventilación asistida y otros agentes apropiados para el tratamiento de neonatos de 34 ó más semanas de gestación con insuficiencia respiratoria hipóxica asociada a evidencia clínica o ecocardiográfica de hipertensión pulmonar (HTP), para mejorar la oxigenación y reducir la necesidad de oxigenación por medio de una membrana extracorpórea (ECMO).

Para el estudio, los datos se obtienen de la revisión de los “impresos de petición de tratamiento con ON”, el “informe de seguimiento”, y las historias clínicas de cada paciente que han estado en tratamiento en el período comprendido entre 2006-2008.

La información se obtiene de ficha técnica del óxido nítrico disponible en nuestro hospital (INOX®), de la base de datos Micromedex® y de las “Recomendaciones para la utilización de óxido nítrico inhalado en patología neonatal” que hace la Asociación Española de Pediatría.

RESULTADOS: Un total de nueve pacientes recibieron en nuestro centro tratamiento con óxido nítrico. En todos los casos la hipertensión pulmonar fue secundaria a aspiración meconial, excepto en uno que fue por transfusión feto-fetal severa. Para este último caso, se solicitó el Uso Compasivo, debido a que el neonato, a pesar de tener 34 semanas de gestación, tenía un peso excesivamente bajo que no correspondía a su edad gestacional (aproximadamente 24 semanas).

La duración media del tratamiento con óxido nítrico fue de 135 horas y 40 minutos (16 – 560 h).

En el 88.8% de los pacientes no se precisó un cambio de tratamiento en base a la buena evolución de los pacientes.

Uno de los pacientes precisó tratamiento con sildenafil debido a la resistencia que presentó al óxido nítrico. Este tratamiento fue autorizado por Uso Compasivo.

CONCLUSIONES:

- Todos los pacientes tratados presentaron patología de base que se ajustó a la indicación de la ficha técnica y a las recomendaciones de la AEP.
- En el 88,8% de los pacientes el tratamiento con ON fue satisfactorio.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

15.- CONSERVACION DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES. GESTION INFORMATICA DE LA CADENA DE FRIO

Valera Rubio MM, Acín Gericó MT, Cía Lecumberri JJ, Mateos Rubio J, García Palomo M, Moya Gómez P. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

OBJETIVOS: Desarrollar una aplicación informática que identifique rápidamente tras la rotura de la cadena de frío, los medicamentos termolábiles (MT) que deben retirarse por haber sobrepasado sus condiciones de estabilidad y aquellos que son válidos y pueden recuperarse.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se desarrolla una aplicación informática a través del programa Excel 2003 indicando los siguientes ítems en una tabla de cálculo: medicamentos termolábiles (MT) incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del hospital, frigorífico en el que se encuentran, principio activo, estabilidad (con un código numérico del 1 al 6 según el tiempo de estabilidad a temperatura ambiente (TA) de 24 horas, 72 horas, 1 semana, 1 mes, más de un mes e inestables a TA), observaciones y proveedor. Se considera TA la situada entre 22 a 25°C. Se introduce en una celdilla habilitada para ello en la tabla de cálculo el tiempo que ha permanecido rota la cadena de frío. El programa resalta en color rojo aquellos medicamentos considerados inestables por encima del tiempo indicado y por otra parte, aquellos en los que deban revisarse las condiciones específicas y especiales de temperatura de conservación.

RESULTADOS: La aplicación permite que, ante una consulta urgente acerca de la validez de uno o varios MT por causa de una rotura o fallo de la cadena de frío, se proporcione una rápida respuesta, disponiendo de un listado de aquellos MT que han rebasado sus condiciones de estabilidad y, por tanto son desechables y aquellos que todavía en las circunstancias de tiempo y temperatura alcanzados son recuperables.

La tabla en formato de hoja de cálculo permite su actualización admitiendo la modificación de su contenido o la incorporación de otros datos o nuevos MT. Está disponible a través de la página web de Farmacia en la intranet del hospital y por el momento, la aplicación es de uso desde el Servicio de Farmacia.

CONCLUSIONES: La temperatura de almacenamiento de los MT debe ser la adecuada ya que condiciona, entre otros factores, su seguridad y eficacia. Por lo tanto, es fundamental un correcto control de su estabilidad y conservación para evitar un riesgo para la salud de los pacientes y un considerable impacto económico. Esta herramienta informática va a permitir actuar con rapidez y seguridad para retirar los medicamentos no válidos por una rotura de la cadena de frío, ya sea en el almacén del Servicio de Farmacia o en los botiquines de las unidades de enfermería del hospital.

CONFLICTO DE INTERESES: No existe.

16.- ENCUESTA A SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA SOBRE IMPLANTACION Y SATISFACCION DEL PROYECTO MAMBRINO XXI

Valladolid Walsh A., Moya Gil A., Clemente Andujar M., Lerma Gaude V., Aldaz Francés V., Hernández Sansalvador M. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO: Conocer el grado de implantación del Proyecto Mambrino XXI en los hospitales de SESCAM y la satisfacción de farmacéuticos y clínicos con el proyecto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante marzo de 2009 se realizó una encuesta telefónica a los SF de hospitales públicos de SESCAM. Se recopiló la siguiente información: Hospital, implantación de Farmatools® (aplicación de Farmacia) y fecha, aplicación empleada anteriormente e implantación del resto de lotes del proyecto Mambrino. En el caso de que no se hubiera realizado la implantación, fecha prevista para la misma. Se solicitó información sobre los módulos usados en el SF y otras aplicaciones usadas, así como la valoración de los módulos y la satisfacción global con la aplicación (escala de 1-5). En relación con prescripción electrónica, se identificaba la aplicación utilizada, número de camas, Unidades Clínicas en las que estaba implantada y las estrategias empleadas para solventar, en cada caso, las carencias de comunicación entre las distintas aplicaciones. Por último, se solicitó una valoración del grado de satisfacción de clínicos y farmacéuticos con la prescripción electrónica.

RESULTADOS: Se recogieron 15 encuestas que mostraron la siguiente información: La aplicación Farmatools® está en funcionamiento en la actualidad en 7 SF de la CCAA (4 en 2007 y 3 en 2008), aunque sólo en 3 se ha implantado el Proyecto Mambrino XXI al completo. El resto de centros trabaja con aplicaciones dispares (Sinfhos®, Athos®, Farmasyst®,...). De aquellos que trabajan con Farmatools®, todos emplean la solicitud electrónica de reposición de botiquines de planta y sólo uno el módulo de Mezclas. En cuanto al uso de lectores ópticos, sólo 3 los han implantado. No existe homogeneidad en cuanto a valoración de los módulos y el valor de la mediana de satisfacción global con la aplicación es de 3 (rango 2-4). El principal motivo referido es el bajo desarrollo de ciertos módulos de la aplicación. Sólo se ha puesto en marcha la prescripción electrónica a través de la estación clínica Selene® en un centro, con un bajo nivel de satisfacción por parte de los clínicos. De aquellos centros en los que aún no se ha implantado este proyecto, cabe destacar que son seis los que actualmente tienen implantada prescripción electrónica y que la mayoría presenta grandes reticencias al cambio.

CONCLUSIONES: El Proyecto Mambrino XXI presenta un bajo nivel de implantación tras más de dos años desde su inicio. En cuanto a la aplicación específica del SF ha sido implantada en aproximadamente la mitad de centros con un nivel de satisfacción medio por parte de los usuarios. La implantación de prescripción electrónica asociada a este proyecto es mínima, con bajo grado de satisfacción por parte de los clínicos y medio en el caso de farmacéuticos.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

18.- IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE UN NUEVO GAS MEDICINAL

Martí Gil C, Marcos Pérez G, Martínez Valdivieso L, Escudero Brocal A, Mulet Alberola A, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

OBJETIVOS: La publicación del Real Decreto 1800/ 2003, por el que se regulan los gases medicinales (GM) como medicamentos, implica a los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) a participar en la gestión de los mismos, función realizada hasta ese momento por los Servicios de Mantenimiento (SM) de los hospitales.

Los objetivos del trabajo consisten en describir un protocolo de utilización de la mezcla equimolecular protóxido de nitrógeno/ oxígeno (N_2O/O_2), estudiar su perfil de utilización y valorar el cumplimiento de dicho protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo (Mayo 2008- Febrero 2009) realizado en un hospital de segundo nivel.

Fase 1: Implantación del protocolo

- Elaboración del informe para la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Inclusión de N_2O/O_2 en Guía Farmacoterapéutica en Mayo 2008, quedando aprobado un protocolo de uso.

Fase 2: Evaluación de la utilización

Recogida de datos de pacientes tratados con N_2O/O_2 : edad, sexo, indicación, Unidad Clínica (UC), empleándose la aplicación informática Excel® para su procesamiento.

RESULTADOS:

Fase1: Implantación del protocolo

- Indicación diagnóstica: analgesia general en intervenciones dolorosas de corta duración.
- Uso restringido a Urgencias, Pediatría y Anestesia (uso en Obstetricia), estableciéndose un stock de 1 bala en cada UC.
- El gas debe ser solicitado como medicamento restringido al SFH, especificando paciente, médico e indicación.
- Requiere vigilancia clínica continua y, en caso de pérdida del contacto verbal, debe interrumpirse la administración inmediatamente, dado su lábil perfil de seguridad.
- Antes de realizar la intervención, debe mantenerse la mascarilla durante un periodo de inducción de 3 minutos.
- En niños menores de 4 años la administración debe realizarse por profesionales familiarizados con el método.
- El SFH tramita la adquisición de N_2O/O_2 como un medicamento más. El SM es el responsable de la recepción y almacenamiento. La retirada de balas vacías de las UC y reposición de las mismas la realiza personal sanitario auxiliar del SFH. Las mascarillas y el kit necesario para la administración de N_2O/O_2 se solicitan a Suministros-Dirección de Gestión, mientras que los materiales fungibles a la Coordinadora de Recursos Materiales.

