ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES DE VANCOMICINA

Proy Vega, B; Cano Cuenca, N; Ramírez Córcoles, A; Rodríguez Samper, MC; Bonaga Serrano, B; Martínez García, EM.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivo:

Describir los resultados de la monitorización de niveles de vancomicina de una serie de pacientes, su función renal y la eficacia del tratamiento, medida en niveles de AUC/CMI superiores a 400.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo de 15 meses de duración (21 de enero de 2010 al 28 de abril de 2011), en el que se recogieron los niveles monitorizados de vancomicina. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les solicitó niveles plasmáticos de vancomicina. Las variables recogidas fueron: sexo, peso (kg), talla (cm), Servicio Clínico, diagnóstico principal, nivel plasmático de vancomicina, fecha de la determinación, dosis total diaria (mg), valor de creatinina sérica (mg/dl) previo y posterior al nivel, y el microorganismo causante de la infección. Se calculó el aclaramiento de creatinina y el de vancomicina para cada muestra, y el AUC/CMI (suponiendo un CMI =1, basado en los datos poblacionales microbiológicos del hospital). Se analizó con el programa estadístico SPSS v17.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 76 muestras, de 49 pacientes, el 65,3% hombres, de edad media 60,78 años (±16,41) y peso medio 72,06 kg (±18,36). El 46% de las muestras pertenecían a pacientes de medicina interna, 14,5% de traumatología, 11,8% de UCI, y el 9,2% de cirugía general.

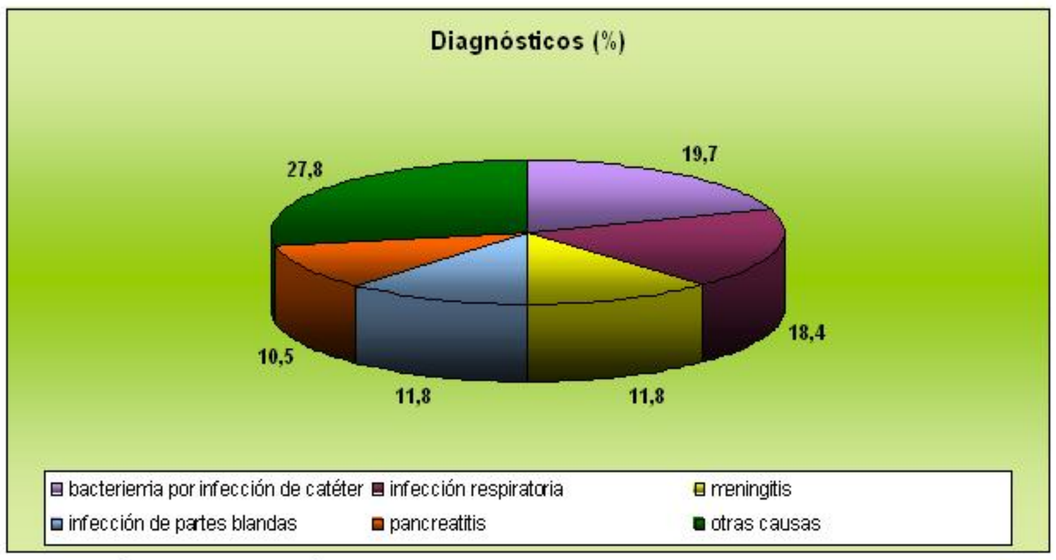


***Gráfico 1.** Diagnósticos (%) asociados a las muestras tomadas.*

Los resultados microbiológicos de las muestras aislaron en un 47,4% cocos gram positivos, seguidos de cultivos negativos (23,7%), y bacilos gram negativos (9,2%). La dosis total de vancomicina pautada era 500 a 4000 mg/día. El aclaramiento de vancomicina medio de los pacientes fue de 7,15 ml/min (±4,72). El nivel medio de vancomicina fue de 15,08 mcg/ml (±9,63). El AUC/CMI (considerando CMI =1), resultó ser mayor o igual a 400 en un 44,7% de los niveles, lo que presuponía una eficacia adecuada del tratamiento. En el 47,4 % de las muestras, el nivel de vancomicina se encontraba por debajo del ámbito terapéutico. De las muestras con diagnóstico de bacteriemia (7-15 mcg/ml), el 20,0% se encontraba por debajo de éste objetivo, y el 54,1% de las muestras con otros diagnósticos (15-20 mcg/ml). De las 71 muestras de las que se obtuvieron los datos de creatininas previo y posterior al nivel de vancomicina, en un 53,5% la creatinina sérica aumentó. La relación entre un nivel por encima del rango de vancomicina y el empeoramiento de la función renal, resultó estadísticamente no significativa tanto en el grupo de pacientes con bacteriemia (p=0,24) como en el grupo de pacientes con otros diagnósticos (p=0,536).

Conclusiones:

Cerca de la mitad de las muestras tenía un nivel de vancomicina por debajo del ámbito terapéutico, lo que supondría no alcanzar la máxima eficacia del tratamiento. Esto puede estar enmascarado en casos en los que la CMI del microorganismo fuera menor. La dosis superior al ámbito terapéutico de vancomicina considerada en este estudio no necesariamente resultó en un empeoramiento de la función renal del paciente.

IMPACTO ECONÓMICO Y CONSECUENCIAS DE LA RETIRADA DE PYXIS® EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Plata Paniagua, S; Torrente Paños, R; Proy Vega, B; Domingo Chiva, E; Bonaga Serrano, B; Garrigues Sebastiá, M

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivos:

Debido a las dificultades financieras que atraviesa el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), se han realizado diversos recortes en los contratos de gestión de los hospitales con el fin de incrementar el control del gasto y el ahorro. Una de las medidas adoptadas en el nuestro centro, ha sido retirar 6 estaciones Pyxis® del Servicio de Urgencias.

- **Objetivo principal:** Analizar el impacto económico en la medicación dispensada desde el Servicio de Farmacia al servicio de Urgencias antes y después de retirada de las estaciones.
- **Objetivo secundario:** Análisis de la repercusión que la nueva situación ha provocado sobre el personal que trabaja en dicho servicio.

Material y métodos:

1. **Análisis económico comparativo:** Comparación de los consumos obtenidos del programa de Gestión Económica Farmatools®, del Servicio de Urgencias en el mismo período de tiempo en años diferentes:
   - 1 de Enero al 28 de Febrero de 2011 (Con Pyxis®)
   - 1 de Enero al 28 de Febrero de 2011 (Sin Pyxis®)

El total consumido se obtuvo en unidades monetarias y en unidades de especialidades farmacéuticas consumidas.

2. **Encuesta de satisfacción al personal del servicio** (Auxiliares de enfermería, Enfermeras, y Médicos):
   - **Objetivo:** Conocer la opinión generada acerca de la retirada de Pyxis entre el personal del servicio.
   - La encuesta constaba de 10 preguntas con dos respuestas cada una y era de carácter anónimo.

- Las preguntas pretendían conocer si la nueva situación del servicio ha mejorado o empeorado su rutina diaria. Procuraban obtener información acerca de la identificación, conservación, reposición, control de stocks, errores de medicación, atención al paciente, etc. con la nueva situación o si consideraban que la situación anterior era más favorable.

Resultados:

La diferencia de consumo del mismo periodo entre ambos años ha sido de **1539€**, lo que se traduce en un consumo un **7%** mayor en 2012 y **416** unidades más de medicación consumidas sin el sistema Pyxis®.

Para la consecución del objetivo secundario, se realizaron un total de 28 encuestas entre el personal del servicio. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 1.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS. (Referidos a situación sin Pyxis)	1.Calidad del servicio		2.Tiempos para coger la medicación		3.Influencia de la calidad en atención al paciente?		4.Errores de dispensación		5.Tiempos de gestión de medicación	
	Ha mejorado	20%	Aumentados	44%	Si	32%	Mayores	63%	Aumentan	93%
	Ha empeorado	80%	Disminuido	55%	No	67%	Menores	36%	Disminuyen	7%
	6.Stocks de medicación		7.Conservación de la medicación		8.Identificación		9.Stockouts de medicación		10.Dispensación de medicamentos	
	Han mejorado	21%	Mejor	16%	Mejor	25%	Más frecuentes	62%	Ha mejorado	26%
	Han empeorado	78%	Peor	83%	Peor	75%	Menos frecuentes	38%	Ha empeorado	74%

Tabla 1

Conclusiones:

Aunque no podemos afirmar que el incremento del coste de medicación dispensada en el Servicio de urgencias sea debido exclusivamente a la retirada de Pyxis®, se ha objetivado un incremento del coste global de la medicación en el periodo de 2012. Además, para el personal del servicio esta medida ha supuesto un retroceso en el avance hacia la automatización y la mejora de la gestión de la medicación.

MENINGITIS INDUCIDA POR IBUPROFENO: A PROPÓSITO DE UNA CASO

Cano Cuenca N., García Martínez E.M., Bonaga Serrano B., Proy Vega B., Rodríguez Samper M.C., Domingo Chiva

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete

Introducción:

La meningitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges cuya etilogia puede ser bacteriana, vírica y aséptica. Las meningitis asépticas, por la dificultad en el diagnóstico antes de la introducción de las nuevas técnicas moleculares y por lo infrecuentes que son, podían ser clasificadas erróneamente en alguno de los otros dos grupos. Estas pueden ser causadas por tumores del SNC, enfermedades autoinmunes ó fármacos como los AINEs, antibióticos, inmunoglobulinas o vacunas entre otros.

Objetivo:

Describir el diagnóstico y la evolución de un caso de meningitis inducida por ibuprofeno en un paciente con repetidos episodios de meningitis.

Métodos:

Revisión de la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente desde el primer episodio de meningitis (junio 2007) hasta el episodio actual (diciembre 2011). Se recogieron los siguientes datos analíticos del líquido cefalorraquídeo (LCR) de los tres episodios de meningitis del paciente: celularidad, proteínas, glucosa y antígenos capsulares en LCR y resultado de cultivos microbiológicos

Resultados:

Varón de 75 años que acudió a urgencias con fiebre y desorientación, se diagnosticó de meningitis, realizándose punción lumbar y pautándole tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina. El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos y ante la mejoría se trasladó a planta a cargo del Servicio de Enfermedades Infecciosas.

	Datos de LCR		
	Ingreso actual	*Febrero 2007*	*Junio 2007*
Leucocitos PMN	90%	82	60
Proteínas (mg/dl)	80	118	116
Glucosa (mg/dl)	83	68	62
Cultivo	Negativo	Negativo	Negativo
Antígeno capsular	Negativo	Negativo	Negativo

Se revisó su historia clínica viendo dos episodios anteriores de meningitis(febrero y junio 2007) en los cuales no se consiguió aislar ningún microorganismo. Ante estos resultados y al observar que antes de cada episodio el paciente había tomado ibuprofeno, se sospechó de meningitis inducida por ibuprofeno y se decidió retirar tratamiento antibiótico y mantener tratamiento sintomático.

La evolución clínica del paciente fue favorable, desaparecieron la fiebre y las alteraciones neurológicas, el paciente fue dado de alta con un informe para su médico de Atención Primaria notificándole la incidencia con el fin de evitar una nueva toma de ibuprofeno.

Conclusiones:

La meningitis aséptica inducida por fármacos aunque poco frecuente no se debe descartar y se debe sospechar siempre que se obtengan resultados negativos de los cultivos, una recuperación clínica tras la retirada del fármaco, una relación temporal entre la aparición de los síntomas y la administración del fármaco, una recurrencia tras la administración y la ausencia de otras causas. En el caso descrito anteriormente se cumplen todas estas condiciones, por lo que se pudo diagnosticar a este paciente de meningitis aséptica, siendo en este caso el ibuprofeno el agente causal.

VALORACIÓN DEL MANEJO Y CONOCIMIENTOS DE LOS CRITERIOS BEERS Y STOPP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS

Rodríguez Samper, MC., García Martínez, E., Proy Vega, B., Domingo Chiva E., Plata Paniagua, S., Ramírez Córcoles, A.

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivo:

Conocer el grado de manejo y conocimiento acerca de los criterios Beers y STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) en la detección de prescripción potencialmente inapropiada (PPI), así como la relevancia clínica que presentan en la práctica diaria.

Material y métodos:

Se diseñó una encuesta compuesta de 14 preguntas tipo test con tres ítems cada una, de respuesta obligatoria donde se valoraba el conocimiento y relevancia clínica de las PPI más frecuentemente encontradas en bibliografía. Ésta fue diseñada través de la aplicación informática Google doc® y enviada de manera aleatoria a 125 médicos prescriptores. Se registraron los siguientes datos del encuestado: edad (20 a 30 años, de 30 a 50 años y mayores de 50 años), categoría (facultativo o residente) y especialidad médica.

Resultados:

- 82,8% de los sanitarios desconoce la existencia de los criterios Beers y STOPP.
- Más del 90% considera valorar de manera diferente a los pacientes mayores de 65 años.
- 74.3% afirma prescribir alguna vez fármacos de reciente comercialización.
- 91% de sanitarios considera beneficioso tener en cuenta estos criterios en la medicación al alta.
- La totalidad de sanitarios considera un beneficio disponer de una herramienta de detección de PPI en estos pacientes.

FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS SEGÚN LOS CRITERIOS BEERS 2003 Y STOPP:

RELEVANTE - MUY RELEVANTE	Digoxina a dosis >125 mcg en pacientes con FG< 50 ml/min por riesgo de intoxicación.
	AAS > 150 mg para evitar el aumento de sangrado sin evidencia de mayor eficacia.
	ISRS en pacientes con valores de sodio <130 mmol, pudiendo aumentar el riesgo de hiponatremia.
	Metoclopramida o antipsicóticos convencionales en pacientes con enfermedad de Parkinson para evitar los efectos anticolinérgicos-antidopaminérgicos.
	Amiodarona por riesgo de alteraciones en el intervalo QT.
	Beta-bloqueante con verapamilo o diltiazem por riesgo de bloqueo cardíaco.
POCO RELEVANTE	Benzodiazepinas de vida larga por riesgo de caídas.
	Duplicidad de antiinflamatorios no esteroideos
	Uso contraindicado de propanolol en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve-moderada por riesgo de depresión respiratoria

Conclusiones:

Se ha observado que en la práctica clínica no existe un manejo habitual de los criterios Beers y STOPP. La mayoría de sanitarios afirman desconocer la existencia dichos criterios, aunque consideran de relevante a muy relevante cada uno de los ítems planteados. Aparece la necesidad de desarrollar nuevas formas de trabajo, partiendo de revisiones sistemáticas de las herramientas, así como la incorporación de nuevas técnicas informáticas de detección

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICINMUNOTERÁPICO ENDOVESICAL EN EL CÁNCER VESICAL SUPERFICIAL

Domingo Chiva, E., Moya Castillo, A., Clemente Andújar, M., Ramírez Córcoles, A., Rodríguez Samper, MC., García Serrano, M.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete

Objetivo:

El cáncer de vejiga superficial (CVS) tiene como tratamiento inicial la resección trans-uretral (RTU). La mayoría de los pacientes tienen recidivas con el tiempo, con tumores invasores o de más profunda penetración en una etapa más avanzada. Por este motivo, en muchos casos se requiere de terapia intravesical adyuvante como complemento a la RTU. El objetivo del presente estudio es analizar las terapias intravesicales adyuvantes preparadas desde el servicio de farmacia (SF) para pacientes con CVS tratados en la consulta de urología (CU) de nuestro hospital.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo de un año de duración (2011) en el que se incluyeron todos los pacientes para los que se solicitó desde la CU la preparación al SF de fármacos para administración intravesical. Los datos obtenidos desde el SF fueron: edad y sexo de los pacientes, tipo de fármaco preparado, frecuencia de administración y posología, número de preparaciones realizadas para cada paciente y coste anual por fármaco y por paciente. Se realizó una consulta al personal del servicio de urología con el fin de obtener los datos acerca de la elección entre los distintos tratamientos, las medidas de seguridad aplicadas durante la administración y las reacciones adversas referidas por los pacientes.

Resultados:

- 118 pacientes (6 mujeres, 112 hombres).
- Mediana de edad: 69 años (31-88).
- Número total de preparaciones: 753.
- Coste total de todos los tratamientos: 45.682,56 €.

	Mitomicina	BCG	Epirrubicina
Número instilaciones anuales	4,99	6,26	4,01
Coste paciente/instilación (€)	62,54	67,13	19,02

Tratamientos recibidos

- Mitomicina y Epirrubicina: Utilizados en pacientes con tumores de riesgo intermedio.
- BCG: Pacientes con tumores de alto riesgo.
- El servicio de urología no dispone de protocolo de utilización para mitomicina y epirrubicina.
- El uso mayoritario de mitomicina se debe a una creencia no actualizada de su menor coste.
- Reacciones adversas más frecuentes: Cistitis y rash cutáneo.
- No se utilizaron medidas de seguridad durante la administración.

Conclusiones:

La utilización de agentes por vía intravesical con el fin de disminuir la recurrencia y progresión del CVS es una técnica ampliamente utilizada. Sería necesaria la implantación de protocolos consensuados de utilización de estos fármacos. Estos tratamientos no están exentos de riesgos, por lo que todos los clínicos deberían de conocer y aplicar las normas de seguridad ante la manipulación de citostáticos. El SF debería de realizar educación sanitaria en la CU sobre las medidas de seguridad a adoptar durante la manipulación y administración de estos fármacos.

ANÁLISIS DE LOS SELLADOS DE CATETER VENOSO CENTRAL CON ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIALISIS

Domingo Chiva, E., Garrigues Sebastiá, MR., Bonaga Serrano, B., Cano Cuenca, N., Proy Vega, B., Plata Paniagua, S.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivo:

La cateterización de una vena central como acceso vascular para la hemodiálisis supone una alternativa rápida y segura, que permite ser utilizada inmediatamente y obtener flujos sanguíneos óptimos. Sin embargo, el uso de catéteres no está exento de complicaciones, como las infecciones relacionadas con catéter y la trombosis intraluminal, que provocan alta morbilidad aumentando las cargas de trabajo y el gasto económico. Para prevenir o tratar dichas infecciones se utilizan soluciones de antibióticos instiladas en el lumen vascular. Nuestro objetivo ha sido describir y analizar las preparaciones realizadas con antibióticos desde el Servicio de Farmacia (SF) para el sellado de catéteres (SC) en pacientes hemodializados (PH).

Material y métodos:

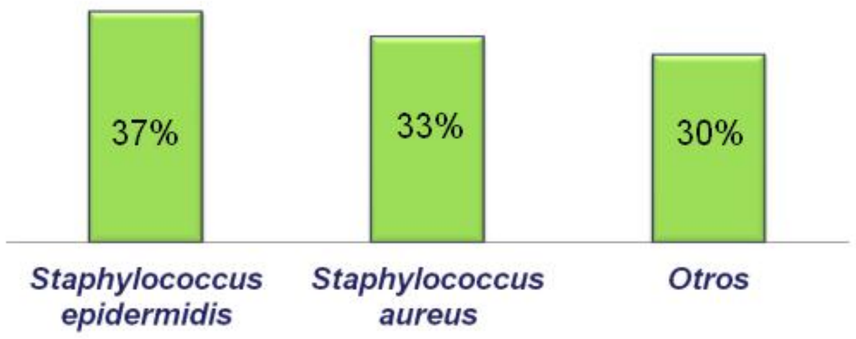
Estudio retrospectivo de dos años de duración (Enero 2010-Diciembre 2011) en el que se analizaron todos los SC realizadas para PH. Los datos recogidos del SF fueron: fecha de inicio y fin de las preparaciones realizadas por paciente, composición de los SC y frecuencia de administración. Los datos sobre los cultivos y antibiogramas en fechas previas al comienzo del SC se recogieron del programa de laboratorio de microbiología a través de la intranet del hospital.

Resultados:

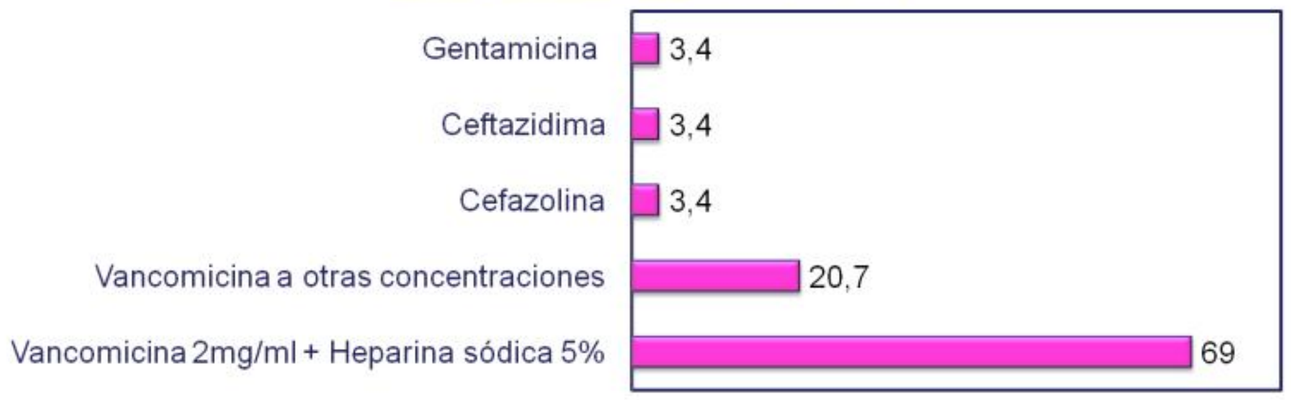
Durante el periodo de estudio, se realizaron 2254 preparaciones destinadas al SC de 27 pacientes.

La mediana de tiempo en el que se realizó el SC en estos pacientes fue de 167 días (intervalo de confianza = 78,32).

Resultados de los cultivos **(%)**



Preparaciones realizadas **(%)**



En 5 pacientes el SC se utilizó de forma profiláctica.

La frecuencia de administración de los SC fue de 3 veces por semana en todos los casos.

Conclusiones:

Instilar una solución con una concentración antibiótica elevada en el interior del catéter de forma periódica e intermitente mientras el catéter no está en uso facilita una concentración antibiótica local elevada sin toxicidades sistémicas. Dicha solución ejerce una actividad bactericida sobre los microorganismos que forman la biopelícula. Sin embargo, aunque la duración total de los periodo de sellado no está claramente establecida, algunos trabajos consideran adecuada la terapia entre 2 y 4 semanas, por lo que con este estudio se ha podido comprobar que la duración ha excedido de las recomendaciones, lo que se traduce en un aumento de la carga de trabajo en el SF y en un aumento del gasto sanitario. Sería recomendable, por tanto, la realización e instauración de protocolos al respecto que aseguraran una correcta terapéutica antimicrobiana con una duración adecuada.

COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Domingo Chiva, E. Bonaga Serrano, B. Aldaz Francés, R. De Mora Alfaro, MJ. Medrano Martínez, B. Cano Ibañez, MR.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivo:

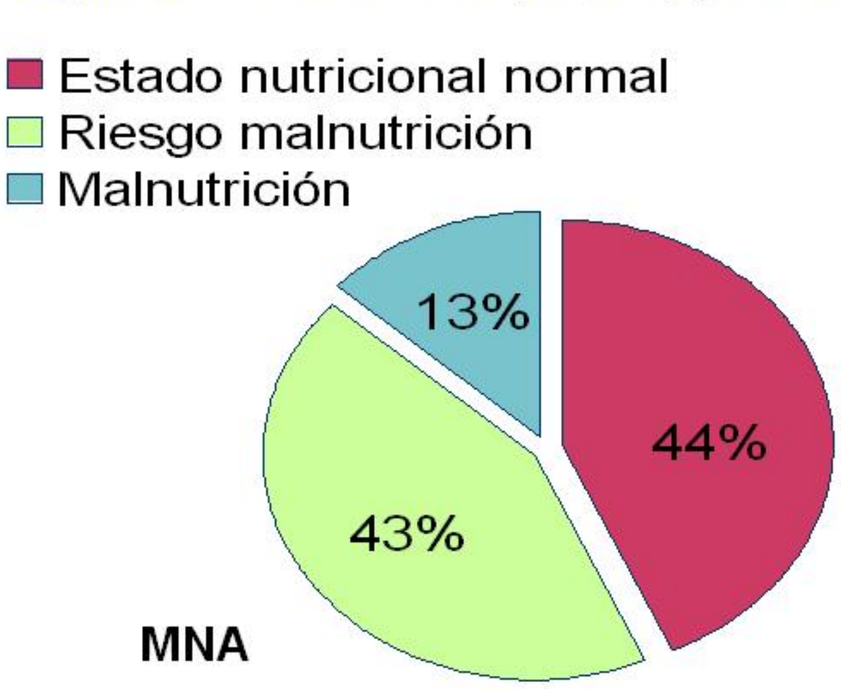
Analizar y comparar la aplicación de dos métodos de valoración nutricional a un mismo grupo de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico.

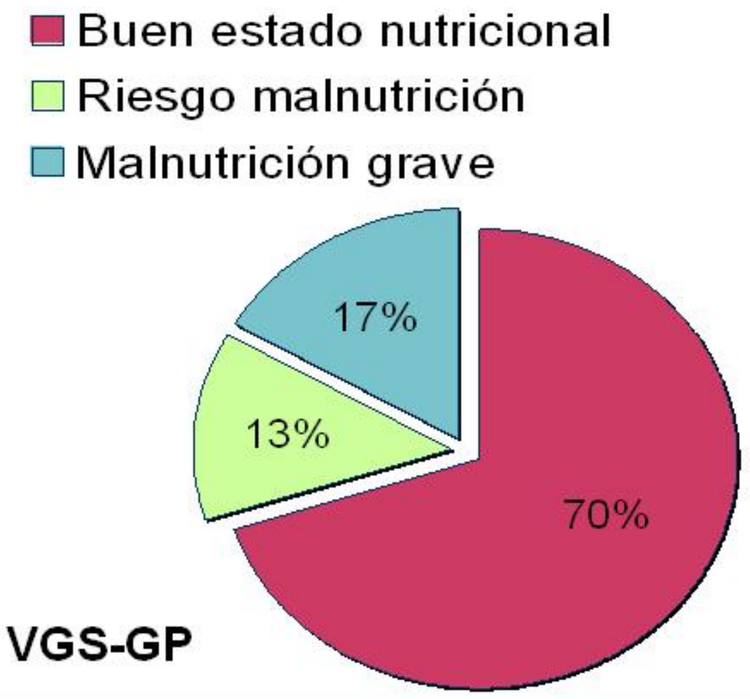
Material y métodos:

Estudio prospectivo y aleatorio en el que se seleccionaron 30 pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico en hospital de día (HD) en un hospital de tercer nivel. Previa invitación a participar en el estudio, los pacientes recibieron dos cuestionarios para evaluar su estado nutricional: Mini Nutricional Assessment (MNA) y Valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP). Los cuestionarios se completaron con la ayuda del personal de enfermería de HD, el cual se encargó de realizar las mediciones de circunferencia braquial y de pantorrilla; y de evaluar objetivamente la pérdida de masa muscular y tejido adiposo, así como la presentación de edemas, ascitis, fiebre o úlceras por presión. Los datos antropométricos, diagnóstico, tratamiento y ciclos recibidos se recogieron mediante el programa de pacientes ambulantes de Farmatools® del servicio de farmacia; y los datos bioquímicos de albúmina y prealbúmina se obtuvieron de la aplicación informática del laboratorio a través de la intranet del hospital. Se evaluaron cada uno de estos cuestionarios por separado y se analizaron los resultados globales obtenidos para cada uno de los métodos de evaluación.

Resultados:

Todos los pacientes seleccionados accedieron a participar en el estudio; siendo 15 de ellos hombres (50%), con una mediana de edad de 53,5 años (22-75). La neoplasia más frecuente fue: mama (23,3%), seguido de colon-recto (16,6%) y cabeza, cara, cuello (10%).





Conclusiones:

Los métodos de valoración nutricional MNA y VGS-GP aplicados a pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico muestran resultados discordantes entre sí.

De forma global, con el método VGS-GP se obtienen mejores resultados en el estado nutricional de estos pacientes que con el MNA.