Fase 2: Evaluación de la utilización

Un total de 35 pacientes [28 de Urgencias, 6 de Paritorios, 1 de Pediatría: distribución por sexo: 15 hombres, 20 mujeres; media de edad: 44 ± 24 años (rango: 8-80)] recibieron analgesia con N_2O/O_2 . En el 100% de los casos, las indicaciones diagnósticas para las que se solicitó fueron las establecidas en el protocolo de uso, destacando la asistencia en Urgencias de Traumatología: fracturas simples (11,43%) y luxaciones y reducción de luxaciones periféricas (57,14%), del total de las solicitudes.

CONCLUSIONES: Los protocolos de uso de medicamentos son una buena medida para garantizar el uso racional y seguro de los mismos. La nueva normativa sobre GM amplía nuestra responsabilidad a un nuevo grupo de medicamentos, debiendo ser una responsabilidad compartida con otros profesionales sanitarios. Debería promoverse la creación de una comisión multidisciplinar sobre seguridad de GM a nivel intrahospitalario y fomentar grupos de trabajo a nivel interhospitalario, para poder compartir procedimientos normalizados de actuación consensuados con sociedades científicas.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

19.- ESTUDIO PROSPECTIVO DE CONTROL DE CALIDAD DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

Moya Gil A, Proy Vega B, Lorenzana Préstamo MM, García-Solana Gavidia MD, Valladolid Walsh A, Hernández Sansalvador M. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO: Identificar y solucionar las discrepancias existentes entre la medicación dispensada por dosis unitarias (DU) y la prescrita por el facultativo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de 2,5 meses de duración, realizado en una Unidad de Hospitalización (UH). Se incluyeron todos los pacientes, con todas sus prescripciones y administraciones. Se realizó con ayuda de un listado de administración de pacientes, proporcionado por la nueva aplicación informática Farmatools®. En el Servicio de Farmacia (SF), tras la preparación manual de DU, se obtiene dicho listado del sistema informático, conteniendo información sobre: datos identificativos del paciente, edad, servicio clínico, diagnóstico, cama, carro, medicación prescrita, dosis, vía, pauta y secuencia horaria. Estos listados se enviaron diariamente a UH, con los carros de DU de 24 horas. En ellos la enfermería, registraba cualquier incidencia relacionada con la medicación, siendo devueltos al SF al día siguiente. Se analizaron exhaustivamente las discrepancias encontradas, validándolas con la transcripción del tratamiento y la orden médica, subsanándolas. Las discrepancias se clasificaron: error de llenado del carro DU, error de transcripción, medicación prescrita si precisa (no se dispensa por DU), reclamación de medicación por existencia de orden médica posterior (modificaciones) y reclamación de medicación por ingresos o traslados. También se registraron las discrepancias halladas por medicación dispensada como stock de planta, medicación sustituida por intercambio terapéutico (IT) o medicación cuya secuencia horaria de administración discrepaba de la prescrita por el facultativo. Los datos fueron analizados estadísticamente con el SPSSv.15.0.

RESULTADOS: Se analizó la tercera planta de un hospital de 186 camas, con 54 camas asignadas, repartidas en 2 Servicios: Medicina Interna (MI) con 44 camas y Unidad de Cuidados Paliativos (UP) con 10 camas. Durante el periodo de estudio, se realizó una estimación del número de unidades dispensadas por paciente: 20,7 y el SF preparó 1.117,8 dispensaciones, registrándose 307 discrepancias en total, 241 en MI y 66 en UP. Su distribución fue: error de llenado (37,5%), error de transcripción (30,6%), reclamación por orden médica posterior (25,4%), medicación prescrita si precisa (2,0%), discrepancia de secuencia horaria (2,0%), por ingresos o traslados (1,3%), discrepancias de medicación de stock de planta (1,0%) y por medicación sustituida por IT (0,3%).

Todas las discrepancias fueron valoradas y subsanadas para evitar su repetición. Se compararon las discrepancias halladas entre los primeros y últimos 15 días de estudio, encontrándose 94 y 37 respectivamente, obteniéndose una disminución de las mismas: error de llenado (33/15: -54,5%), error de transcripción (26/17: -34,6%), reclamación de medicación por orden médica posterior (27/4: -85,2%), medicación prescrita si precisa (1/0: -100,0%),

discrepancia de secuencia horaria (3/1: -66,7%), por ingresos o traslados, por medicación dispensada como stock de planta y por medicación sustituida por IT (1/0: -100,0%), respectivamente.

CONCLUSIONES: El control de calidad del sistema de distribución disminuyó un 60,6% de las discrepancias, aportando mayor calidad y seguridad en la farmacoterapia de pacientes ingresados.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

20.- USO COMPASIVO CON IXABEPILONA EN CANCER DE MAMA METASTÁSICO: A PROPOSITO DE UN CASO

Rubio Salvador AR, García Palomo M, Esteban Esteban C, Martínez Sesmero JM, Cía Lecumberri JJ, Moya Gómez P. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con Ixabepilona en una paciente con carcinoma de mama metastático en progresión tras haber recibido varias líneas de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de la historia clínica electrónica. Las variables a estudio fueron: análisis hematológicos, estudios de imagen y seguimiento de efectos adversos.

RESULTADOS: Paciente de 52 años diagnosticada en febrero de 1998 de un carcinoma ductal invasor de mama estadio IIIB (T4N2M0) que fue tratado con quimioterapia neoadyuvante (paclitaxel-adriamicina) con respuesta objetiva y posteriormente mastectomía radical modificada izquierda, quimioterapia adyuvante (ciclofosfamida-metotrexate-fluorouracilo), radioterapia locorregional y tamoxifeno adyuvante. En marzo de 2002 se evidencia recidiva ósea, por lo que se comienza tratamiento con anastrozol hasta febrero de 2004 por progresión ósea y dudosa hepática. Se administró ácido zoledrónico con intolerancia de la paciente y suspensión definitiva.

Posteriormente recibió, de marzo a agosto de 2004 docetaxel-capecitabina x 6 ciclos y posteriormente exemestano (que suspendió la paciente por ansiedad a los tres meses).

En agosto de 2005 se evidencia nueva progresión ósea, axilar y hepática que fue tratada con paclitaxel-gemcitabina x 5 ciclos hasta diciembre de 2005 con enfermedad estable. En marzo de 2006 recibe nueva línea de tratamiento con Doxorubicina liposomal pegilada (Caelyx[®]), que se suspendió tras seis ciclos por toxicodermia severa. De octubre de 2006 a diciembre de 2007 ha recibido tratamiento con fulvestrant, momento en que se detecta progresión hepática y se pasa a vinorelbina oral.

En febrero de 2008 se decide comenzar tratamiento con Ixabepilona, un inhibidor de microtúbulos del grupo de las epotilonas que impide la multiplicación celular. Está aprobado por la FDA para el tratamiento del cáncer de mama metastático o localmente avanzado en pacientes cuyos tumores son resistentes o refractarios a antraciclinas, taxanos y capecitabina. El fármaco lo proporciona la Industria Farmacéutica previa autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como uso compasivo-off label, adjuntando un documento de confirmación individualizado donde se especifican los términos en los que se suministra el medicamento en cantidad limitada.

La dosis recomendada es 40 mg/m² administrados por vía intravenosa durante 3 horas cada 3 semanas.

La paciente recibió un total de 7 ciclos de quimioterapia con Ixabepilona, siendo necesaria una reducción de dosis del 20 % por toxicidad (neutropenia febril y mucositis grado 4) en el cuarto ciclo, lo que supuso una intensidad de dosis relativa del 80.45%. La eficacia clínica se evaluó mediante determinación de marcadores tumorales y con técnicas por imagen, evidenciándose

progresión a la enfermedad después del tercer ciclo de tratamiento. Se continuó con la terapia durante 4 ciclos más, pero en agosto de 2008 se objetiva progresión y se pasa a tratamiento sintomático exclusivo.

CONCLUSIONES: A pesar de haber demostrado eficacia en los ensayos clínicos publicados, el empleo de Ixabepilona en esta paciente no ha mostrado efectividad, produciendo un perfil de efectos adversos que ha supuesto una disminución en la intensidad de dosis recibida.

CONFLICTO DE INTERESES: Nada que declarar

21.- IMPACTO ECONOMICO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS CON UN DESCUENTO DEL 100%

Hernández Sansalvador M, Acebal Gómez I, Aldaz Francés R, García Gómez C, Valladolid Walsh A. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Valorar en nuestro centro hospitalario la repercusión económica que supone la adquisición de medicamentos con un descuento del proveedor del 100%

MATERIAL Y METODOS: El estudio, de 8 meses de duración, se realiza en el periodo comprendido entre el 1 de Mayo de 2008 al 31 de Diciembre de 2008. Se han obtenido a partir del sistema informático Farmatools® (Dominion) todas las unidades de medicamentos adquiridos cuyo descuento alcanza el 100%. A partir del Precio Venta Laboratorio oficial de cada uno de estos medicamentos, se ha calculado el importe total que estas adquisiciones hubieran supuesto, si se hubieran realizado a dicho importe.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se han adquirido 1.749 especialidades farmacéuticas distintas; de ellas tenemos 103 con un descuento de proveedor del 100%, lo que supone un 5.89% del total. El importe de las adquisiciones de todas ellas en el periodo estudiado sería 334.987€, que frente al total de las adquisiciones (17.811.758€) representa el 1.88%

CONCLUSIONES: La industria farmacéutica utiliza el descuento del 100% en ciertas especialidades farmacéuticas con repercusión en atención primaria y cuyo inicio en el ámbito hospitalario puede asegurar su continuación al alta. Además, sirven como parte de las negociaciones de otros medicamentos de uso hospitalario y/o especialidades farmacéuticas exclusivas. Aunque la repercusión de estos medicamentos en el conjunto de las adquisiciones no es muy elevada en el periodo de estudio (1.88%), no deja de ser importante su cuantificación y valoración dentro de las estrategias negociadoras que realiza el Servicio de Farmacia dentro del hospital.

CONFLICTO DE INTERESES: No existe ningún conflicto de intereses relacionado con este trabajo.