Con ambos se obtienen cifras de desnutrición inferiores a las publicadas (MNA: 13,3% y VGS-GP: 16,6%), las cuales muestran que la prevalencia de malnutrición en pacientes oncológicos es una complicación frecuente que oscila entre un 40-80%.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA REDUCCIÓN DE PLAZAS FIR EN CASTILLA LA MANCHA DE 2011

Bonaga Serrano B., Garrigues Sebastiá M., Cano Cuenca N., Rodríguez Samper MC., Ramirez Córcoles A., Domingo Chiva E.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivo:

En los últimos años el número total de plazas de formación de farmacéuticos internos residentes (FIR) en los distintos hospitales de Castilla La-Mancha fue de 10. En la convocatoria de 2011, esta comunidad sufrió una drástica reducción pasando de 10 a 3 plazas, sin afectar a la mayoría de servicios de farmacia hospitalarios del resto del país. El objetivo de este estudio ha sido evaluar el impacto de la disminución del número de plazas FIR en los servicios de farmacia implicados.

Material y métodos:

Estudio descriptivo del impacto que supuso la reducción de plazas de farmacéuticos en formación en Castilla La Mancha en el año 2011. En Febrero de 2012 se envió a todos los farmacéuticos de hospital de la Comunidad Autónoma una encuesta anónima mediante la aplicación Google Docs®. La encuesta incluyó preguntas acerca de la influencia y cambios producidos por la reducción de plazas, grado de satisfacción y calidad de vida percibida, así como datos demográficos: sexo y edad. Ésta última estratificada en menores de 25 años, 25 – 30 años y mayores de 30 años. Así mismo, los encuestados se clasificaron según la categoría profesional en tutores/as de residentes, adjuntos/as y residentes.

Resultados:

Se obtuvieron un total de 45 respuestas siendo el 82,2% mujeres. El 53,3% tenían más de 30 años y el resto entre 25 y 30 años. Respecto a la categoría profesional, un 17,8 % fueron tutor/as de residentes, un 42,2% adjunto/as y un 40,0% residentes.

El 62,2% manifestó un cambio en las rotaciones y en el 28,9 % de los casos no se cubren todas las guardias. El 82,2% de los encuestados han advertido un aumento de la carga de trabajo diario y el 50% cree que este aspecto repercute en la calidad de la atención que se le da al paciente. En cuanto a la formación de los residentes, el 71,1% opina que la disminución del número de las plazas FIR constituye un aspecto negativo, y el resto, salvo dos personas, considera que no influye. Además prácticamente el 100% de los encuestados opinan que este hecho, repercute negativamente en la calidad de vida de los residentes. En relación a la motivación a la hora de trabajar, un 4,4% se encuentran nada o poco motivados, un 57,8% medianamente motivados y un 37,8% muy motivados. El 91,1% refirió tener un grado de calidad de vida bueno.

Conclusiones:

Aunque casi la totalidad de los encuestados consideró disfrutar de un nivel de calidad adecuado, sólo la mitad se encontraban medianamente motivados a la hora de trabajar. La reducción de las plazas de manera tan acusada ha generado un aumento en la carga de trabajo diario que, en la mayoría de casos, repercute negativamente en la atención recibida por el paciente, en la calidad de vida y formación de los residentes, aspectos que son claves para el desarrollo de un trabajo con una calidad aceptable.

ANÁLISIS Y CONTROL DE CALIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMÁTICOSDE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (PYXIS®)

Bonaga Serrano B., Clemente Andújar M., Cano Molina J., Plata Paniagua S., García Martínez EM., Cano Cuenca N.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivo:

Realizar un control de calidad de la reposición de medicamentos de los sistemas automáticos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Analizar y clasificar los errores encontrados y definir unos objetivos de mejora en el circuito de reposición.

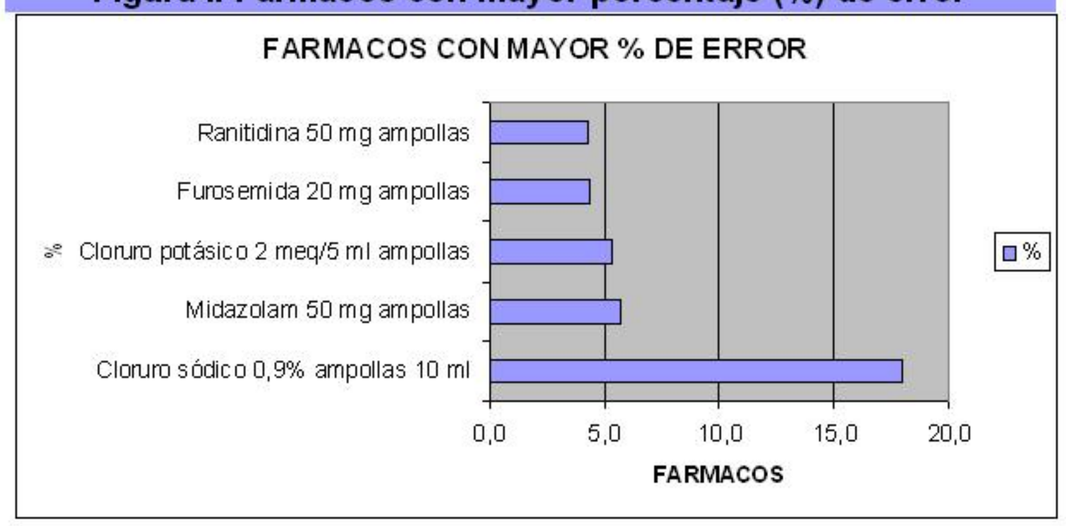
Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo de dos semanas de duración en la UCI de un hospital terciario. Se revisó diariamente in situ los fármacos repuestos del día anterior comparándolos con sus correspondientes informes de reposición. Las variables registradas fueron: fármaco y cantidad que se repuso, cajetines donde estaban ubicados y errores generados durante las dos semanas del estudio. Los errores detectados se clasificaron según nomenclatura validada, atendiendo únicamente a errores de dispensación (medicación dispensada incorrectamente o no dispensada) o relacionados con la administración (medicación mal colocada, incorrecta, forma farmacéutica equivocada). Para contabilizar los errores se tuvo en cuenta la especialidad farmacéutica sin considerar el número de unidades que, en cada situación, se repusieron de forma incorrecta.

Resultados:

Durante el período de estudio se repusieron un total de 128 especialidades farmacéuticas que supusieron 6701,8 unidades repuestas, lo que supone una media de 478,7 medicamentos cada día (DE = 104,3).
De los ocho errores encontrados, seis de ellos fueron debidos a errores de llenado por similitud en la apariencia, uno a un error de llenado con formas farmacéuticas distintas del mismo principio activo y uno como consecuencia de un error del administrador en la definición de la ubicación del medicamento.

Figura I. Fármacos con mayor porcentaje (%) de error



Conclusiones:

Las condiciones de trabajo que se requieren en esta unidad de hospitalización exigen un nivel de seguridad y calidad muy elevado. La gravedad e inestabilidad de este perfil de pacientes provocan que se tengan que tomar decisiones rápidas, de modo que, la probabilidad de que se produzcan EM es superior a la de otros servicios. Por ello, es muy importante que la medicación esté bien ubicada e identificada en el PYXIS® lo cual requiere un mantenimiento y control exhaustivo. Hay fármacos con apariencia similar que, estando ubicados en cajetines contiguos, puede dar lugar a EM. Se observó un ejemplo de esto al encontrar: sulmetin por midazolam, naloxona por adrenalina, y polaramine por primperan, entre otros. En nuestro estudio la incidencia de error ha sido del 6,3%. Aunque el período de estudio haya sido corto, una opción para prevenir la aparición de EM, sería revisar cada fármaco y su ubicación de manera periódica, evitando que medicamentos con apariencia similar, o mismo principio activo de diferentes dosis, se encuentren ubicados contiguamente. Nos planteamos una disminución del error por debajo del 5% como objetivo de mejora de calidad para esta unidad.

AHORRO ECONOMICO ASOCIADO A UNA GESTION EFICIENTE DE UNA UNIDAD DE PREPARACION DE CITOSTATICOS

Clemente Andújar M, Aldaz Francés R, Hernández Sansalvador M, Garrigues Sebastiá MR, Lerma Gaude V, Bonaga Serrano B.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

Objetivo:

La situación económica actual nos obliga más que nunca a la búsqueda continua de la manera más eficiente de gestionar nuestros recursos. En la actualidad, la externalización de unidades de mezclas intravenosas está en boca de todos, de ahí la importancia de demostrar que las unidades de mezclas intravenosas en los hospitales además de añadir calidad y agilidad al proceso, es eficiente y reduce costes. El objetivo del estudio es calcular el ahorro económico que supone la preparación de mezclas intravenosas en cabina de flujo vertical, mediante la reutilización de viales y ajuste de dosis en un hospital de tercer nivel.

Material y metodo:

Estudio prospectivo de un mes de duración (9 de enero al 8 de febrero de 2012) durante el cual se fue recopilando diariamente el ahorro de viales en la elaboración de mezclas intravenosas debido a la reutilización de sobrantes y ajustes de dosis.

Únicamente se analizó el ahorro de los fármacos preparados en cabina de flujo vertical.

Para la recogida de precios medios y consumos producidos en este mes, se utilizó el modulo de pacientes ambulantes y gestión económica del programa Farmatools. No se incluyeron los pacientes tratados por el servicio de Reumatología, por no realizarse desde esta unidad.

Resultados:

El consumo de medicamentos sin la reutilización de sobrantes y ajuste de dosis hubiese ascendido a 607.257 €. Se consiguió un ahorro de 89.668 € (14,76%) en el periodo de estudio, con lo que finalmente se produjo un consumo de 517.589 €. Los lunes y los jueves fueron los días de la semana donde se produjo una mayor reutilización de sobrantes y por tanto un mayor ahorro. Siendo los días festivos sábado y domingo los de menor.

Las especialidades farmacéuticas que más peso tuvieron en la reducción de costes fueron, AVASTIN y MABTHERA. Estos dos fármacos por si solos, fueron causantes del 60% (53.380,73 €) del ahorro total. Seguidas por VELCADE, REMICADE, HERCEPTIN Y ALIMTA.

Conclusiones:

Como hemos podido comprobar, además de aportar un servicio de calidad, las unidades de mezclas intravenosas de los servicios de farmacia producen una gran reducción de costes cuando se realiza una gestión eficiente.

Tanto la preparación de anticuerpos monoclonales como la unificación de pacientes para su posterior administración en días establecidos debería ser una prioridad para conseguir aun mayor reducción de costes.

Es necesario medir nuestra eficiencia en la gestión de recursos con el fin de mostrar la importancia de los servicios de farmacia en momentos de crisis.

"ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ELTROMBOPAG EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL"

De Mora Alfaro, MJ.; García Martínez, E.; Ortiz Navarro MR.; Pascual Martínez M.; Aldaz Frances, R.; Domingo Chiva E.

Servicio de Farmacia. Área de Gestión Funcional de Albacete.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO ALBACETE

Objetivo:

Eltrombopag es un fármaco oral, indicado en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática crónica (PTI), esplenectomizados y refractarios a otros tratamientos, que estimula la producción de plaquetas. La PTI es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombopenia aislada y presencia de complicaciones hemorrágicas. El objetivo de este estudio es evaluar la adecuación de la prescripción, la efectividad y el coste asociado a Eltrombopag, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con Eltrombopag entre marzo 2011-febrero 2012. Los datos se obtuvieron del programa de Pacientes externos del Servicio de Farmacia (Farmatools®), y de la revisión de historias clínicas (HC). Se recogieron: edad, pauta posológica, duración de tratamiento, terapia previa y recuento plaquetario (RP) durante el mismo. Según información de ficha técnica (FT), se establecieron 2 criterios de idoneidad de prescripción: diagnóstico de PTI y esplenectomizado y como segundo criterio, adecuado ajuste de dosis durante el tratamiento: 25-75mg dependiendo del RP, suspendiéndolo si el RP>250x10^3/mm^3. La eficacia del fármaco se estableció como la respuesta al tratamiento, definida como un RP>50x10^3/mm^3, en al menos el 75% de las evaluaciones.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se trataron 6 pacientes. La mediana de edad fue de 53 años (rango 47-77), y la proporción hombre-mujer 3:3. La duración mediana del tratamiento fue 91 días (rango 55-346). Como tratamiento farmacológico previo, tres pacientes habían sido tratados con otro estimulante de la trombopoyesis, Romiplostim, a dosis altas (hasta 9mcg/ Kg).

Cumplieron todos los criterios de prescripción de Eltrombopag 2 pacientes; de los otros cuatro, uno no presentaba PTI y se solicitó el fármaco con indicación fuera de FT; dos no habían sido esplenectomizados, sin tener contraindicada la esplenectomia; y en 3 no se realizó el ajuste de dosis correctamente, por aumentó de dosis anticipadamente; o por no suspensión del tratamiento con RP>250x10^3/mm^3, en al menos una ocasión durante el tratamiento.

Respecto a la eficacia, en 4 pacientes se ha obtenido respuesta en al menos el 75% de las evaluaciones. Dos de ellos finalizaron definitivamente el tratamiento: uno por descompensación de hepatopatia crónica previa y en el segundo paciente, no se encontraron datos en HC que lo justificasen, aunque sufrió un episodio trombótico durante el tratamiento. Los otros dos siguen en tratamiento activo. Uno de ellos, recibió tratamiento concomitante con Vincristina durante 5 meses, habiendo sufrido varios ingresos por recidiva durante el mismo.

De los 2 pacientes dónde no ha sido eficaz, uno finalizó tratamiento, con niveles mantenidos <20x10^3/mm^3 durante todo el tratamiento, a dosis máximas de fármaco; y el segundo, continua en tratamiento.

En cuanto al coste asociado, han sido dispensados un total de 951 comprimidos, que han supuesto un coste de 45.967,86€.

Conclusiones:

La terapia con Eltrombopag supone un coste elevado, según dosis, entre 932-2805€ mensuales/paciente. Además su manejo es complicado debido a la necesidad de monitorización constante, para un adecuado ajuste de dosis. Sería necesario la existencia de un protocolo de utilización, así como un seguimiento por parte de farmacia para un correcto uso del fármaco.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ANTI IG-E OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA IDIOPÁTICA

Sánchez Casanueva T, Márquez Nieves JJ, Jerez Fernández E, Sánchez Ruiz de Gordoa M, Araque Arroyo P, Fraga Fuentes MD

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario La Mancha Centro

Servicio de Farmacia del C.H. La Mancha Centro

OBJETIVOS:

- Comunicar los resultados de eficacia y seguridad del Anti Ig-E **omalizumab**, utilizado como alternativa para el tratamiento de la **urticaria crónica idiopática** en 2 pacientes no respondedores a las terapias convencionales

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Tras la petición por el servicio de alergología de la utilización de **omalizumab** para la indicación, **fuera de ficha técnica**, de **urticaria crónica**, el servicio de farmacia evaluó cada solicitud y elaboró un informe que contó con el visto bueno de la gerencia del hospital. La dosis se ajustó a la propuesta en la ficha técnica en función de la concentración basal de Ig E (UI/ml) y al peso.