22.- MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES Y TERMOESTABLES ¿LOS CONSERVAMOS ADECUADAMENTE?

Mulet Alberola A, Escudero Brocal A, Barreda Hernández D, Martínez Valdivieso L, Martí Gil C, Marcos Pérez G. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

INTRODUCCIÓN: La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios y la Ley de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha refiere, como función del Servicio de Farmacia (SF), velar por la correcta custodia y conservación de los medicamentos, tanto termolábiles (TL) como termoestables (TE) .

OBJETIVO: Elaborar un Procedimiento Normalizado de Trabajo que garantice la correcta custodia y conservación de los medicamentos en relación a la termoestabilidad en un hospital general de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODO:

- 1) Obtención de un listado actualizado de los medicamentos incluidos en Guía Farmacoterapéutica (MIGFT), con el programa de gestión SINFHOS[®].
- 2) Búsqueda de las temperaturas óptimas de conservación de MIGFT en distintas fuentes de información: fichas técnicas, prospectos, Catálogo de Medicamentos, laboratorios farmacéuticos.
- 3) Unificación de criterios de temperatura según Real Farmacopea Española: congelador < -15°C, refrigerado 2-8°C, fresco 8-15°C, temperatura ambiente 15-25°C.
- 4) Elaboración de una base de datos (Excel[®]).
- 5) Gestión de adquisición de termómetros de temperaturas máxima y mínima, libros de registro y sistemas de refrigeración.
- 6) Formación a responsables de enfermería sobre condiciones de conservación de medicamentos y modo correcto de registro de temperaturas.
- 7) Validación farmacéutica de los registros y desarrollo de un plan de actuación ante posibles incidencias.
- 8) Creación de indicadores de calidad.

RESULTADOS:

♦ Los 1245 MIGFT se han clasificado en la base de datos en 4 grupos, según el rango de temperaturas de conservación:

- <-15°C: 0,2%
- 2-8°C: 14,9%
- 8-15°C: 1,7%
- 15-25°C: sobre 65%

Consideramos los medicamentos que no requieren condiciones especiales de conservación 23,3% dentro del rango 15-25°C.

Al constatar la información proporcionada por Farmaindustria encontramos la existencia de 2 nuevos rangos de temperatura:

- < 30°C: sobre 17%

- < 40-50°C: 0,2%

En el 30,1% de los medicamentos ha sido necesario contactar con Farmaindustria por no constar el rango de temperaturas ni en la ficha técnica ni en el prospecto.

- ◆ Situar los termómetros de temperaturas máxima y mínima en almacenes de medicamentos del SF y botiquines de las Unidades de Enfermería.
- ◆ Divulgación de la tabla actualizada de termoestabilidades y del listado de estabilidad de los medicamentos TL cuando se rompe la cadena de frío.
- ◆ El personal de enfermería registra diariamente la temperatura.
- ◆ El farmacéutico valida los registros de temperaturas y evalúa periódicamente el indicador de termoestabilidad (estándar: 100% de medicamentos almacenados según rango de temperatura).
- ◆ Actuación ante incidencias: El personal de enfermería tanto de la Unidad Clínica como del SF, debe avisar inmediatamente al farmacéutico y al Servicio de Mantenimiento para evaluar y realizar las correcciones pertinentes.

CONCLUSIONES: La conservación correcta de los medicamentos, tanto TE como TL, es un factor crítico para garantizar su calidad, eficacia y seguridad, resultando imprescindible la implantación de procedimientos normalizados de trabajo que la aseguren.

Conocer y mantener la termoestabilidad del 100% de los medicamentos es básico para lograr su óptima conservación y favorecer prácticas seguras para el paciente en relación a la farmacoterapia.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno

23.- ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS TRAMITADOS COMO USO COMPASIVO EN ONCOLOGÍA

Rodríguez Llansola B., Vilar Rodríguez J., González Martínez S., Blasco Guerrero M., Amorós Paredes A., Horta Hernández A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

OBJETIVO: Analizar el número de medicamentos quimioterápicos tramitados como uso compasivo, destinados a pacientes con tumores sólidos. Describir la labor realizada por el farmacéutico responsable del Área de Oncología en la gestión de estos usos compasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2008. Se evaluó el número de prescripciones de quimioterapia realizadas por el Servicio de Oncología y las cursadas como uso compasivo. El número total de prescripciones fue obtenido a partir del programa FARHOS ONCOLOGÍA® Versión 4.0. Cada protocolo prescrito a un paciente fue considerado como una única prescripción, independientemente del número de ciclos administrados. El número total de prescripciones tramitadas como usos compasivos se obtuvo de la base de datos del Servicio de Farmacia.

El farmacéutico responsable del área de oncología realiza un informe farmacoterapéutico por cada solicitud que incluye: una breve historia clínica del paciente, motivos por el que se solicita el tratamiento, ensayos clínicos que respaldan la indicación, coste del tratamiento y recomendación del Servicio de Farmacia. Todo ello es remitido a la Dirección Médica del Hospital y, tras su aprobación, se envía al Ministerio de Sanidad y Consumo. Los informes, junto con las referencias bibliográficas, son registrados en otra base de datos con objeto de poder recurrir a ellos en posteriores consultas.

RESULTADOS: Entre enero de 2006 y diciembre 2008, el número total de prescripciones de quimioterapia intravenosa fue de 1.692. De éstas, 104 (6,1%), fueron cursadas como uso compasivo. Éstas 104 solicitudes del Servicio de Oncología, supusieron el 27,8% del número global de usos compasivos gestionados en el hospital durante el periodo de estudio.

Los diferentes tipos de cáncer para los que se aprobaron estos usos compasivos fueron: mama, 25 (24%); hepatocarcinoma/ metástasis hepática, 21 (20,2%); colorrectal, 16 (15,5%); cabeza y cuello, 14 (13,5%); gástrico, 8 (7,7%); glioblastoma, 6 (5,8%); próstata, 3 (2,8%); endometrio, 2 (1,9%); melanoma, 2 (1,9%); renal, 2 (1,9%) esófago, 1 (0,9%); neuroendocrino, 1 (0,9%); ovario, 1 (0,9%); páncreas, 1 (0,9%) y sarcoma, 1 (0,9%).

Todos los usos compasivos tramitados desde el Servicio de Farmacia fueron acompañados de bibliografía que fundamentalmente se basaba en EC fase III.

CONCLUSIONES: La práctica diaria en oncología exige la prescripción de los mejores y más novedosos tratamientos, muchos de los cuales, todavía, no han sido aprobados por las agencias reguladoras. Esto supone que existe un alto porcentaje de tratamientos oncológicos tramitados como uso compasivo.

Debido al elevado número de solicitudes y al gran impacto económico que suponen estos tratamientos, es cada vez más importante la labor que desarrolla el farmacéutico no sólo en la

tramitación de estos usos compasivos sino, sobretodo, en el asesoramiento a la Dirección Médica del Hospital.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

24.-DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE APOYO A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS Y APLICACIÓN AL CASO DE LA HEPATITIS C

Lerma Gaude V, Aldaz Francés V, Clemente Andujar M, Valladolid Walsh A, Hernández Sansalvador M. Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General de Villarrobledo y Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN: La elevada carga asistencial, limita en muchas ocasiones el tiempo que se puede dedicar a la atención farmacéutica a pacientes externos. Esta limitación de tiempo es un factor que puede aumentar el riesgo de olvidar cuestiones importantes en dicha atención.

OBJETIVO: El objetivo del presente trabajo es desarrollar una herramienta que facilite la atención farmacéutica a pacientes externos, que acuden, en primera visita, al Servicio de Farmacia a recoger su medicación para el tratamiento de la hepatitis C.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han establecido los criterios de forma y de contenido que debe cumplir. Criterios de forma: formulario tipo *checklist*, con lenguaje claro, directo, con preguntas o frases cortas. Criterios de contenido: exactitud, relevancia, brevedad, pero a la vez que contemple los aspectos fundamentales para el desarrollo de la atención farmacéutica a los pacientes que inician tratamiento para la hepatitis C con interferón alfa pegilado y ribavirina. Se han seguido dos fases para el desarrollo del contenido: 1ª) Basada principalmente en la información necesaria que el farmacéutico debe obtener del informe médico, del paciente y/o familiar o cuidador, de la historia farmacoterapéutica, de la historia clínica (datos de laboratorio y otras pruebas); 2ª) Basada principalmente en la información que el farmacéutico debe suministrar al paciente. Para el desarrollo del contenido se ha realizado consulta bibliografía de las fichas técnicas de los medicamentos implicados, de guías específicas de hepatitis C, y documentos consenso de atención farmacéutica.

RESULTADOS: Se ha desarrollado un formulario de comprobación o *checklist*, estructurado en los siguientes apartados: a) Datos demográficos y administrativos del paciente, médico prescriptor y servicio; b) Cuestiones que el farmacéutico debe chequear antes de la dispensación, como son: Indicación, Contraindicaciones, Interacciones, Pauta posológica, considerando los datos clínicos del paciente; c) c.1) Información oral que el farmacéutico debe suministrar al paciente relativa a: administración, reacciones adversas, advertencias/precauciones, conservación, preguntas frecuentes, adherencia, próxima visita; c.2) Información escrita.

CONCLUSIONES: se ha desarrollado una herramienta, en formato *checklist*, de apoyo a la atención farmacéutica a pacientes externos, que contempla los aspectos fundamentales para el desarrollo de la atención farmacéutica a los pacientes que inician tratamiento con medicamentos para la hepatitis C.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno

25.- NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO FARMACOTERAPEUTICO

María Teresa Pérez Maroto (1), Juan Sanz Cortés(2), Ana María Díaz Braseró(3). Servicio de Farmacia(1), Servicio de Medicina Preventiva(2), Servicio de Medicina Interna (3). Hospital de Santa Bárbara. Puertollano (Ciudad Real)

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y el manejo farmacoterapéutico integral de los pacientes que ingresan a través del Servicio de urgencias con neumonía adquirida en la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo desde julio 2007 a junio 2008, se incluyen los pacientes con diagnóstico CIE 9 MC en el CMBD con códigos entre el 481 y 483. Se excluyeron los que no tenían en el juicio clínico al alta diagnóstico de neumonía comunitaria.