- A través de la historia clínica de cada paciente se recogieron **datos de eficacia clínica** (episodios de urticaria y/o angioedema), **de efectos adversos** y **de respuesta a tratamientos previos**. También se recogieron los siguientes **datos de laboratorio**: concentración Ig E basal (UI/ml), recuento celular, bioquímica completa y sistemático de orina.

RESULTADOS:

- **Paciente A:** fracasó a terapias previas con antihistamínicos H1 y H2 y corticoides. Presentaba una concentración de Ig E basal de 115,2 UI/ml por lo que le correspondía una dosis de 300 mg/ 4 semanas. **Tras 16 dosis no ha presentado ningún efecto adverso, permaneciendo estable desde el inicio del tratamiento y sin brotes de urticaria ni lesiones cutáneas** desde la primera dosis en junio de 2010, no necesitando otros tratamientos concomitantes ni rescates. La décima dosis se administró a los 45 días y **a partir de la decimocuarta dosis se la administra cada 60 días**. No ha presentado alteraciones a nivel del recuento celular, la bioquímica o del sistemático de orina.
  Paciente B: fracasó a terapias previas con antihistamínicos H1 y H2, corticoides y antileucotrienos.

- Presentaba una concentración de Ig E basal de 260 UI/ml por lo que le correspondía una dosis de 300 mg/ 4 semanas. Previo al inicio de la terapia con omalizumab estaba en tratamiento con hidroxicina 25 mg/ 12h, dexclorfeniramina 2 mg/ 12h, rupatadina 10 mg/ 24h, ranitidina 150 mg/ 24h. A la tercera dosis refiere ausencia de prurito por lo que se se disminuye la dosis de hidroxicina a 25 mg/ 24h. **Tras 11 dosis de 300 mg mensuales no ha presentado ningún efecto adverso y ha mejorado clínicamente, aunque sigue necesitando tratamiento con anti H1 y H2 para el control del prurito**. No ha presentado alteraciones a nivel del recuento celular, la bioquímica o del sistemático de orina.

CONCLUSIONES:

- Ante el fracaso de las terapias clásicas con antihistamínicos y corticoides para el manejo de la urticaria crónica idiopática, el empleo fuera de ficha técnica de **omalizumab resulta ser una alternativa segura y eficaz**

CONFLICTO DE INTERESES: No existen

TUBERCULOSIS MULTIRESISTENTE CON TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

Sánchez Casanueva T, Márquez Nieves JJ, Ruiz Martín de la Torre R, Jerez Fernández E, Araque Arroyo P, Conde García MC

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario La Mancha Centro

Servicio de Farmacia del C.H. La Mancha Centro

OBJETIVOS:

- Mostrar un caso de **tuberculosis multiresistente** de una paciente que necesitó **tratamiento directamente observado (TDO)** en el centro de salud, ante un alto riesgo de incumplimiento

MATERIAL Y MÉTODOS:

- A través de la historia clínica se recogieron datos de respuesta a la antibioterapia, de efectos adversos y de fármacos prescritos.
- También se recabaron datos analíticos: bioquímica completa, hemograma, cultivos microbiológicos, tinciones de esputo y antibiogramas.

RESULTADOS:

- Ante una tuberculosis pulmonar se decide iniciar tratamiento con 4 antituberculosos vía oral (vo) de primera línea incluidos en el preparado comercial Rimstar® a la dosis para pacientes de más de 40 kg (4 comprimidos/ 24h): **isoniazida (H)** 300 mg, **rifampicina (R)** 600 mg, **piracinamida (Z)** 1600 mg y **etambutol (E)** 1100 mg.
- Tras 2 meses de ingreso y tratamiento el antibiograma muestra **resistencia a I y R**. Entonces se inicia un régimen de **levofloxacino** 500 mg/ 24h vo + **Z** 1000 mg/ 24h vo + **E** 1200 mg/ 24h vo + **amikacina** 500 mg/ 12h intramuscular (im) + **cicloserina** 250 mg/ 12h vo.
- Después 1 mes más de ingreso y tratamiento, el cultivo y el esputo son negativos con lo que se decide el **alta con TDO** en su centro de salud, con los fármacos antes mencionados dispensados desde el servicio de farmacia.
- Tras 1 mes de TDO y con los resultados de los cultivos de los esputos pendientes se observa que es **resistente a I + R + Z + E**, es decir, a todos los fármacos de primera línea excepto estreptomicina, con lo que se decide iniciar una tercera línea de tratamiento con **estreptomicina** 1 g/ 3 días im durante 6 meses, **levofloxacino** 500 mg/ 24h vo, **linezolid** 600 mg/ 12h vo y **cicloserina** 250 mg/ 12h vo durante 21 meses.
- Al mes de tratamiento ingresa por nauseas, vómitos acompañados de anemización y leucopenia con lo que se suspende el tratamiento por 3 días con reintroducción gradual de los fármacos con las mismas pautas excepto por el **linezolid**, que pasa a ser **600 mg/ 24h** vo debido a la sospecha de ser el causante de la alteración hematológica.
- Tras 19 meses de TDO con el régimen antes indicado los cultivos y tinciones permanecen negativos, presenta ventilación normal, buen estado general, el hemograma y la bioquímica son normales.

CONCLUSIONES:

- En pacientes con alto riesgo de incumplimiento el TDO resulta una alternativa eficaz y más económica que la hospitalización, siendo a su vez una estrategia de tratamiento recomendada por la OMS. Fueron necesarios 4 medicamentos activos, 3 de segunda línea, para mantener negativos los cultivos y tinciones.

CONFLICTO DE INTERESES: No existen

SEGUIMIENTO DE USOS FUERA DE FICHA TÉCNICA: NECESIDAD DE OPTIMIZAR SU GESTIÓN

Jerez Fernández, E; Fraga Fuentes, MD; López Sánchez, P; Seisdedos Elcuaz, R; Valenzuela Gamez, JC; Andrés Navarro, N. Servicio de Farmacia. C. H. Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad-Real

SCMFH
VII JORNADA CIENTÍFICA SCMFH, 11-12 MAYO 2012 CIUDAD REAL

OBJETIVO

Valorar el impacto clínico y económico de las solicitudes de medicamentos en indicaciones fuera de ficha técnica (FFT) evaluadas de enero de 2010 a diciembre de 2011 y poner en marcha medidas potenciales de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los usos FFT solicitados por petición individualizada durante 2010 y 2011.
- Se diseñó una hoja de recogida de datos con las siguientes variables: medicamento, indicación, servicio, tipo de evidencia (OCEBM 2011), dispensaciones, finalización o no de tratamiento y sus motivos, coste y número de pacientes.
- Se excluyeron los medicamentos FFT autorizados por estar en listado positivo y los sujetos a protocolos de uso aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

RESULTADOS

- ✓ Se evaluaron 49 solicitudes:
  - ❖ Año 2010: 31 solicitudes de 18 medicamentos (29 autorizadas y 2 denegadas)
  - ❖ Año 2011: 18 solicitudes de 14 medicamentos (16 autorizadas y 2 denegadas)

- ✓ El 61% de las solicitudes evaluadas se apoyaban en estudios de baja evidencia (series de casos, estudios de seguimiento y sin asignación aleatoria), nivel de evidencia 3- 4.

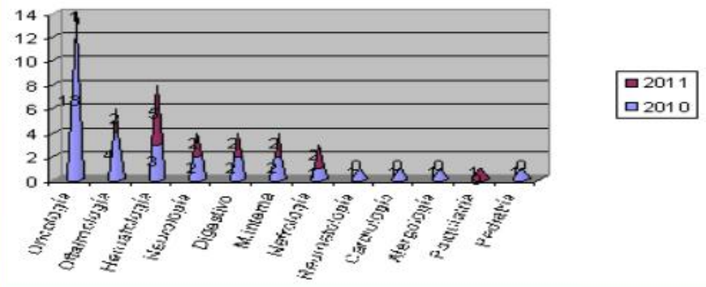
- ✓ Efectividad:
  - ❖ Completaron el tratamiento con éxito 4 pacientes en 2010 (12,9%), y 2 en 2011 (11,1%).
  - ❖ Se interrumpió en 22 casos (44,89%) por falta de efectividad, efectos adversos o exitus, y 4 tratamientos autorizados finalmente no se pusieron. Se perdieron 3 pacientes por traslado a otros hospitales.
  - ❖ Continúan tratamiento 4 pacientes de 2010 y 6 de 2011.

- ✓ El coste de usos FFF en 2010 fue de 190.786,99€ y en 2011 de 118.249,481€.

Solicitudes evaluadas por principio activo

PRINCIPIO ACTIVO	AÑO 2010	AÑO 2011
Adalimumab	2	1
Anfotericina B liposomal	1	0
Azacitidina	0	1
Bevacizumab	2	1
Bevacizumab/carboplatino /paclitaxel	1	0
Bosentán	0	1
Capecitabina	1	0
Capecitabina/oxaliplatino	3	0
Cetuximab/ irinotecan	1	0
Cetuximab/ Cisplatino /Vinorelbina	1	0
Ciclosporina	2	0
Clofarabina	0	1
Clozapina	0	1
Darunavir	1	0
Foscarnet	1	0
Lenalidomida/Ciclofosfamida /dexametasona	0	1
Micofenolato de mofetilo	1	1
Natalizumab	1	0
Omalizumab	1	0
Paricalcitol	1	0
Pazopanib	0	1
Pemetrexed	2	0
Rituximab	5	4
Sildenafilo	1	0
Sorafenib	1	0
Tacrolimus	1	2
Temozolamida/ Sorafenib	1	0
Toxina botulínica	0	1
Triptorelina	0	1
Valganciclovir	0	1

N° solicitudes FFT por servicio



CONCLUSIONES

- Escaso beneficio clínico de la mayoría de los usos FFT evaluados apoyados en evidencias de baja calidad.
- Elevado gasto de recursos y baja tasa de efectividad del tratamiento que hacen necesario establecer criterios de seguimiento y de tiempo para la valoración de la respuesta y así evitar tratamientos, efectos adversos y gastos innecesarios.
- La implantación de un protocolo de seguimiento ayudará en gran medida a evaluar la efectividad y optimizar tratamientos y recursos.
- La gestión óptima de los usos FFT debe orientarse a conseguir una proporcionalidad directa entre beneficio clínico/riesgo y costes.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

La Mancha Centro La Mancha Centro

APLICACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN A PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON FINGOLOMOD

Areas del Aguila V, Ibañez García S, Muñoz Cejudo BM,
Blázquez Romero C, Martin Siguero A, Encinas Barrios C

OBJETIVO

Valorar los resultados de un listado de verificación (LV) aplicado a pacientes que inician tratamiento con Fingolimod en esclerosis múltiple (EM), para colaborar en garantizar su uso seguro.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo trasversal de los pacientes tratados con fingolimod para esclerosis múltiple (EM)en el área de pacientes externos de un Hospital General Universitario, a los que se aplicó en el momento de la dispensación un LV.
- Para cumplimentar LV se consultó: historia clínica electrónica y programa de laboratorio.
- LV se basó en la ficha técnica (30/03/2011), consta de 3 apartados con la acción recomendada para el uso seguro:

CONTRAINDICACIÓNES

- Paciente inmunocomprometido.
- Tratamiento inmunosupresor (natalizumab o mitoxantrona)

Acción: esperar 2-3 meses

- Infección activa/crónica

Acción: demorar inicio

- Enfermedad hepática grave

ANTES DE INICIO

- Recuento sanguíneo completo
- AST-ALT/bilirrubina
- Anticuerpos Varicela Zoster

Acción: 1ºVacunar 2ºAplazar inicio 1mes

- Vacunación

Acción: vacunar antes de empezar

- Ritmo cardiaco <55 latidos/min y bloqueo AV≥2 .

Acción: valorar beneficio-riesgo

- Fármacos que ↓ ritmo cardiaco, ↑ intervalo QT.
- Test embarazo

Acción: usar anticonceptivos (hasta 2 meses después de suspender tratamiento)

- Examen oftalmológico (diabetes/uveitis).

SEGUIMIENTO

- Inicio: Observación bradicardia durante 6 horas hospital de día médico (HDM)

Acción: 1º Cita HDM2º No conducir

- Mes 1: FEV (pacientes con EPOC)

Acción: Espirometría

- Mes 2: Tensión arterial (hipertensos)

Acción: Monitorizar TA

- Mes 1,3,6,9,12: AST/bilirrubina

Acción: Interrumpir 2 meses si AST/ALT>5LSN

- Linfocitos

Acción:Reducir dosis si ↓20-30%

- Mes 3-4: examen oftalmológico

Acción: Interrumpir si edema macular

RESULTADOS

- 5 pacientes (2 hombres y 3 mujeres)
- media edad 48 años(32-63)
- 3 EM RR, 2 progresiva.

CONCLUSIONES

1. Es necesario mejorar la monitorización en HDM incorporando las recomendaciones de AGEMED (nota seguridad 20/01/2012.
2. Recomendar al paciente mayor vigilancia en la aparición de infecciones.
3. Insistir en la realización de un test de embarazo en mujeres fértiles.
4. LV es una herramienta útil para evaluar la seguridad al inicio y durante el tratamiento con fingolimod.

Hospital General Ciudad Real

VII JORNADA CIENTÍFICA
SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA
DE FARMACIA HOSPITALARIA

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA: PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO Y ADHERENCIA.

Muñoz Cejudo B.M., Áreas del Águila V.L., Blázquez Romero C., Martín Siguero A., Ibáñez García S., Encinas Barrios C.

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real

OBJETIVO

Describir el perfil farmacoterapéutico y adherencia de los pacientes con hepatitis B crónica (HBC) en un Hospital General Universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo de pacientes con tratamiento antiviral para HBC en noviembre de 2011.