Se recogieron: datos demográficos, microorganismo en el cultivo, sensibilidad, criterios de gravedad, estancia hospitalaria, datos de laboratorio, signos y síntomas al ingreso, alergia a antibióticos, factores de riesgo, ingreso en uci y tratamiento antibiótico al ingreso, en la hospitalización y al alta. Los datos numéricos se presentan por su media y desviación típica.

RESULTADOS: Del listado de admisiones de 162 pacientes se incluyeron 35 pacientes. El 37,1% mujeres, el 62,9% hombres. La media de edad de los hombres fue de 74,78 (11,10) años 83,39 (6,22) $p=0,01$. El 31,4 % de los pacientes estaba institucionalizado. La media de estancia fue de 6,5 (4,1) días. Los factores de riesgo estudiados se presentaron como sigue: 31% EPOC, 22% diabetes, 8,6% insuficiencia cardiaca, 5,7% enfermedad cerebrovascular, 28,3% enfermedad arterial coronaria, 2,9% hepatopatías, 8,6% tabaquismo, 11,4 % neoplasias, 22,9% demencias, 11,4 malnutrición. Criterios de gravedad: 5 pacientes ingresaron en la UCI. El 7% de los agentes identificados fueron *S. pneumoniae*, 2,9% *P. aeruginosa* y 40% cultivos negativos. El 67,5% de las muestras se corresponden a antígeno en orina y el 2,9% a esputo. El antibiótico más utilizado es levofloxacino en un 45,7 % de los pacientes seguido de amoxicilina clavulánico con un 34,3%. El 25 % de los pacientes traían tratamiento de Atención Primaria, en la mayoría de los casos con amoxicilina-clavulánico. En el servicio de urgencias la prescripción predominante es levofloxacino, que supone un 46,7% del total de la prescripción de este servicio. En el ingreso en planta el antibiótico predominante es el levofloxacino. Este patrón se continúa en las recomendaciones al alta.

CONCLUSIONES: En nuestro medio la neumonía afecta a pacientes de edad avanzada, Resulta difícil recoger de la historia clínica los parámetros de gravedad de la neumonía. Un porcentaje importante de los pacientes inicia su tratamiento en Atención Primaria. Es frecuente la utilización de técnicas rápidas de diagnóstico en detrimento del cultivo. Se utiliza con gran frecuencia el levofloxacino, seguido de amoxicilina-clavulánico.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores no encuentran conflicto de intereses alguno.

26.- ANÁLISIS DE LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN UN SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS

Proy Vega B., Pascual Martínez M., Garrigues Sebastiá M.R., García Gómez C., Aldaz Francés R., Victorio García L. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO: Analizar las devoluciones de medicamentos realizadas a través de los carros de medicación por parte de los servicios con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo transversal, de quince días de duración, en el que se examinaron las devoluciones de los medicamentos por paciente de todas las camas con SDMDU. Las variables recogidas fueron: datos demográficos del paciente (identificación del paciente, cama y servicio asociado), medicamento devuelto, unidades devueltas, grupo farmacoterapéutico del medicamento y fecha de devolución. Diariamente, desde el Servicio de Farmacia, se registran por paciente los medicamentos devueltos en los carros de medicación del día anterior, en el programa informático Farmatools®. Los datos han sido tratados con el programa Microsoft® Excel 2000.

RESULTADOS: De un total de 683 camas, 627 (91,80%) cuentan con SDMDU. Durante el periodo de estudio, se dispensaron un total de 92.561 dosis, de las que 7517 (8,1%) fueron devueltas. La media de unidades devueltas por día en ese periodo fue de $504,36 \pm 114,41$. En el 10,8% de los pacientes se devolvió una sola unidad, en el 10% de los pacientes se devolvieron 2 unidades, en el 9,4% se registraron 3 unidades devueltas y, al resto de pacientes se le asignaron más de 3 unidades.

Los medicamentos devueltos con mayor frecuencia respecto al total fueron metamizol en un 9,75%, metoclopramida en un 7,65% y paracetamol en un 5,88%. Por ello, los grupos farmacoterapéuticos (GFT) devueltos siguen el siguiente orden: en primer lugar los analgésicos en un 10,98%, siendo el medicamento más devuelto dentro de este grupo el metamizol (59,3%), seguido de paracetamol (30,8%); en segundo lugar, los fármacos para alteraciones funcionales del tracto gastrointestinal en un 9,2%, cuyo fármaco más devuelto fue metoclopramida (91,5%); y, por último, el GFT de antibacterianos en un 9,1%, cuyo fármaco más devuelto fue la asociación amoxicilina-clavulánico en un 31,3%. Los servicios con mayor volumen de devolución fueron: Traumatología en un 14,43%, seguido de Digestivo con un 12,82% y Cirugía General, con un 12,44%.

CONCLUSIONES: La devolución de la medicación supone una carga extra para el Servicio de Farmacia, y tras el análisis de los resultados, hemos detectado que algunos de los fármacos que más se devuelven corresponden a medicamentos pautados frecuentemente como "si precisa". Por ello, podrían estudiarse medidas que optimicen nuestro circuito de dispensación de medicación por dosis unitarias, en especial para los fármacos prescritos como "si precisa". Se deberían analizar posteriormente los motivos de devolución de esta medicación y su posible repercusión en la idoneidad de la medicación recibida por los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

27.- PROYECTO DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA Y EDUCACIÓN AL PACIENTE AL ALTA HOSPITALARIA

García Esteban B., Rodríguez Torné G., González Joga B., Iranzu Aperte MC., Berrocal Javato MA., Gómez-Serranillos Reus M. Servicio de Farmacia. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es describir la metodología que va ser utilizada en el proyecto de información al alta hospitalaria, recursos necesarios y registro de intervenciones que se llevarán a cabo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Búsqueda de información y evidencia sobre la utilidad de información al alta en pacientes hospitalizados.
- Selección de aquella/s patología/s cuyos reingresos estén más relacionadas con el buen cumplimiento de los tratamientos.
- Selección de pacientes con un riesgo más elevado de incumplimiento de los tratamientos al alta.
- Definición de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el proceso.

RESULTADOS: Elaboración del proyecto "información personalizada y educación al paciente al alta hospitalaria". Los criterios de selección de pacientes fueron:

- Pacientes de alta del servicio de Medicina Interna.
- Pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).
- Polimedicados (> 6 medicamentos), siendo uno de ellos: acenocumarol, digoxina, teofilina o amiodarona por su elevado número de interacciones medicamentosas.
- Mayores 65 años.
- Comorbilidad asociada: diabetes o hipertensión.
- Pacientes que tras alta médica no vayan a residencias geriátricas.

La metodología establecida para llevar a cabo dicho proyecto fue la siguiente:

- Al alta hospitalaria, el médico comunicará al paciente que debe acudir a la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia para recoger la información sobre su tratamiento farmacológico.
- El farmacéutico llevará a cabo una revisión del informe de alta, provisional o definitivo, conciliando la medicación con el objetivo de detectar y resolver discrepancias.
- Detección y resolución de PRM.
- Se entregará una lista al paciente con su tratamiento completo, e información escrita sobre cada uno de los medicamentos (Infowin®).
- Se ofrecerá información oral sobre la forma de administración, los efectos secundarios más frecuentes, información general sobre medicamentos y otros. Se explicará al paciente que puede llamar al hospital si tiene alguna duda o consultar al teléfono indicado en la documentación.
- Se le pedirá permiso al paciente para llamarle al cabo de una semana para saber si ha tenido algún problema.

- Registrará los PRM detectados y las discrepancias en una base de datos diseñada para ello (Isofar®)

Las herramientas a utilizar: Infowin®

Los indicadores a medir:

- N° pacientes informados totales en un periodo determinado.
- N° pacientes informados /día.
- N° pacientes informados día/N° altas de medicina interna día.
- N° pacientes informados día/N° altas totales del hospital.
- N° y tipo de intervenciones. (Isofar®)
- Impacto económico de las intervenciones. (Isofar®)
- Valoración satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES: La complejidad de los tratamientos, principalmente en el servicio de medicina interna y los pacientes indicados anteriormente, hace necesario la implicación del farmacéutico hospitalario en la conciliación de tratamientos al alta médica.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

28.- CONTROL DE CALIDAD EN EL LLENADO DE CARROS DE MEDICACIÓN DE DOSIS UNITARIA

Cuerda Coronel S, Luque López E, Molina Alcántara MC, Martín Alcalde E, Sánchez Casanueva T, Horta Hernández A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

OBJETIVOS: Establecer el porcentaje de errores detectados en la preparación de carros de medicación en el Servicio de Farmacia tras la implantación de un nuevo sistema de control de calidad, basado en la revisión aleatoria del 50% de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO: Diariamente tres auxiliares de enfermería se encargan del llenado de carros mediante un sistema semiautomático tipo Kardex®. Debido a la elevada presión asistencial, se planteó el cambio del sistema tradicional de revisión de la totalidad de los carros de medicación, por un sistema aleatorizado de revisión del 50%. A través de un programa informático se seleccionan aleatoriamente las unidades de hospitalización que se van a revisar y se emiten listados de verificación de la medicación de las mismas. La revisión de cada carro es realizada por un farmacéutico y un auxiliar y consiste en la comprobación física del contenido total de los cajetines en base al listado de verificación. Se comprueba que el medicamento (nombre comercial, forma farmacéutica y dosis) y número de unidades que contiene el cajetín se corresponde con la orden médica del paciente.

Se registra en una tabla de Excel el número de medicamentos diferentes y unidades que sobran o faltan por cada carro, así como el número total de los mismos. Se calcula la relación porcentual de errores respecto a las oportunidades de error tanto de los medicamentos como de las unidades. Si ésta es superior al 5% en un determinado carro, se procede a la revisión de todos los carros llenados por ese auxiliar.

RESULTADOS: Durante un periodo de 34 meses (marzo 2006 - enero 2009) se registró el número de errores detectados. Se revisaron un total de 825.243 medicamentos y 1.632.696 unidades (oportunidades de error). El porcentaje de error encontrado fue del 1.63% en medicamentos y del 1.46% en unidades.

Al analizar los datos en función del periodo del año se aprecia un mayor porcentaje de error en los meses de junio-octubre: 1.75% de medicamentos y 1.56% de unidades frente a los meses de noviembre-mayo: 1.55% de medicamentos y 1.38% de unidades.

CONCLUSIONES: El porcentaje de error encontrado durante el periodo de estudio es aceptable y similar al descrito en la literatura. Se observa un incremento de error coincidiendo con el periodo estival que se corresponde con una mayor rotación en el personal auxiliar. En la actualidad, siempre que se incorpora un nuevo auxiliar a este puesto de trabajo se revisa la totalidad de carros preparados por dicha auxiliar durante su periodo de formación. Este sistema de revisión aleatorizada permite optimizar el proceso y garantiza la calidad del llenado de carros.

CONFLICTO DE INTERESES: No hay conflicto de intereses.

29.- ANÁLISIS DE LAS SOLICITUDES DE USO COMPASIVO DE MEDICAMENTOS Y SU REPERCUSIÓN ECONÓMICA

Cano Cuenca N., De Mora Alfaro M.J., Gómez García C., Hernández Sansalvador M., Pascual Martínez M., García Martínez E.M. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Analizar las solicitudes de medicamentos por uso compasivo en un hospital de tercer nivel, identificar los principios activos, las patologías y evaluar la repercusión de estos tratamientos en el coste farmacéutico hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todas las solicitudes de uso compasivo recibidas en el Servicio de Farmacia durante el año 2008. Se ha recopilado la información a partir de las peticiones llegadas al servicio y de los informes económicos realizados por el farmacéutico para tal efecto. Las variables estudiadas fueron: principios activos, servicios solicitantes, indicación, duración prevista y coste de los tratamientos autorizados. Para realizar el análisis del coste se clasificaron las peticiones en dos grupos, dependiendo de la duración del tratamiento solicitado en: tratamientos finitos (aquellos que van a utilizarse puntualmente o para los que se han solicitado un número concreto de ciclos) e indefinidos (el resto). En el primero se calcula el coste del tratamiento completo y en el segundo el coste del tratamiento mensual. En el primer caso asumimos que se administraron los ciclos previstos.

RESULTADOS: Se recibieron un total de 161 solicitudes para un total de 161 pacientes que fueron aprobadas por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Los servicios demandantes fueron 20, el número de principios activos tramitados distintos fue de 45 para un total de 65 indicaciones. Los servicios que más solicitudes realizaron fueron: unidad del dolor con un 23,6%, oftalmología con un 16,77% y hematología con un 16,15%. Respecto a los principios activos, la toxina botulínica tuvo 45 peticiones (27,95%) para 2 indicaciones distintas, seguido por la ciclosporina con 12 peticiones (7,45%) para 7 indicaciones diferentes, bevacizumab con 10 (6,21%) para 3 indicaciones, rituximab con 9 (5,59%) para 7 indicaciones, 5-azatidina y micofenolato mofetilo con 7 (4,34%) para 2 y 6 indicaciones respectivamente. De las 65 indicaciones las más frecuentes fueron: síndrome/dolor miofascial (55,38%), hiperhidrosis palmar (13,84%), tratándose ambos casos con toxina botulínica, y la vascularización severa por trasplante queratolimbar (10,77%), donde se utilizó bevacizumab. Los usos compasivos supusieron un coste para nuestro hospital de 835.130,92 €. Los tratamientos indefinidos (37 principios activos distintos para un total de 93 solicitudes) causaron un gasto de 45.488,885 €/mes y los tratamientos finitos un gasto de 289.263,82 € (21 principios activos diferentes y 58 solicitudes).

Los servicios que generaron mayor impacto económico fueron: hematología 36,76% (306.973,17 €), oncología 35,90% (299.808,33 €), seguidos de dermatología con un 6,13% (51.222,32 €).

CONCLUSIÓN: Por el elevado coste de los tratamientos administrados bajo el régimen de uso compasivo, sería conveniente que, desde el Servicio de Farmacia, se realizara un control de la

duración de las terapias indefinidas así como un seguimiento de los ciclos administrados respecto de los ciclos autorizados.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

30.- PARTICIPACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE HOSPITAL EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Lozano Toledo R., Campanario López I., Chico Mena M.*, Moreno Perulero M.L., Álvarez López M.M., Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. Hospital General de Ciudad Real. Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social de Ciudad Real*

OBJETIVO: Evaluar la contribución desde un servicio de farmacia de hospital al desarrollo de un programa regional de prevención y control de la tuberculosis.

MATERIAL Y MÉTODO: Las líneas estratégicas del "*Programa de control y prevención de la tuberculosis en Castilla La Mancha*" son: 1.- Identificar y tratar a las personas con tuberculosis activa; 2.- Identificar a áquellas que han tenido contacto con pacientes tuberculosos para determinar si están infectados y proporcionarles el tratamiento apropiado; y 3.- Seleccionar poblaciones con alto riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad para impedir la progresión de la tuberculosis activa. Mediante el programa informático Prisma[®], mensualmente se seleccionan los pacientes ingresados a los que se ha prescrito uno o más medicamentos de los grupos terapéuticos, J01GA Aminoglucósidos (Estreptomina), J04AB Antituberculostáticos-Antibióticos (Rifampicina, Cicloserina), J04AC Antituberculostáticos-Hidrazidas (Isoniazida, Isoniazida-Piridoxina) J04AK Otros antituberculosos (Etambutol, Pirazinamida) y J04AM Combinaciones de antituberculosos (Isoniazida-Pirazinamida-Rifampicina). Se excluyen aquellos pacientes que ingresan en el servicio de Traumatología por considerar que el motivo de la prescripción no se corresponde con el diagnóstico de estudio. La relación mensual de pacientes se envía a la Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social desde donde se realiza una búsqueda activa de los casos de tuberculosis e incorpora los datos al Sistema Informático de Vigilancia Epidemiológica (SIVE). Para ello también cuentan con la información remitida desde los servicios de microbiología, anatomía patológica, los registros de altas hospitalarias, así como la declaración obligatoria de la enfermedad por los facultativos. Se considera caso de tuberculosis, todo paciente que cumpla los siguientes criterios: Presencia de signos o síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa de cualquier localización, cuando no hay evidencia de otra enfermedad que los explique y se ha llevado a cabo una evaluación diagnóstica completa y prescripción de tratamiento antituberculoso estándar con tres o más fármacos.

RESULTADOS: Durante el año 2008, se identificaron y notificaron 84 pacientes en tratamiento con fármacos antituberculostáticos, 7 de los cuales se excluyeron ya que habían ingresado en el servicio de traumatología. El número total de casos declarados introducidos en el SIVE fue de 73. De ellos fueron recogidos por búsqueda activa 17 (23%), 7 (41%) de los cuales se debieron a la información enviada desde el servicio de farmacia del hospital.

CONCLUSIONES: La estrecha colaboración entre profesionales sanitarios es imprescindible para el desarrollo y puesta en marcha de programas de salud pública. Los programas relacionados con tratamientos farmacoterapéuticos son especialmente susceptibles de precisar colaboración con farmacéuticos de hospital y éste es un buen ejemplo de ello.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

31.- EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA DE LA HEPATITIS B

Morera Satorra R., Aguado Barroso P., Lázaro López A., Luque López E., Cuerda Coronel S., Horta Hernández A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN: La infección por el VHB es una de las infecciones mundiales más frecuentes. En la actualidad, aproximadamente 500 millones de personas presentan infección crónica y aproximadamente 500.000 mueren al año debido a complicaciones generadas por dicho virus(Hepatocarcinoma/Cirrosis).En los últimos años, el arsenal terapéutico disponible ha permitido que la infección crónica por VHB sea una enfermedad prevenible y tratable, sin embargo la tasa de éxito terapéutico sigue siendo insuficiente.

OBJETIVOS:1)Estudiar las características de los pacientes diagnosticados de infección por VHB y que requieren tratamiento farmacológico.2)Evaluar la efectividad de los tratamientos y analizar los costes asociados a éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento farmacológico para la HPB en un hospital de 400 camas. Localización de pacientes: programa informático de dispensación a pacientes externos Landtools®. Seguimiento de pacientes hasta el 28 de febrero de 2009.

Variables estudiadas: a) demográficas (edad y sexo), b) bioquímicas (ALT); c) serológicas (PCR-VHB, HBeAg, anti-HBe); d) tratamiento: durabilidad y motivos de cambio; e) costes directos de los fármacos.

RESULTADOS: Pacientes: 26.

- Características basales: Sexo: 18 hombres (69%) y 8 (31%) mujeres. Mediana de edad: 47 años (22-78).Carga viral VHB> 2000 UI/mL: 13(50%). HBeAg+ : 6 (23.1%); HBeAg- :19 (73.1%). ALT superior al rango normal: 18 (69.2%). Cirrosis: 7 (26.9%); hepatocarcinoma: 1(3.8%).
- Tratamientos en primera línea: lamivudina 12 (46.1%), entecavir 4 (15.4%), adefovir 4 (15.4%), interferón pegilado alfa 2a 3(11.5%), tenofovir 1 (3.8%), lamivudina + adefovir 1(3.8%) y adefovir + entecavir 1 (3.8%). Continuaron con el mismo tratamiento 16 pacientes (61.5%).
- Tratamientos en 2ª línea: lamivudina+adefovir 6(60%), tenofovir 2(20%), entecavir 1(10%) y adefovir+entecavir 1 (10%).
- Motivos del cambio de tratamiento: falta de respuesta 6(60%) y probabilidad de desarrollo de resistencias 4(40%)%. La media de durabilidad de los tratamientos:480 días (30-1433). Seroconversión del HBeAg+: 5 pacientes(83%).
- Negativizaron CV 14 pacientes (entre 3-12 meses del inicio de tratamiento) y 2 en un tiempo >12 meses.
- 13 pacientes (72.2)% con ALT basales elevadas las normalizaron con el tratamiento.
- El coste mensual de los fármacos utilizados en primera línea varió desde 58 € (lamivudina) hasta 824 € (Adefovir+Entecavir).