❖La información fue obtenida:

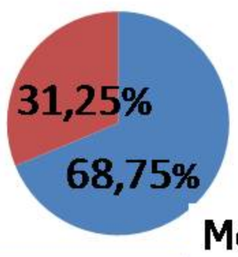
- ❑ historia clínica electrónica (Mambrino®)
- ❑ sistema informático del laboratorio (SIGLO®)
- ❑ programa de dispensación a pacientes externos (APD PRISMA®)

❖Las variables recogidas fueron:

- ❑edad
- ❑sexo → En el **momento del estudio**
- ❑**HBeAg al inicio del tratamiento**
- ❑anti-HBe,
- ❑carga viral DNA-VHB (CV) → En el **momento del estudio** (Se consideraron valores normales de ALT 7-40 U/L)
- ❑alanina aminotransferasa (ALT)
- ❑tratamiento antiviral
- ❑adherencia (ADH): Se midió relacionando cantidad prescrita (nº de unidades por medicamento) con la cantidad dispensada. Se estableció como adherencia óptima valores ≥ 80%. → **Desde inicio de tratamiento hasta el momento del estudio**

RESULTADOS

64 PACIENTES HBC

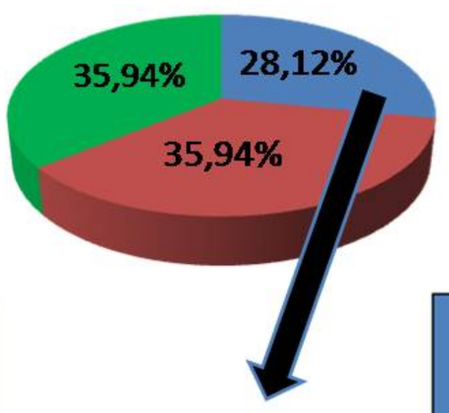


Media de edad 56 años(29-82)

INICIO DE TRATAMIENTO	
HBeAg-	50 pacientes (78,12%)
HBeAg+	9 pacientes
No datos (ND)	5 pacientes

MOMENTO DEL ESTUDIO	
Anti-HBe	57 pacientes (86,06%)
CV indetectable	57 pacientes (86,06%)
No datos (ND)	5 pacientes

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA



		Media de tiempo de tratamiento
7 PACIENTES	LAM	4 años
5 PACIENTES	ETV	28 meses
6 PACIENTES	TDF	15 meses

PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO

MONOTERAPIA

	PACIENTES	ADH óptima	ALT normalizada
LAM	8 naïve	5 pacientes	7 pacientes
TDF	6 naïve y 3 resistentes	7 pacientes	5 pacientes
ETV	8 naïve	7 pacientes	5 pacientes
	25 (39,06%)		

TERAPIA COMBINADA

	PACIENTES	ADH óptima
LAM-TDF	21	-
LAM-ADV	3	-
ADV-TDF	2	-
ADV-ETV	1	-
TDF-ETV	12	-
Nº pacientes (%)	39 (60,94%)	22(56,41%)

LAM:lamivudina; ETV:entecavir; TDF:tenofovir; ADV:adefovir

CONCLUSIONES

- El perfil farmacoterapéutico mayoritario en pacientes con HBC en monoterapia es TDF seguido de LAM y ETV. En terapia combinada es LAM-TDF, ajustándose a las guías de práctica clínica de referencia.
- Debido a la aparición de resistencias en unos casos, y en otros para evitar que aparezcan tras largo tiempo de tratamiento, han sido necesarios en la mayoría 2 o más esquemas de tratamiento.
- No en todos los casos la óptima ADH se correlaciona con CVP indetectable pero no obstante, esta variable debería ser controlada más exhaustivamente para prevenir resistencias y evitar co-morbilidades a las que se puede asociar esta enfermedad.

VII Jornada Científica de la SCMFH.

Conflicto de intereses: ninguno

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ONCO-HEMATOLÓGICA ATENDIDA EN UN HOSPITAL GENERAL SEGÚN SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

Muñoz Cejudo B.M., Ibáñez García S., Martín Siguero A., Blázquez Romero C., Rodríguez Martínez M., Encinas Barrios C.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

OBJETIVO

Describir la distribución de los pacientes onco-hematológicos de nuevo diagnóstico según su índice de Masa Corporal (IMC) que han iniciado quimioterapia (QT) intravenosa en el año 2011 en un Hospital General y proponer líneas de trabajo para garantizar una farmacoterapia segura y eficiente.

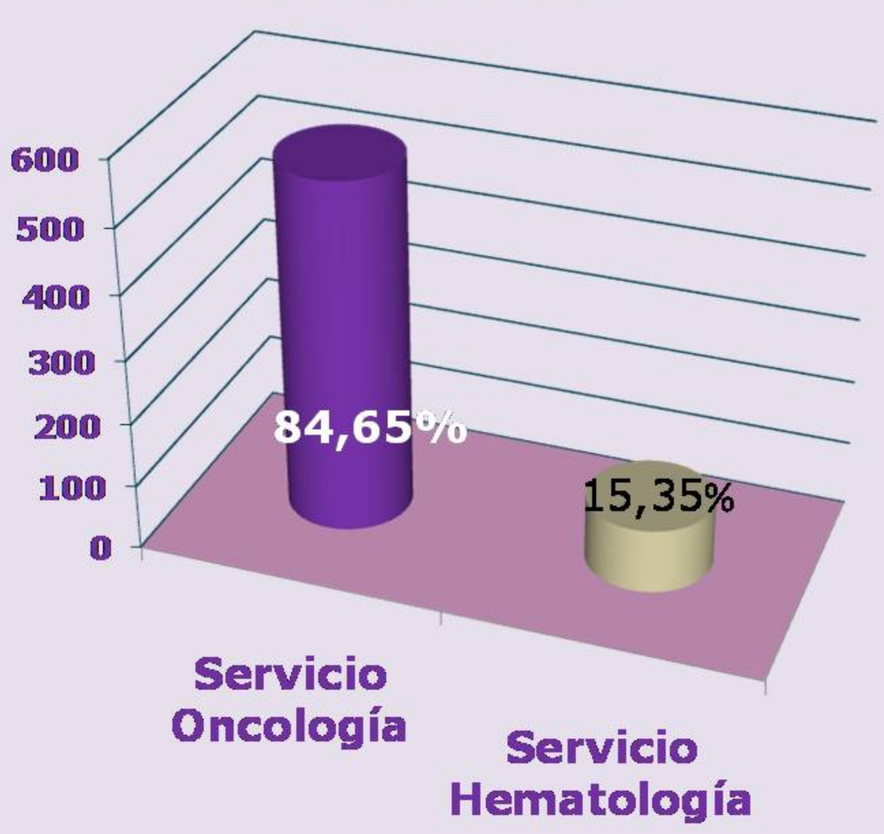
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo del IMC de todos los pacientes que iniciaron QT intravenosa durante el año 2011 a través del programa informático de oncología

Clasificación	Valor IMC
Bajo peso moderado-severo	Menos de 18
Bajo peso leve	18-20
Normopeso	20-25
Sobrepeso	25-30
Obesidad	30-40
Obesidad mórbida	Mayor de 40

RESULTADOS

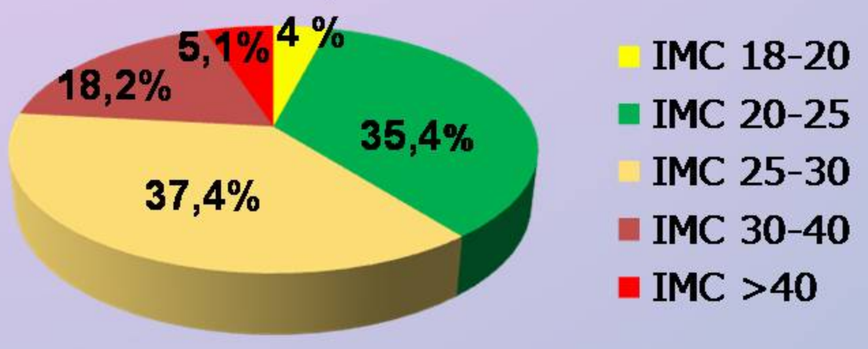
INICIOS QT IV 2011: 645 pacientes



Distribución IMC :

Servicio Oncología - 546 pacientes

Servicio Hematología- 99 pacientes



El 59,07% de los pacientes onco-hematológicos que iniciaron QT intravenosa durante el período de estudio estaban por encima de su peso ideal, 321 pacientes (58,8%) pertenecían al servicio de oncología y 60 pacientes (60,6%) al servicio de hematología.

CONCLUSIONES

- **Un alto porcentaje de población onco-hematológica está por encima de su peso ideal. Este análisis nos lleva a proponer la revisión de la dosificación de QT intravenosa en pacientes obesos (peso ideal vs peso real), y a proponer protocolos de eficiencia en dosificación por peso o superficie corporal.**

Conflicto de intereses: ninguno

VII Jornada Científica de la SCMFH. *Ciudad Real 11-12 Mayo 2011.*

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FACTOR VIII PLASMÁTICO Y RECOMBINANTE EN PACIENTES CON HEMOFILIA A EN UN HOSPITAL GENERAL

Martín Siguero A, Campanario López I, Muñoz Cejudo BM, Blázquez Romero C, Ibañez Garcia S, Encinas Barrios C.

Servicio de Farmacia Hospital General de Ciudad Real

SCMFH

OBJETIVO

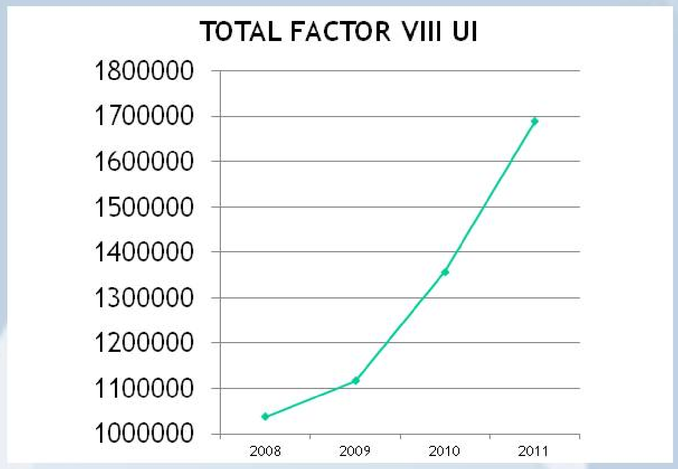
Conocer la evolución del consumo de factor VIII en pacientes con hemofilia A entre los años 2008-2011 en un hospital general de 600 camas así como sus costes y analizar la relación factor VIII plasmático (P)/ factor VIII recombinante (R) comparada con la nacional .

MATERIAL Y MÉTODOS

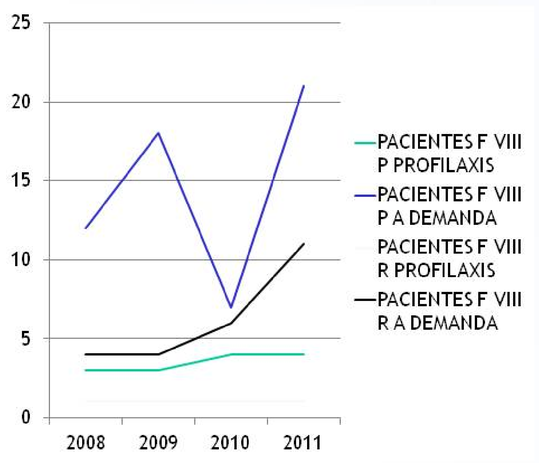
Los datos de consumo y costes de UI de factor VIII (FVIII) se obtienen del programa informático APD-ATHOS y de las hojas de solicitud específicas de factores de coagulación. Se determinan los consumos de FVIII P (Fanhdi® y Beriate P®) y R (Kogenate® y Refacto®) desde enero de 2008 hasta diciembre de 2011. Los datos se codifican según sea tratamiento en profilaxis ó a demanda y el tipo de factor administrado, identificando el número de pacientes en cada caso. Paralelamente, se realiza una revisión bibliográfica de los datos de consumo publicados a nivel nacional.

RESULTADOS

En el año 2008 se consumieron 1.038.500 UI de FVIII. El consumo ha tenido un aumento progresivo respecto a 2008 de un 7,03% en 2009, un 24,78% en 2010 hasta un 44,64% en 2011.



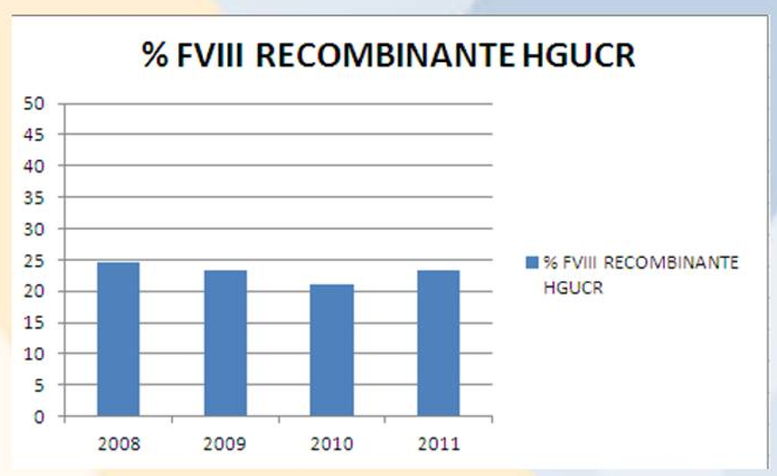
La mayor parte del consumo de FVIII P corresponde a tratamientos en profilaxis (83,25%) y para un reducido número de pacientes externos, que se ha incrementado de 3 pacientes en 2008 a 4 pacientes en 2010 y 2011. El consumo a demanda del FVIII P (16,75% restante) se corresponde con 12 pacientes en 2008 hasta los 21 en 2011.



Respecto al FVIII R, también el grueso del consumo (80,13%) se destina a profilaxis, en este caso con un solo paciente durante los 4 años, mientras que en el tratamiento a demanda (19,87%) ha aumentado el número de pacientes desde los 4 pacientes en 2008 hasta los 11 registrados en el 2011.

El criterio para elegir tratamiento plasmático o recombinante fue mantener los tratamientos ya iniciados y emplear el recombinante en pacientes naïve.

La relación factor VIII P/R ha ido variando ligeramente en los cuatro años, teniendo un promedio actual de 76,95% / 23,05%. Esta misma relación P/R consultada a nivel nacional para el año 2010 es de 37% / 63%.



El coste económico generado por consumo de factor VIII durante los 4 años del estudio ha supuesto un total de 2.138.330 euros, el 72,4% corresponde al factor VIII P y el 27,3% de factor VIII R.