DISCUSIÓN: Los criterios de inicio de tratamiento de nuestros pacientes coinciden con los especificados en las guías de práctica clínica (CV>2000UI/ml, ALT elevada y/o necroinflamación hepática). Existe una gran diversidad en los tratamientos farmacológicos utilizados. Lamivudina se utilizó en un gran porcentaje de pacientes debido a que fue el primer fármaco disponible. Esto explicaría el mayor alcance de una respuesta viral sostenida (48 semanas) en este grupo de pacientes. En las demás opciones terapéuticas, sin duda prometedoras, no ha podido evaluarse esta respuesta por el límite temporal del estudio. Con el fin de establecer un criterio de eficiencia sería imprescindible elaborar un protocolo, pudiendo usarse lamivudina como primera opción en el primer año, si no existe contraindicación y tras este tiempo cambiar a fármacos con mayor barrera de resistencia (1º:tenofovir; 2º:entecavir).

CONFLICTO DE INTERESES: no existe

32.- ESTUDIO ECONOMICO DE LA PUESTA EN MARCHA DEL CONCURSO ADOPCIÓN DE TIPO DEL SESCAM DGEI 51/07

Hernández Sansavador M, Aldaz Francés R, Clemente Andújar M, Lerma Gaude V. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Albacete

OBJETIVOS: Valorar económicamente la puesta en marcha del Procedimiento Negociado (PN) derivado del Concurso Adopción de Tipo (CAT) DGEI 51/07 publicado por el SESCAM en Junio 2008 en nuestro área funcional.

MATERIAL Y METODOS: Una vez publicada la relación de los lotes adjudicados a las distintas empresas, se realizó una estimación del consumo anual de cada lote en cada uno de nuestros centros hospitalarios antes de proceder a la invitación de estas empresas al PN. Aquellos lotes cuyos principios activos no estaban incluidos en la Guía Farmacoterapéutica de nuestro hospital, no fueron incorporados en el PN generado en nuestro área. El PN se adjudicó a finales de Octubre 2008, de forma que los nuevos precios comenzaron a aplicarse en Noviembre de ese mismo año.

Con los datos del consumo estimado, se analizó el importe del conjunto de estos procedimientos de adquisición, tomando tres valores de partida: el precio máximo de licitación para cada lote publicado en el CAT DGEI 51/07; el precio adjudicado para cada una de las empresas adjudicatarias de cada lote en ese CAT; y el precio ofertado de la empresa adjudicada en nuestro PN.

RESULTADOS: De los 303 lotes publicados en el CAT, fueron adjudicados 261 lotes; y de ellos nuestro área funcional incluyó 182 en el PN derivado de aquel, aunque únicamente 166 fueron adjudicados. El valor del consumo estimado anual de todos los medicamentos incluidos en el PN de nuestro área funcional a los precios de adjudicación de dicho Procedimiento fue de 9.738.119€, un 15,4% menos que si hubiésemos aplicado los precios máximos de licitación del CAT (11.237.314€).

CONCLUSIONES: El CAT es un procedimiento de adquisición beneficioso para el Servicio de Farmacia de todos los centros hospitalarios dependientes del SESCAM, ya que al establecer precios máximos de licitación aproxima los precios de adquisición de todos los hospitales, independientemente de su volumen de compra. Además, al llevarse a cabo la 2ª fase de PN por centro, no se pierde la implicación ni la falta de información que podría darse en un proceso de adquisición centralizado. Por último, a nivel económico, la disminución de los costes de adquisición de medicamentos del 15,4% que se obtiene con el CAT, justifica el esfuerzo y dedicación que supone la puesta en marcha del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES: No existe ningún conflicto de intereses relacionado con este trabajo.

34.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA TRATADOS EN UN HOSPITAL DE DIA DEPENDIENTE DE UN SERVICIO DE ONCOLOGIA DE AREA

Clemente Andujar M, Aldaz Francés R, Hernández Sansalvador M, Bodi Martínez M, Lerma Gaude V, Valladolid Walsh A. Servicio de Farmacia. Hospital General de Almansa y Complejo Hospitalario Universitario de Albecete

OBJETIVOS: Describir el tratamiento de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama así como las reacciones adversas asociadas al mismo y analizar la distinta tipología de pacientes tratados en un Hospital de Día dependiente de un servicio de Oncología de área, tras un año de apertura.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo de un año de evolución. Se han incluido todos los pacientes tratados de cáncer de mama desde la apertura del Hospital de Día, ya sean derivados del hospital de referencia donde eran tratados o diagnosticados de novo. La recogida de los mismos se ha efectuado con el programa informático Farmatools®. Los datos demográficos y asociados al tratamiento se han recogido a partir de la revisión de historias clínicas. Para el análisis y descripción de las variables se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS: Se han analizado 17 pacientes, 16 mujeres y 1 hombre. La mediana de edad fue de 56 (36-77) años, siendo el 35,3% de ellas al diagnóstico premenopáusicas. Al diagnóstico el estadio IIIB (29,4%) fue el más frecuente, seguido del IIA (23,5), IIB, IIIA, I (11,8%), IV (5,9%) y un valor no estadiado en el momento actual. El 58,8% tenían receptores hormonales (RH) positivos y el 47,1% receptores HER positivos. En el 82,4% de los casos se realizó tratamiento quirúrgico y en el 52,9% se administró radioterapia. La quimioterapia formó parte del tratamiento neoadyuvante en el 17,7% de los casos, adyuvante en el 70,6%, y paliativa en el 11,8%. La mayor parte de los ciclos administrados, 70,6%, formaban parte de la primera línea de tratamiento, el 23,5 % de la segunda línea y solo uno formaba parte de la tercera línea de tratamiento en el momento de la primera administración en Hospital de Día. Los esquemas más utilizados en primera línea fueron FEC-90 (5) y TAC (2), otros ciclos administrados fueron TAC-herceptin, herceptin, paclitaxel, AC y docetaxel-epirrubicina. Trastuzumab fue el tratamiento más utilizado en segunda línea de tratamiento, bien en monoterapia o acompañado de docetaxel. Se clasificaron las reacciones adversas en leves (aquellas que remiten con el tratamiento de los síntomas y no suponen un retraso, reducción o suspensión del tratamiento quimioterápico), moderada-severa (se produce un retraso o reducción de dosis del agente causal) y grave (obliga a suspensión del tratamiento). El 94,1 % presentó algún tipo de reacción adversa al tratamiento. Del total de pacientes el 70,6% presentaron reacciones adversas leves, el 29,4% moderada-severa y el 29,4% graves. Los taxanos fueron el grupo de fármacos responsables del 50% de las reacciones adversas moderada-severa o graves

CONCLUSIONES: Existe una gran variabilidad en el estadio que presentaban los pacientes al diagnóstico, el tipo de tratamiento administrado y el perfil de reacciones adversas observadas.

Aunque no se puede extraer conclusiones debido al reducido número de pacientes y al corto periodo de funcionamiento, la diversidad encontrada nos hace ser optimistas en cuanto a las ventajas de la creación de un Hospital de Día de un hospital general dependiente de otro de referencia para los pacientes tratados de ciertos tipos de cáncer.

CONFLICTO DE INTERESES: No existe.

35.- ANÁLISIS DEL USO COMPASIVO DE BOSENTAN EN LOS SÍNDROMES DE RAYNAUD Y DE BUERGER

Sánchez Casanueva T, Amorós Paredes A, Lázaro López A, Aguado Barroso P, Morera Satorra R, Horta Hernández A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

OBJETIVOS: Evaluar la utilización, eficacia y seguridad de bosentan como fármaco de uso compasivo para el tratamiento del Síndrome de Raynaud Severo (SRS: caracterizado por episodios recurrentes de vasoespasma en regiones acras) y del Síndrome de Buerger (SB: enfermedad vascular oclusiva, segmentaria e inflamatoria) en un hospital terciario de 400 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo de todos aquellos pacientes que hubiesen recibido, hasta Febrero de 2009, tratamiento con bosentan como uso compasivo para el tratamiento del SRS y del SB. Los pacientes fueron localizados a través del programa de Dispensación a Pacientes Externos de Lantools® y por las aprobaciones enviadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Posteriormente se revisaron las historias clínicas recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tratamientos previos, duración media del tratamiento, lesiones basales, evolución de las lesiones, efectos adversos, niveles de AST/ALT basales y durante el tratamiento.

RESULTADOS: Se localizaron 7 pacientes (4 mujeres y 3 hombres), mediana de edad de 70 años (35-86). 4 tenían diagnosticado un SRS, 2 un SB y 1 un SRS secundario a SB. Todos siguieron la pauta de: bosentan 62,5 mg/12h v.o. x 4 semanas, continuando con 125 mg/12h V.O. Tratamientos previos a bosentan:

- Paciente 1 (SRS primario): nifedipino, diltiazem, telmisartan, pentoxifilina, AAS
- Paciente 2 (SB): nifedipino, pentoxifilina, alprostadilo
- Paciente 3 (SRS secundario de origen aterotrombótico): acenocumarol, pentoxifilina, alprostadilo
- Paciente 4 (SB): AAS, clopidogrel, alprostadilo
- Paciente 5 (SRS secundario a SB): acenocumarol, nifedipino, pentoxifilina, alprostadilo
- Paciente 6 (SRS secundario a esclerosis sistémica): nifedipino.
- Paciente 7 (SRS secundario a artritis reumatoide severa): nifedipino, nitroglicerina transdérmica

Cuando el paciente 6 inició tratamiento, bosentan no tenía todavía la indicación para la reducción del número de nuevas úlceras digitales en pacientes con esclerosis sistémica.

Todos los pacientes presentaban basalmente úlceras digitales, lesiones tróficas, cianosis en dedos de manos y/o pies y dolor. 3 pacientes (3, 4, 5) tenían ausencia de pulsos periféricos.