CONCLUSIONES

El consumo de FVIII ha ido incrementándose cada año. Los pacientes que han sido tratados a demanda se han incrementado considerablemente en el año 2011 respecto a años anteriores, mientras que los pacientes en profilaxis se han mantenido en el tiempo. La relación de consumo P/R actualmente no es similar a la media nacional a pesar del aumento de pacientes, debido a que la mayor parte de nuestro consumo se destina a pacientes con profilaxis, en los que se ha mantenido el tratamiento con factor VIII plasmático, lo cual tiene además una repercusión económica favorable.

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE SUGAMMADEX AL PROTOCOLO APROBADO

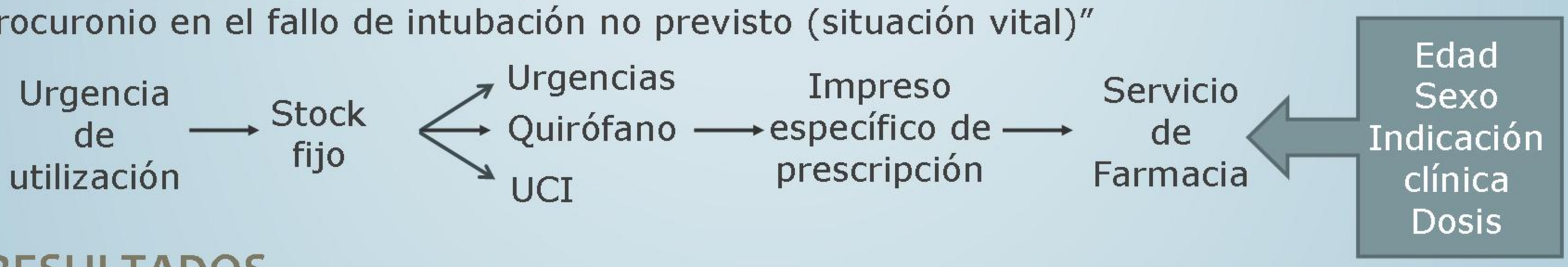
Blázquez Romero C, Ibáñez García S, Muñoz Cejudo BM, Vila Torres E, Lozano Toledo R, Encinas Barrios C.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

OBJETIVO

Cuantificar el grado de adecuación de las prescripciones de Sugammadex (Bridion®) en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas a las indicaciones aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) e identificar posibles desviaciones de uso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal de prescripción-indicación de Sugammadex desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) en Febrero 2010 hasta Abril 2011.
Indicación aprobada por la CFyT: "Reversión rápida del bloqueo neuromuscular por rocuronio en el fallo de intubación no previsto (situación vital)"



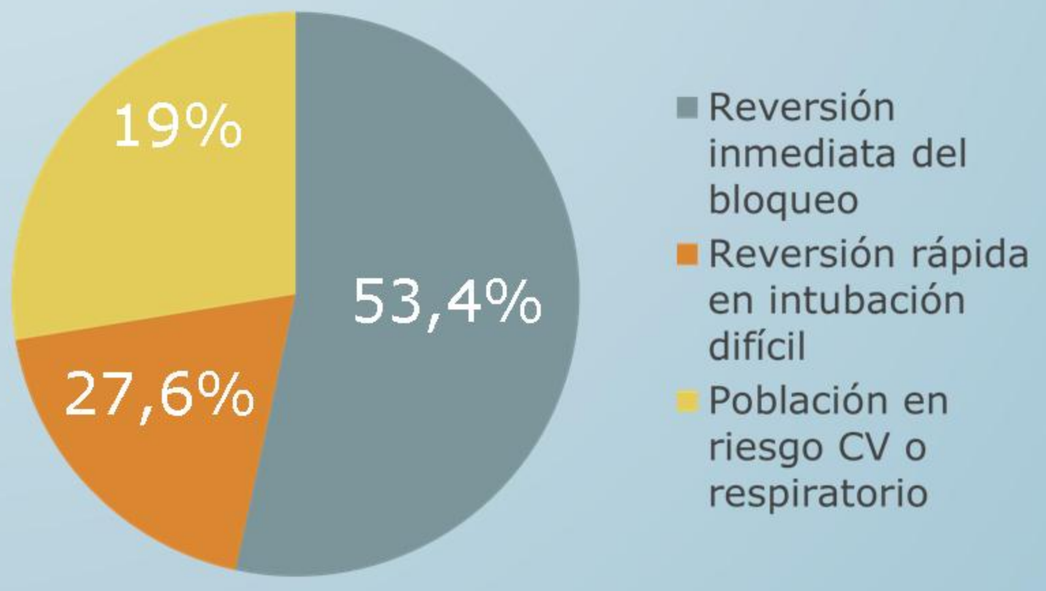
RESULTADOS

N= 58 pacientes (50% hombres)
Edad media: 48,5 años.

Dosis empleadas

2 mg/Kg.	21%
4 mg/Kg.	20%
6 mg/Kg.	1%
12 mg/Kg.	2%
16 mg/Kg.	6%
Desconocida	50%

INDICACIONES



El 81% de las prescripciones no cumplía con los criterios de adecuación.

CONCLUSIONES

Para medicamentos recientemente evaluados por la CFyT es necesario realizar estudios de utilización que detecten a tiempo las desviaciones de uso y poder promover la adecuada utilización del mismo.
En nuestro caso, el elevado porcentaje de prescripciones fuera del protocolo hace necesaria la evaluación de estos resultados por la CFyT con el objetivo de tomar decisiones y poder mejorar la adhesión.

BIBLIOGRAFÍA

-Ficha técnica de Bridion®

VII Jornada Científica de la SCMFH. *Ciudad Real 11 y 12 de Mayo 2012*

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE FARMACOCINÉTICA

Ruiz Martín de la Torre R, Conde García MC, Sánchez Ruiz de Gordoa M, Sánchez Casanueva T, Valenzuela Gámez JC, Fraga Fuentes MD. Servicio de Farmacia. C. H. Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad-Real

SCMFH
VII JORNADA CIENTÍFICA SCMFH, 11-12 MAYO 2012 CIUDAD REAL

OBJETIVO

El objetivo principal de la monitorización farmacocinética de determinados fármacos es conseguir una individualización posológica, optimizando la eficacia y seguridad de determinados tratamientos. La vancomicina es un antibiótico glucopeptídico de amplia utilización en clínica; uno de los principales efectos adversos es la nefrotoxicidad , estrechamente relacionada con los niveles plasmáticos, que junto con la consecución de un nivel óptimo plasmático establece la necesidad de implantación de un programa de monitorización.

MATERIAL Y MÉTODOS

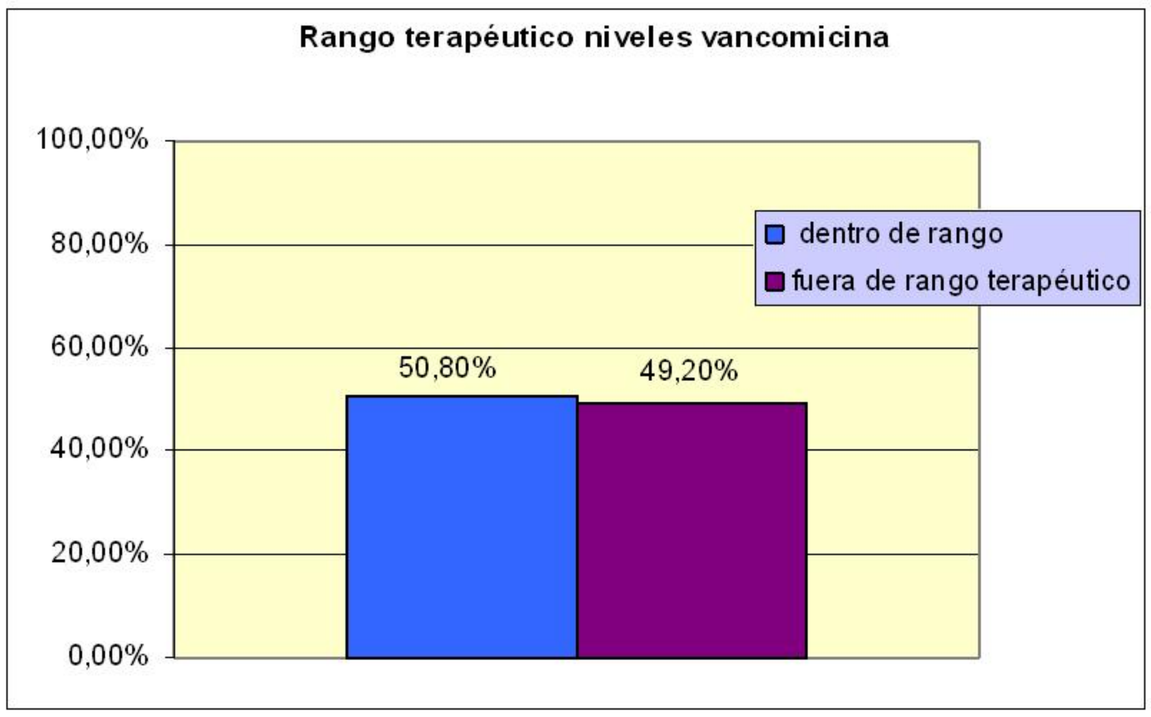
Se realizó un protocolo de actuación consistente en:

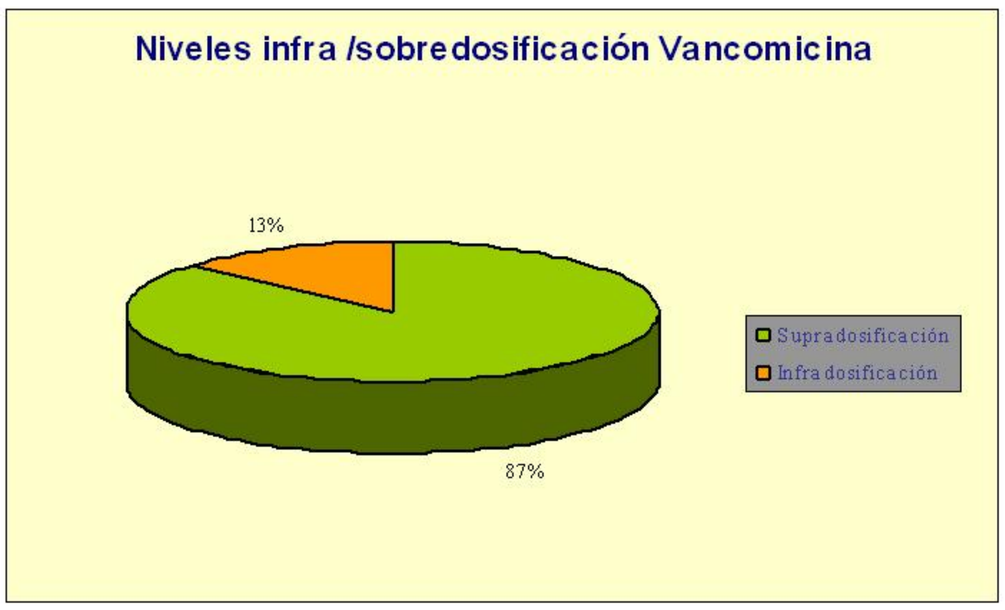
1. **Localización diaria de los pacientes en tratamiento con vancomicina (módulo gestión de pacientes unidosis Farmatools®)**
2. **Registro de datos clínicos como peso, edad y último valor de creatinina (programa informático del Servicio de laboratorio)**
3. **Solicitud de niveles plasmáticos valle de vancomicina.**
4. **Elaboración de informe de recomendación farmacocinética(base de datos Access®). Al inicio del tratamiento, se solicitan niveles de vancomicina a las 72 h y posteriormente:**
   a) **Si los niveles se encuentran dentro del rango terapéutico, se solicitará un nuevo control a la semana de tratamiento.**

a) **En caso de infra o supradosificación se realizarán los ajustes posológicos necesarios y se solicitarán nuevos niveles plasmáticos transcurridas 72** h.

RESULTADOS

✓ Durante el periodo de estudio(03/2011 – 02/2012) se incluyeron 120 pacientes y se llevaron a cabo 197 determinaciones:





CONCLUSIONES

La implantación de un programa de monitorización farmacocinética de vancomicina permite una individualización posológica, un incremento de la eficacia del tratamiento antibiótico y una reducción de la toxicidad. Permite la participación del farmacéutico en la prescripción y toma de decisiones clínicas para lograr una relación beneficio/riesgo óptima de los tratamientos.

sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

La Mancha Centro La Mancha Centro La

LA ATENCIÓN PALIATIVA EN EL MEDIO DE LAS RESIDENCIAS: SITUACIONES CLÍNICAS QUE PRECISAN TRATAMIENTO INTRAVENOSO.

Hospital General CIUDAD REAL Servicio de Farmacia

Moreno Perulero, M.L (1), Navarro Olivera, FJ (2), Sánchez Madrid, L.(2), Encinas Barrios, C (1).
(1) Servicio de Farmacia. HGUCR (2) Servicio de Geriatría. Residencia Asistida de Mayores de C. Real.

SCMFH

OBJETIVO

- **Conocer las enfermedades más frecuentes que provocan situaciones de terminalidad en pacientes geriátricos ingresados en centros socio sanitarios (CSS) y las situaciones con criterios clínicos de gravedad que hacen necesario un tratamiento intravenoso.**
- **Estimar el coste económico que supone realizar el tratamiento en el CSS evitando ingreso hospitalario.**

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo en un CSS con capacidad para 300 residentes, de titularidad y gestión pública, durante el año 2011. Se recogen los datos correspondientes a pacientes terminales que presentan situación clínica de gravedad subsidiaria de tratamiento iv.

Historia Clínica
- Datos demográficos: Edad, sexo.
- Datos clínicos: Índice de Barthel, causa y duración de tratamiento.
- Tiempo de estancia en el centro

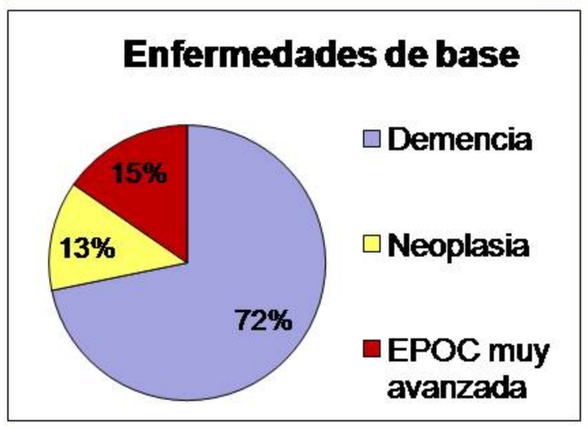
⟺

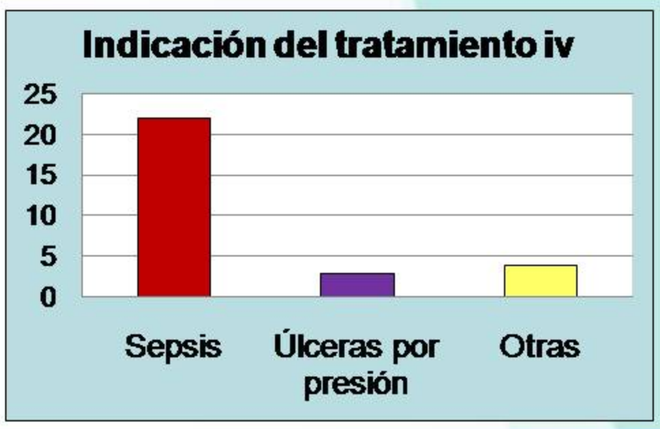
- **Criterios de inclusión:**
  1. Tratamiento con fármacos vía intravenosa
  2. Pacientes con criterios de terminalidad

RESULTADOS

Los costes por residente más elevados fueron los asociados a los episodios de IR (78,02€ por residente DE: 33,0€) y de ITU (65,31€ DE: 19,5€). En todos los casos la causa del tratamiento quedó resuelta.

Población	Sexo	Edad media	Tiempo estancia media	Índice de Barthel
N = 32	56,3% mujeres	86,6 años (DE: 7,6)	4.41 años (DE: 3.00)	IB <20 (dependencia total); 93,7%





- La derivación al hospital hubiera supuesto un mínimo de **204 estancias**.
- **Coste de una estancia Servicio de Geriatría:** 328€.
- **Tiempo de ingreso hospitalario:** Duración media del tratamiento (6 días (DE: 3.94)

Ahorro estimado: 53.293 €.

CONCLUSIONES

Las demencias avanzadas suponen la causa clínica más frecuente de paciente geriátrico terminal en un centro socio sanitario. El proceso clínico responsable de situación de gravedad dentro del abordaje paliativo en este tipo de pacientes son las infecciones.
La gestión farmacéutica por un SF hospitalario facilita los fármacos iv, permitiendo una atención adecuada en el centro y evitando su traslado hospitalario.

Hospital General CIUDAD REAL

VII Jornada Científica de la Sociedad Castellano-Manchega de Farmacia Hospitalaria

Ciudad Real, 11-12 de Mayo 2012.

sescam

PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: DISPONIBILIDAD Y AHORRO DE COSTES.

Hospital General CIUDAD REAL Servicio de Farmacia

Moreno Perulero, M.L (1), Sánchez Madrid, L.(2), Navarro Olivera, FJ (2), Encinas Barrios, C (1).
(1) Servicio de Farmacia. HGUCR
(2) Servicio de Geriatría. Residencia Asistida de Mayores de C. Real.

SCMFH

OBJETIVO

- **Descripción de las principales situaciones clínicas en las que es necesaria la administración de fármacos vía intravenosa en residentes de una residencia socio sanitaria (RSS).**
- **Análisis de la reducción del coste al evitar el ingreso hospitalario.**

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se describen las características de los residentes que han requerido tratamiento intravenoso durante 2011 en una RSS de 300 residentes.

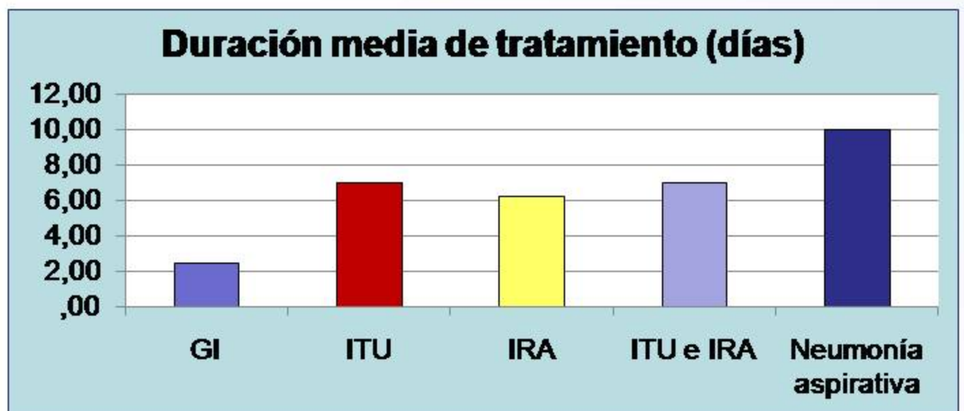
Historia Clínica

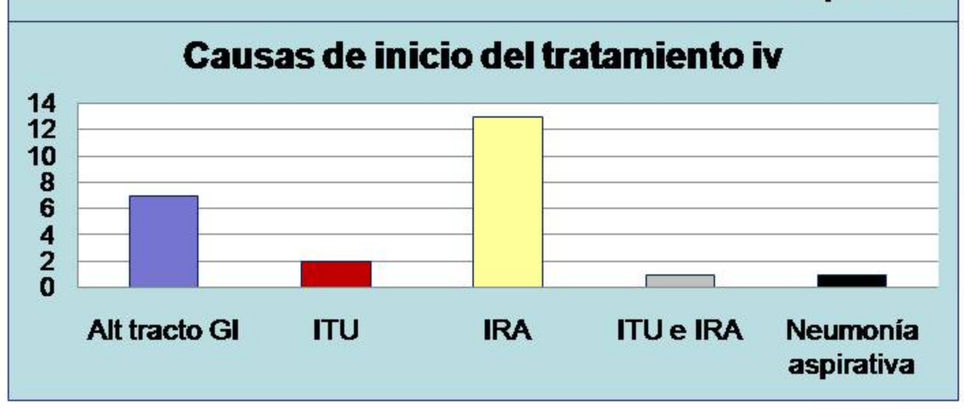
- Datos demográficos: Edad y sexo
- Datos clínicos: Índice de Barthel, causa y duración del tratamiento
- Tiempo de estancia en el centro
- Criterios de inclusión: Tratamiento con fármacos iv => Coste: Aplicación Athos-APD®
- Criterios de exclusión: Residentes con criterios de terminalidad.

SPSS v.19

RESULTADOS

Población	Sexo	Edad media	Tiempo de estancia media	Índice de Barthel
N = 24	75% mujeres	84,5 años (DE: 7,6)	4 años y 7 meses (DE: 3 años y medio)	IB <20 (dependencia total); 62,5% de los 24 casos





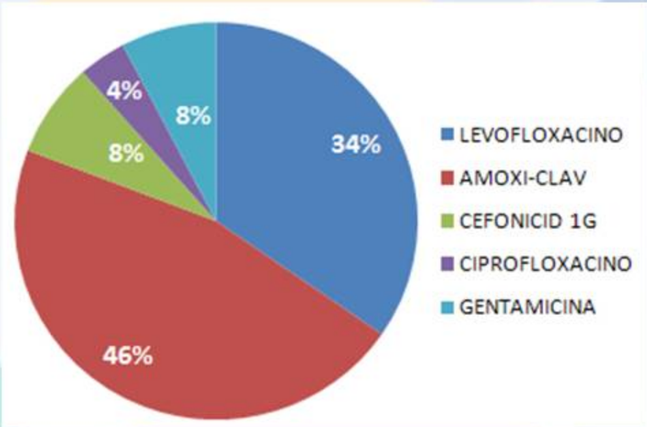
Los costes/residente más elevados fueron los asociados a episodios de IR (78,02€/residente DE: 33,0€) e ITU (65,31€ DE: 19,5€). En todos los casos la causa del tratamiento quedó resuelta.

-**Coste de una estancia Servicio de Geriatría:** 328€.

- **Tiempo de ingreso hospitalario:** Duración media del tratamiento

Ahorro estimado: 1763,0 € (DE: 880,2) por paciente y episodio.

Fármacos empleados



CONCLUSIONES

La disponibilidad de medicamentos de uso y diagnóstico hospitalario, dispensados por un Servicio de Farmacia Hospitalario, en las RSS, reduce el tiempo de espera del paciente para recibir el tratamiento y evita el traslado de pacientes a los centros hospitalarios reduciendo el coste sanitario, evitando enfermedades nosocomiales y aumentando la confortabilidad de los pacientes.

Hospital General CIUDAD REAL

VII Jornada Científica de la Sociedad Castellano-Manchega de Farmacia Hospitalaria

Ciudad Real, 11-12 de Mayo de 2012

sescam

SINDROME DE HIPERESTIMILACIÓN OVÁRICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Blázquez Romero C, Muñoz Cejudo BM, Ibáñez García S, Martín Siguero A, Moreno Perulero ML, Encinas Barrios C.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

OBJETIVO

Descripción de 2 casos de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) con la evolución de sus parámetros analíticos y revisión del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de dos pacientes diagnosticadas de SHO a partir de sus historias clínicas. Se registran las variables: edad, datos ecográficos, analíticos (hematocrito–hto- y leucocitos) y tratamiento.

RESULTADOS

	Edad (años)	Datos ecográficos	Leucocitos (cel/mm3)	Hematocrito (%)	Observaciones
Paciente A	26	Ovarios de 8 cm	14.900	27,6	Tratamiento previo con β-hCG. Embarazada
Paciente B	27	Ovarios de 8 cm	22.700	52,5	Tratamiento previo con β-hCG.

TRATAMIENTO

Profilaxis tromboembólica → Bemiparina

Ascitis e hipovolemia → Albúmina 10-20 g/12h + Hidroxietilalmidón

Cabergolina → Dosis=0,25 mg/12h (6 días)

Solo en paciente B (contraindicado en embarazo)

El tratamiento se mantuvo hasta normalización de los datos de laboratorio (hto y leucocitos) y los hallazgos ecográficos (ascitis y tamaño ovárico), siendo la duración del ingreso de 17 y 30 días.

CONCLUSIONES

Ambas pacientes resolvieron su condición clínica por lo que el esquema terapéutico puede considerarse efectivo y aunque su evolución fue lenta, se lograron corregir a tiempo los efectos de la hiperestimulación.

Queremos destacar el posible papel de la cabergolina en la mejora de la evolución del SHO.

ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Mejía Recuero, M; Marcos Pérez, G; Mulet Alberola, A, Escudero Brocal, A; Martínez Valdivieso L, Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

OBJETIVO:

Estudiar el uso de linezolid en pacientes ingresados a cargo de un Servicio de Medicina Interna.

MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional, llevado a cabo en un hospital de nivel II.
Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna que recibieron tratamiento con linezolid durante el año 2011. El registro de pacientes se realizó durante el periodo de estudio a través de una base de datos diseñada a tal fin.

Se excluyeron los pacientes cuyas historias clínicas estaban incompletas e impedían el estudio de alguna de las variables.

Variables recogidas

Sexo y edad
Indicación, duración, vía y dosificación de linezolid
Cultivo positivo para Staphylococcus aureus meticilin resistente (SAMR)
Tratamiento (TTO) previo con Vancomicina (V)
Insuficiencia Renal (IR)
Disminución niveles Hemoglobina (HB) durante el tratamiento

RESULTADO:

Se administró linezolid a 18 pacientes

Exclusión:
5 pacientes por historias incompletas

13 pacientes

10 Hombres + 3 mujeres
Edad media: 74 ± 14 años

Diagnóstico:
7 -Infección de piel y partes blandas
4- Neumonía
2- Sépsis

Se realizó cultivo a 12 pacientes:
9 positivos a SAMR
+ 3 negativos

Todos recibieron TTO a las dosis recomendadas: 11 por vía iv

-Reacciones adversas:
11 pacientes presentaban anemia al inicio
En 6 la HB disminutó aún más durante el TTO

4 recibieron tratamiento previo con V modificándose a linezolid por:
-Aparición de IR en 2 pacientes
-Intolerancia a V en 1 paciente
-Resistencia clínica en 1 paciente

-9 NO recibieron tratamiento previo con V por:
-7 con IR de base
- 2 NO presentaron contraindicación

Duración del TTO: 11 ± 7 días

MÉTODO

-El uso de linezolid se ajustó a la indicación clínica y pauta posológica en ficha técnica.
-Aunque se realizaron cultivos en la mayoría de los pacientes, su uso fue empírico en un número considerable de los mismos. La mayoría de los pacientes presentaron patologías de base incompatibles con el uso de vancomicina como primera línea, pero ésta debería emplearse en los pacientes candidatos.
-Es necesario un especial seguimiento y monitorización de los valores hematológicos debido a la alta incidencia de alteraciones durante el tratamiento.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz

Conflicto de intereses: ninguno.

ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA POR EL PERSONAL SANITARIO

*Martí Gil C, Mejía Recuero M, Llopis Salvia P, Gascón Moreno M, *Hervás Laguna MJ, Barreda Hernández D*

Servicio de Farmacia. *Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos

Conocer la cultura sobre Seguridad del Paciente (SP) percibida por el personal sanitario.

Material y métodos

Estudio descriptivo y transversal realizado en un hospital de nivel II (Febrero-Marzo 2009)

Población de estudio: sanitarios del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI)

Diseño del cuestionario: auto-administrado, voluntario y anónimo, manteniéndose confidencialidad.

a) 51 ítems (escala *likert* 5 grados) [42 de ellos agrupados en 12 dimensiones]
b) Calificación global de SP (0-10)
c) Número de eventos adversos (EA) notificados por escrito en el último año y 7 variables socio-profesionales.

Se empleó la versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality

La encuesta se entregó personalmente junto con una carátula explicando la finalidad.

Procesamiento estadístico (SPSS® v.15.0): análisis descriptivo y bivariante entre variables socio-profesionales y EA/clima de SP mediante prueba de chi-cuadrado y análisis de la varianza (ANOVA). Para facilitar el análisis de frecuencias de las respuestas, se recodificaron en 3 categorías: negativa (R-)/neutral/positiva(R+) y el ítem de EA se dicotomizó: ninguno/ alguno).