En 3 pacientes (2, 3, 4) no se pudo evaluar la respuesta ni la seguridad al llevar menos de 1 mes de tratamiento. En el resto, la mediana de duración del tratamiento fue de 77 semanas (29-121). Estos pacientes no presentaron nuevas lesiones y hubo una clara mejoría de las úlceras digitales previas, así como de los pulsos periféricos de aquellos en donde estaban ausentes. También mejoró la sensación dolorosa y la cianosis.

Bosentan fue bien tolerado, no describiéndose reacciones adversas asociadas. En ningún paciente hubo una elevación significativa o superior al límite normal de AST o ALT durante el tratamiento.

CONCLUSIONES: Bosentan siempre se utilizó como terapia alternativa tras el fracaso de otros tratamientos vasodilatadores recomendados para el manejo del SRS y del SB: calcio antagonistas, IECAS, nitratos, pentoxifilina y análogos de prostaglandinas.

En nuestro medio, bosentan es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento y prevención de lesiones isquémicas asociadas al SRS. La eficacia y seguridad en el SB solo pudo ser evaluada en el paciente 5, en donde hubo una buena respuesta y fue bien tolerado.

CONFLICTO DE INTERESES: no existe

36.- REPERCUSIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS DEL HOSPITAL DE DIA ONCO-HEMATOLÓGICO.

Rodríguez Martínez M, Vila Torres E, Campanario López I, Lozano Toledo R, Moreno Perulero ML, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. Hospital General de Ciudad Real.

OBJETIVOS: Evaluar el cambio en el nº de devoluciones de medicamentos citostáticos al Servicio de Farmacia por parte del Hospital de Día onco-Hematológico (HDOH) tras la reorganización en el mes de junio 08 y en la que tuvo un papel muy importante el SF.

MATERIAL Y MÉTODOS: La reorganización del HDOH consistió en priorizar el orden de consulta según la duración de administración del esquema de quimioterapia que tuvieran prescrito el paciente y en confirmar el tratamiento del paciente cuando éste se encuentra en la consulta - a tiempo real-. Ésto coincidió con la puesta en marcha de la prescripción electrónica en este servicio. Además se limitó la capacidad de prescribir y confirmar electrónicamente al perfil del médico.

Se registran las devoluciones por dos vías:

1. En formato excell; incluye fecha de elaboración, nombre del paciente, servicio, citostático/dosis, motivo de devolución, actuación realizada y fecha de actuación.
2. En el programa informático Oncofarm® versión 2007.0.1.44

Se ha evaluado el indicador de calidad "nº de medicamentos citostáticos devueltos al SF" calculado para dos periodos; Periodo 1, 8 meses antes de la reorganización del servicio y Periodo 2, 8 meses después.

RESULTADOS: Durante el primer periodo, se registraron 164 mezclas devueltas de un total de 10.113 preparaciones (1,62%) frente a 45 mezclas devueltas de un total de 11.784 (0,38%) en el periodo posterior. Se ha producido una disminución de un 76,5% en el indicador estudiado.

CONCLUSIONES: La organización de un circuito tan complejo como es un HDOH repercute positivamente en:

- El funcionamiento del SF ya que reduce el tiempo que dedica el farmacéutico a la gestión de estas devoluciones
- Coste evitado, ya que algunas mezclas no son reciclables
- En la seguridad del paciente, ya que se pueden producir errores en el proceso de reciclado.

CONFLICTO DE INTERÉS: ninguno

37.- EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO RENAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES HIPERINMUNIZADOS Y NO HIPERINMUNIZADOS A MEDIO PLAZO

Sola Morena M.D., García Gómez C., Pagán Núñez F.T., Ortega Cerrato A.(*), Llamas Fuentes F(*), Gallego Valcarce E(*). Servicio de Farmacia y (*)Servicio de Nefrología Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN: la elección del tratamiento inmunosupresor de inducción en trasplante renal depende de la situación inmunológica del receptor del injerto renal. Los pacientes hiperinmunizados (aquellos que presentan más de 50% de Anticuerpos específicos HLA como consecuencia de un trasplante anterior) tienen un mayor riesgo de desarrollar Rechazo o Nefropatía Crónica del Injerto (NCI) que se manifiesta con una disminución del Aclaramiento Renal de Creatinina (CICrs). Estos pacientes precisan terapia inmunosupresora cuádruple consistente en: prednisona, tacrólimus, micofenolato mofetilo y timoglobulina (dosis total: 6,5 mg/kg repartidas en 7 días), frente a los no hiperinmunizados o los que reciben su primer trasplante, cuya terapia es prednisona, tacrólimus, micofenolato mofetilo y basiliximab.

OBJETIVO: comparar la evolución a medio plazo (6 meses-1 año) de la función del injerto renal en los pacientes trasplantados renales hiperinmunizados y no hiperinmunizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio longitudinal retrospectivo de todos los pacientes trasplantados renales en un hospital de tercer nivel durante 2007. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos: hiperinmunizados y no hiperinmunizados. Se tuvo en cuenta la histocompatibilidad donante-receptor (HLA tipo I y II), medida en nuestro hospital por 6 antígenos. Las variables a comparar fueron el grado de inmunosupresión según los niveles plasmáticos de tacrólimus y la función renal según el CICrs, ambas medidas a las 24-48h postrasplante, al alta, a los 6 meses y al año del trasplante. Se analizó la eficacia de la terapia inmunosupresora, valorando la presencia de NCI a medio plazo determinada por la función renal.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 15 pacientes, 3 hiperinmunizados y 12 no hiperinmunizados. Los resultados se expresaron mediante mediana y rango.

Los pacientes hiperinmunizados eran 2/3 hombres con una edad de 27 años (26-45), la histocompatibilidad HLA para estos tres pacientes fue de una coincidencia en 2 de los 6 antígenos analizados (rango 1-5). En 2 pacientes se realizaba el 2º trasplante y en el 3º paciente, era el 3º trasplante. Los niveles de tacrólimus fueron de 11,8 ng/ml a las 24-48h, de 8,8ng/ml (4,7-12,8) al alta hospitalaria, de 5,8ng/ml (5,1-11,2) a los 6 meses y de 4,7ng/ml (2,4-6,9) al año. El CICrs a las 24-48h postrasplante fue de 10,6ml/h (6,2-14,6), al alta hospitalaria fue de 48,3ml/h (36-69,6) a los 6 meses de 71ml/h (37,7-104,4) y al año postrasplante de 60,3ml/h (49,5-71).

Los pacientes no hiperinmunizados eran 7/12 hombres con una edad de 61 años (19-73). La histocompatibilidad HLA se presentó en 1 de los 6 antígenos analizados (rango 0-3). Los niveles de tacrólimus fueron de 14,1ng/ml (4,8-23,1) a las 24-48h postrasplante, de 9ng/ml (4,6-11,8) al alta hospitalaria, de 6,7ng/ml (5,4-10,9) a los 6 meses y de 6,7 ng/ml(4,4-9) al año

postrasplante. El CICrs a las 24-48 h era de 14,8 ml/h(7,1-64,9), al alta hospitalaria era 51,9ml/h (20,9-89,5), a los 6 meses de 63ml/h (39,7-109,4) y al año de 59,2 ml/h (34,8-71,8).

CONCLUSIONES: El tratamiento inmunosupresor en nuestro hospital fue adecuado y eficaz tanto en los pacientes hiperinmunizados como los no hiperinmunizados ya que no se presentaron casos de NCI a medio plazo.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

39.- CALIDAD DE LA HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA RECOGIDA EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Ortiz Navarro M. R., García Martínez E.M., Lerma Gaude V., Proy Vega B., Sola Morena M.D., Acebal Gómez I. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Evaluar la historia farmacoterapéutica en la unidad de observación del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) mediante el análisis de las discrepancias entre la medicación encontrada en la historia clínica de urgencias (HCU) y la recogida por el farmacéutico y caracterizar dichas discrepancias. Analizar si determinados factores del paciente están asociados al riesgo de discrepancias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio trasversal observacional de un mes de duración en la unidad de observación del SUH de un hospital general universitario. Fueron incluidos los pacientes adultos ingresados en esta unidad de lunes a viernes durante el turno de mañana, excepto los pacientes sin tratamiento habitual. Un farmacéutico realizó una entrevista a los pacientes o a sus cuidadores para registrar la medicación domiciliaria del paciente durante su rotación por este servicio. La medicación recogida fue comparada con la escrita en la historia clínica del paciente. La variable principal fue la proporción de pacientes con discrepancias. Se consideró discrepancia toda diferencia por línea de medicación entre ambos registros. Las discrepancias encontradas se dividieron en cuatro grupos: a) *Omisión*: la HCU no incluye medicación que el paciente dice estar tomando; b) *Exceso*: la HCU incluye medicación que el paciente no está tomando; c) *Incompleto*: la medicación de la HCU es incompleta, falta dosis, vía y/o intervalo de dosificación; d) *Distinto*: la medicación, dosis o vía es distinta a la de la entrevista pero del mismo grupo terapéutico. Los siguientes factores fueron comparados mediante un test de Chi cuadrado entre la población con y sin discrepancias: edad superior a 70 años, tratamiento domiciliar con más de 5 medicamentos y la presencia de los siguientes antecedentes patológicos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, EPOC, ictus, cardiopatía isquémica, síndrome depresivo, demencia, asma y enfermedades osteoarticulares.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 112 pacientes. En 78(69,6%) se encontraron 270 discrepancias (2,4 por paciente de media). De ellas 69(25,6%) fueron incluidas en el grupo de las debidas a *Omisión*, 21(7,7%) por *Exceso*, 166(61,5%) porque el perfil farmacoterapéutico estaba *Incompleto* y 14(5,1%) porque la medicación de la HCU era distinta a la recogida en la entrevista. La prevalencia de hipertensión arterial fue superior en la población con discrepancias (55% vs 22%, $p=0,038$), también la de diabetes mellitus (26% vs 10%, $p=0,045$) y la de dislipemia (21% vs 8%, $p = 0,049$). La prevalencia de cardiopatía isquémica fue inferior en la población sin discrepancias (24% vs 2%, $p=0,049$), así como la de EPOC (20% vs 4%, $p=0,041$) e insuficiencia cardiaca (13% vs 2%, $p=0,048$). La prevalencia de pacientes que tomaban más de 5 fármacos fue superior en la población con discrepancias (74% vs 38%, $p=0,032$). En el resto de variables no había diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: La historia farmacoterapéutica recogida en la HCU no coincide en el 70% de ocasiones con la medicación que el paciente dice estar tomando. Los pacientes con

hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y tratamiento habitual de más de 5 fármacos son más susceptibles de tener discrepancias en su historia farmacoterapéutica.

CONFLICTO DE INTERESES: No existen.

40.- OPTIMIZACIÓN TÉCNICA Y ASISTENCIAL EN LA UTILIZACIÓN DE INFLIXIMAB

Berrocal Javato MA., González Joga B., García Esteban B., Iranzu Aperte MC., Rodríguez Torné G.; Gómez-Serranillos Reus M. Servicio de Farmacia. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVO: Describir el circuito de coordinación establecido entre el Servicio de Farmacia (SF), Hospital de Día (HD) y los servicios implicados en la prescripción para optimizar la dosificación de infliximab. Cuantificar el ahorro económico que supone el aprovechamiento de viales y la oportunidad de desarrollar atención farmacéutica en el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde el inicio de su utilización, se estableció un calendario de citaciones para infliximab entre el SF, Hospital de Día y Servicios prescriptores, de manera que distintos pacientes se hacían coincidir el mismo día. El fin era conseguir el máximo aprovechamiento de los viales de Remicade®100 mg. Posteriormente, ante la demanda creciente de pacientes, el circuito se mantiene para Reumatología, mientras que para Digestivo y Dermatología la citación va a depender de la ocupación en HD. El calendario se establece para 6 meses y ante pacientes nuevos se les acopla de manera que no coincidan más de 4 el mismo día. El día citado el enfermo acude, a primera hora de la mañana al SF, con la prescripción médica y el peso actualizado, comunicando al farmacéutico posibles dudas sobre su tratamiento; en ese momento se confirma la administración y se procede a su elaboración. La enfermería de HD comunica las incidencias detectadas durante la administración al SF.

Estudio retrospectivo que analiza todas las dosificaciones elaboradas de infliximab y los viales utilizados durante el año 2008. Los datos, obtenidos del aplicativo Oncofarm®, fueron los referentes al paciente (sexo, edad, peso, diagnóstico), Servicio prescriptor y el número de viales enteros teóricos considerando la dosis individualizada de cada paciente por separado (sin aprovechamiento del vial). Del programa de gestión SINFHOS® se obtuvo, por GFH, el coste y número real de viales enteros gastados (aprovechando viales).

RESULTADOS: En el periodo de estudio 54 pacientes han sido tratados con infliximab (51,85% hombres), con un total de 273 dosificaciones. La edad media fue de 45 años (19-74) y un peso medio de 73,4 Kg (36-134). El número de pacientes por Servicio fueron: Digestivo (n=23), Reumatología (n=19) y Dermatología (n=12). Presentaban: 14 pacientes enfermedad de Crohn, 11 psoriasis en placa, 9 colitis ulcerosa, 6 artritis reumatoide, 6 espondilitis anquilosante y 8 otras enfermedades autoinmunes. Las dosis prescritas fueron 3 mg/Kg para artritis reumatoide y uveítis o 5 mg/Kg para el resto de indicaciones. El número de viales enteros teóricos/reales consumidos por Servicio fueron: Digestivo (434/434), Reumatología (417/386) y Dermatología (202/193). En los 12 meses del estudio se han ahorrado 40 viales de Remicade®. El coste real/teórico por paciente-año/Servicio: Reumatología (11.296,84€/12.204,10€), Digestivo (10.492,65€/10.492,65€) y Dermatología (8.943,33€/9.360,38€). Para el hospital ha supuesto un ahorro del 3,95% respecto al coste total de infliximab.

CONCLUSIONES: El mayor ahorro se consigue en Reumatología, por un circuito de aprovechamiento de viales mediante un calendario de citaciones prefijado, lo que confirma la validez del programa. Posibilita la realización de intervención farmacéutica, aunque se hace necesario establecer un registro de las mismas.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno.

41.- INFORMACIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE LA TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Sánchez M, Andrés N, Flor A, Fraga MD, Fernández-Corada A, Valenzuela JC. Servicio de Farmacia. C. H. Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad-Real)

OBJETIVO: Detectar la necesidad de información por parte de los pacientes oncológicos sobre los efectos adversos del tratamiento quimioterápico y colaborar con el equipo multidisciplinar para la resolución de las dudas y contribuir a la atención integral del paciente oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante la rotación del farmacéutico residente de tercer año por el Servicio de Oncología Médica (octubre-diciembre 2008), se realizó diariamente una entrevista a los pacientes programados para tratamiento quimioterápico en la que se les preguntaba sobre posibles efectos adversos y su manejo, elaborando una historia farmacoterapéutica. Esto permitió conocer, entre otros aspectos, las necesidades de información de los pacientes y los puntos fundamentales en los que incidir para cubrir estas necesidades. Se realizó una búsqueda bibliográfica de los medicamentos citostáticos seleccionados, centrándonos en los efectos adversos más frecuentes, completando la información con la consulta de las fichas técnicas de los medicamentos. Se excluyeron los efectos adversos hematológicos y náuseas y vómitos porque existen protocolos específicos para el manejo de éstos según el esquema quimioterápico.

RESULTADOS: Los efectos adversos sobre los que los pacientes han demandado más información fueron: toxicidad cutánea (alopecia, hiperpigmentación, rash, erupciones exantémicas, síndrome mano-pie), toxicidad gastrointestinal (mucositis, dolor abdominal, estomatitis, diarrea), toxicidad genito-urinaria (ginecomastia, cistitis hemorrágica, orina coloreada, esterilidad) y toxicidad neurológica (parestesias, neuralgias).

La información se recogió en una tabla que permitiese una consulta rápida, ordenando los principios activos por orden alfabético junto con el nombre de la especialidad farmacéutica, efectos adversos y recomendaciones para el paciente, en cuanto a prevención y tratamiento. Se decidió ubicar esta información en forma de póster en el control de Hospital de Día, en las consultas médicas y en la consulta de atención farmacéutica, para facilitar la resolución inmediata de las dudas planteadas por los pacientes.

CONCLUSIONES:

- Se detecta una creciente implicación de los pacientes en sus tratamientos y su necesidad de información sobre los mismos es cada vez mayor.
- El farmacéutico, como parte del equipo multidisciplinar oncológico, debe contribuir a garantizar la información demandada y solucionar las dudas planteadas.
- Dado que son muchos y variados los efectos adversos es útil estructurar de forma sencilla la información para tener un acceso fácil y rápido.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener ninguno

42.- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B

Fraga MD, Valbuena MV*, Flor A, Heredia M, Conde MC, Valenzuela JC. Servicio de Farmacia.

*Sección Aparato Digestivo. C. H. Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad-Real)

OBJETIVOS: En los últimos tiempos se han incrementado las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de la hepatitis B crónica (HBC), aunque la efectividad de los tratamientos sigue siendo limitada y los efectos adversos asociados son elevados. En 2008 se incluyeron en la Guía Farmacoterapéutica del hospital dos nuevos medicamentos para esta patología: entecavir y tenofovir. Nuestro objetivo fue elaborar un protocolo, consensado con los facultativos de la Sección de Aparato Digestivo, para promover la adecuada utilización de los medicamentos para el tratamiento de la HBC, facilitar la toma de decisiones clínicas y el seguimiento de los tratamientos por parte del farmacéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: El protocolo debía cumplir las siguientes características:

- Validez: garantizada al considerar sistemáticamente la evidencia científica de los datos disponibles en la literatura, así como la fuerza de las recomendaciones.
- Fiabilidad y reproducibilidad: considerando la referencia de las evidencias consideradas para su elaboración.
- Aplicabilidad clínica: estructurando por grupos a los pacientes.
- Flexibilidad: especificando las excepciones al tratamiento estándar

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en PubMed para localizar los estudios pivotaes, estudios controlados con asignación aleatoria, los informes EPAR y CDER de los medicamentos autorizados para el tratamiento de la HBC y Guías de Práctica Clínica para el manejo de la HBC de los últimos 3 años.

RESULTADOS: El protocolo de tratamiento de la HBC recoge los medicamentos recomendados al inicio del tratamiento así como los cambios por resistencias. También es útil como hoja de registro para el diagnóstico anatomopatológico, estudio virológico y analítica basal.

Con la finalidad de que fuera una guía de actuación de fácil manejo y de ayuda al facultativo, se estructuró según el tipo de paciente (en base a alteraciones bioquímicas y virológicas), grupos poblacionales (embarazadas y niños), coinfecciones y portadores que vayan a recibir quimioterapia o inmunosupresores. Para cada grupo se establecen los medicamentos recomendados, dosis y duración, considerando seroconversión del Hbe, aclaramiento HbsAg y pérdida de eficacia (no respuesta primaria, respuesta virológica parcial y breakthrough virológico). También se contempló la monitorización del tratamiento, considerando para los análogos de nucleósidos/nucleótidos, no respuesta primaria (12 semanas), respuesta virológica parcial a las 24 y 48 semanas, y respuesta virológica completa. En el caso de interferón pegilado se consideró la no respuesta primaria a las 12 semanas y la respuesta virológica en la semana 24.

En todos los casos, se indicaba los posibles cambios de tratamiento.

CONCLUSIONES: Con este protocolo se pretende:

- Garantizar un uso adecuado de los medicamentos, reducir el porcentaje de resistencias asociadas a los tratamientos orales, optimizar los resultados del tratamiento y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.
- Facilitar el seguimiento de los pacientes en tratamiento para la HBC.
- Ayudar al prescriptor en la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener ninguno