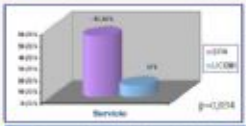
Resultados

25 encuestas evaluadas (36 distribuidas) → 69,4% grado de participación

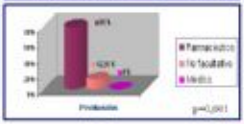
Variables socio-profesionales y EA notificados

Servicio	SFH	60%	Horas/ semana	< 20h	0%
	UCEMI	40%		21-39h	76%
Categoría profesional	No facultativo	33,3%		> 40h	24%
	Farmacéutico	41,7%			
	Médico	25%			
Tiempo trabajado (años): a) profesión	0-5	27,3%	Vacuna gripe	Si	12,5%
	6-10	9,1%		No	87,5%
	>10	63,6%			
b) hospital	0-5	50%			
	6-10	8,3%	EA	Alguno	36%
	>10	41,7%		Ninguno	64%
c) servicio	0-5	39,1%			
	6-10	34,8%			
	>10	26,1%			

Análisis bivariante entre EA notificados y variables socio-profesionales:



Seguridad del paciente:
7,32 (1,63)
[IC95% 6,65-7,99]



Análisis bivariante entre clima de SP y variables socio-profesionales

Se hallaron diferencias no estadísticamente significativas, aunque notables, entre clima de SP percibido y Servicio (SFH 7,8 (1,37) *versus* UCEMI 6,60 (1,78), p>0,05) y profesión (no facultativo 8,25 (2,13), farmacéutico 7 (0,82), médico 6,33 (1,37), p>0,05)

Dimensiones mejor valoradas (%R+)

- Expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad (75%)
- Trabajo en equipo en la unidad (71,7%)
- Frecuencia de EA (66,7%)
- Aprendizaje organizacional/mejora continua (61,3%)
- Respuesta no punitiva a los errores (61%)

Dimensiones peor valoradas (% R-)

- Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente (46,7%)
- Dotación de recursos humanos (45,3%)
- Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales (37,4%)

Conclusiones

La adquisición de una buena cultura de SP es clave para evitar la aparición de EA La finalidad de la encuesta es detectar aquellos elementos susceptibles de mejora, así como fomentar la notificación y aprendizaje de los errores. Sería interesante poder aplicar este cuestionario a una muestra mayor para poder obtener resultados con más potencia estadística

VII Jornadas Científicas SCMFH . Ciudad Real, Mayo 2012

Conflicto de intereses: Ninguno

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE APREPITANT Y PALONOSETRON A UN PROTOCOLO DE ANTIEMÉTICOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Barreira Henández D(1), Martínez Valdivieso L(1), Muñoz Sánchez MM(2), Flor García A(1), Llopis Salvia P(1), Barreda Hernández D(1). (1) Servicio de Farmacia,(2) Sección de Oncología. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos

Evaluar la utilización de Aprepitant (A) y Palonosetron (P) según el protocolo establecido en un hospital general para prevención de náuseas y vómitos en pacientes tratados con quimioterapia (QT).

Material y métodos

- **Estudio descriptivo retrospectivo (Junio 2009-Enero 2012).**
- **Protocolo antiemesis:**

Clasificación del esquema QT
Esquema altamente emetógeno (EAE)
Esquema moderamente emetógeno (EME)
Esquema de baja emetogenicidad (EBE)

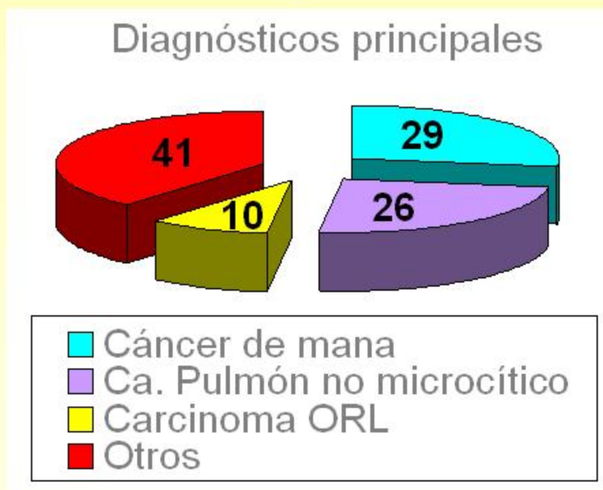
	Tipo de esquema
A+P+ Cortico-esteriode	EAE y EME tipo AC

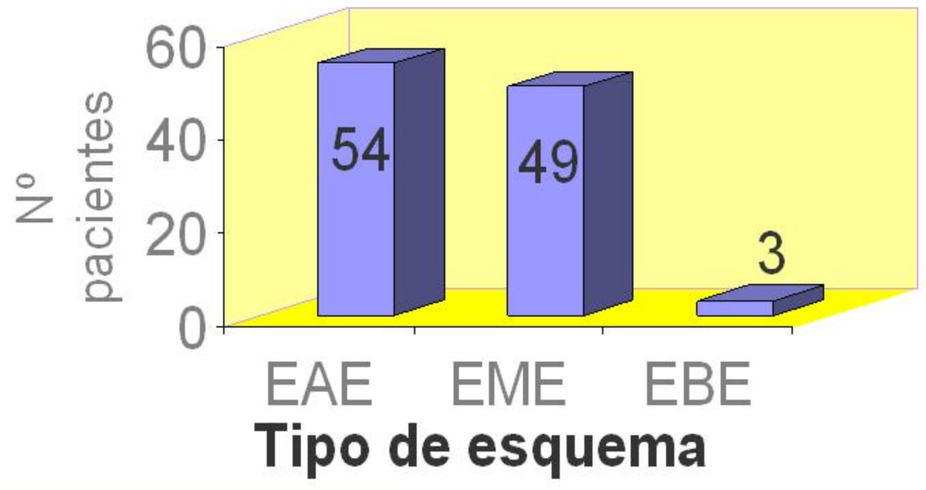
Selección de pacientes: FARHOS v 5.0	
Variables	Sexo
	Edad
	Diagnóstico
	Esquema QT/RT actual y previos
	Dosis

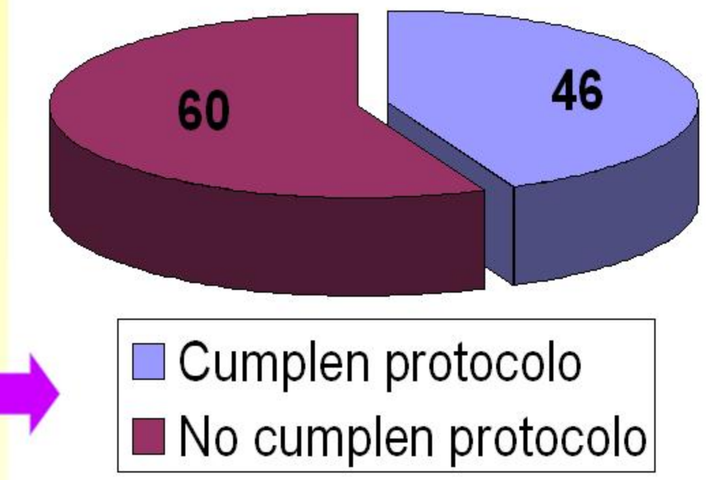
Resultados

Total pacientes con QT: 1868 → 106 pacientes con A y/o P

Sexo varón	56,60%
Mediana Edad	60 años







	Pacientes en los que no se cumple el protocolo	
	Nº pacientes	Tipo de esquema
Sólo A o P	30	EAE o EME tipo AC
A y/o P	27	EME no AC
	3	EBE

13 inician antiemesis tras nauseas vómitos a QT previa
7 varones <50años con seminoma
3 mujeres con EAE previos.

< 50 años, EAE previos, 2 mujeres.

Conclusiones

- **La adecuación de A y P al protocolo, según riesgo emetógeno del esquema QT, no se alcanza en más del 50% de los pacientes.**
- **Sin embargo, numerosos pacientes en tratamiento con EME no AC y EBE pueden precisar de A y/o P por factores de riesgo inherentes al paciente.**
- **El alto porcentaje de pacientes con sólo A o P, asociado a EAE y EME tipo AC durante toda la QT, muestra que no siempre se requiere la asociación de ambos para el control de síntomas emetógenos.**
- **Limitación: no haber evaluado eficacia y seguridad de estos fármacos. Convendría actualizar el protocolo de acuerdo a estos resultados, tras evaluación de la eficacia de dichos antieméticos y respecto a la evidencia científica disponible.**

VII Jornadas Científicas SCMFH . Ciudad Real, 11 y 12 Mayo 2012.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz

USO DE ADRENALINA INTRACAMERULAR EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE IRIS FLÁCCIDO POR TAMSULOSINA

Marcos Pérez G, Acebes Verdugo JF*, Verdugo Gayoso Martínez A*, Mulet Alberola A, Mejía Recuero M, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. *Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

El síndrome de iris fláccido (SIF) se ha observado en pacientes en tratamiento con bloqueantes alfa-1-adrenérgicos como la tamsulosina. El mecanismo de acción es el bloqueo de los receptores alfa-1 del músculo dilatador iridiano, dificultando la midriasis intraoperatoria y la propia cirugía, aumentando el riesgo de complicaciones.
Se recomienda la retirada del fármaco en las dos semanas previas a la cirugía, aunque se han objetivado pacientes con este síndrome incluso tras un año sin tomar tamsulosina, por lo que no está claro con cuánto tiempo es necesaria la supresión del medicamento.

Objetivos

Describir la utilización de adrenalina intracamerular en la prevención del SIF por tamsulosina en la cirugía de catarata para minimizar los efectos iridianos de este fármaco.

Material y métodos

Cinco pacientes varones en tratamiento con tamsulosina oral y diagnosticados de cataratas en ambos ojos fueron intervenidos quirúrgicamente utilizando adrenalina intracamerular en un ojo, realizando facoemulsificación con una semana de diferencia entre ambas cirugías.
Todas las operaciones se realizaron con anestesia tópica, dilatación preoperatoria con colirio ciclopléjico al 1% y fenilefrina 10% tópica e incisión corneal temporal de 2,7 mm.
En los ojos derechos se instilaron 0,3 ml de una solución estéril de adrenalina (1/20000) con lidocaína 1%. A los 30 segundos se inyectó viscoelástico dispersivo de alta densidad (2-3%) y se continuó la facoemulsificación de forma reglada.

Resultados

Los cinco pacientes presentaron minimización de los signos del síndrome en los ojos operados con la solución de adrenalina intracamerular.

Dilatación pupilar de los ojos (en mm.):

	OJO DERECHO			OJO IZQUIERDO	
PACIENTE	Dilatación prequirúrgica	Dilatación post adrenalina	Dilatación post operatoria	Dilatación prequirúrgica	Dilatación post operatoria
1	4,8	5,6	5,0	4,6	3,9
2	4,6	5,5	5,1	4,7	4,2
3	5,1	6,0	5,3	5,0	4,0
4	4,9	5,8	5,0	5,1	4,3
5	5,4	6,1	5,2	5,2	4,7

Conclusiones

- La retirada de tamsulosina semanas previas a la intervención no previno el síndrome.
- El uso de adrenalina intracamerular asociado a viscoelástico dispersivo consiguió estabilizar el iris, reduciendo el prolapso a través de las incisiones y manteniendo mejor midriasis durante la cirugía.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz

SCMFH

VII Jornadas Científicas SCMFH Ciudad Real, Mayo 2012

Conflicto de intereses: ninguno.

FÓRMULA MAGISTRAL PEDIÁTRICA DE CLOPIDOGREL EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA

Mejía Recuero M, Llopis Salvia P, Barreira Hernández D, Marcos Pérez G, Mulet Alberola A, Barreda Hernández D. Hospital Virgen de la Luz. CUENCA

OBJETIVO

Describir la selección e implantación de una nueva Fórmula Magistral (FM) pediátrica de clopidogrel en el Área de Farmacotécnia .

MÉTODO

Estudio descriptivo a propósito de una prescripción de FM de clopidogrel en un paciente pediátrico.

Prescripción y Dispensación → **Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio** → **Medicamentos en situaciones especiales**

Búsqueda bibliográfica de FM ← PubMed® Micromedex® USPharmacyst ®

Para la selección de la FM se evaluaron los distintos criterios, puntuándolos: 1: Mejorable, 2: Indiferente y 3: Preferente

RESULTADOS

Paciente: 10 años, mujer
Diagnóstico:
Cardiopatía congénita
Tratamiento:
Clopidogrel 6mg/ 24 h

Revisión bibliográfica →

-Cápsulas
-Suspensión oral
-Comprimidos:
Laboratorio no acreditado

PUNTUACIÓN	Cápsulas	Suspensión oral
COMPONENTES: disponibilidad de principios activos y de excipientes	2	3
TÉCNICA: complejidad en la elaboración	1	3
CLÍNICA: situación clínica del paciente y facilidad de administración	1	3
PREFERENCIA DEL PACIENTE	3	1
ESTABILIDAD	3	3
CONSERVACIÓN	3	3
BIBLIOGRAFÍA	1	3
TOTAL	**14**	**19**

CONCLUSIONES

La formulación magistral sigue siendo el camino más asequible para la individualización de la terapia cumpliendo con garantías de calidad del producto final. El Farmacéutico especialista tiene como función seleccionar la FM más adecuada al paciente, teniendo en cuenta las características técnicas de la Fórmula y las preferencias del paciente.

VII Jornadas Científicas SCMFH Ciudad Real, Mayo 2012

Conflicto de intereses: ninguno.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz

ELTROMBOPAG EN UNA PACIENTE NO ESPLENECTOMIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sevilla Santos G[(1)], Blanco Crespo M[(1)], Blasco Guerrero M[(1)], Sánchez de Castro M[(1)], Diaz Morfa M[(2)], Horta Hernández A[(1)].
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara[(1)], Servicio de Hematología[(2)].

OBJETIVOS

La **Trombocitopenia autoinmune idiopática (TAI)** es un trastorno caracterizado por autoanticuerpos que inducen la destrucción de plaquetas y la reducción en la producción de las mismas.
Niveles de plaquetas **≤50.000/µl** entraña un riesgo para el paciente por aumentar las posibilidades de sangrado.

Eltrombopag es un nuevo **agonista de trombopoyetina** indicado en pacientes adultos esplenectomizados refractarios a otros tratamientos como corticoides o inmunoglobulinas. Puede ser considerado una alternativa de segunda línea cuando la cirugía esté contraindicada.
Para garantizar una adecuada absorción, Eltrombopag no debe administrarse con productos grasos ni lácteos.

El objetivo de este caso es describir el **uso, efectividad y seguridad** de Eltrombopag.

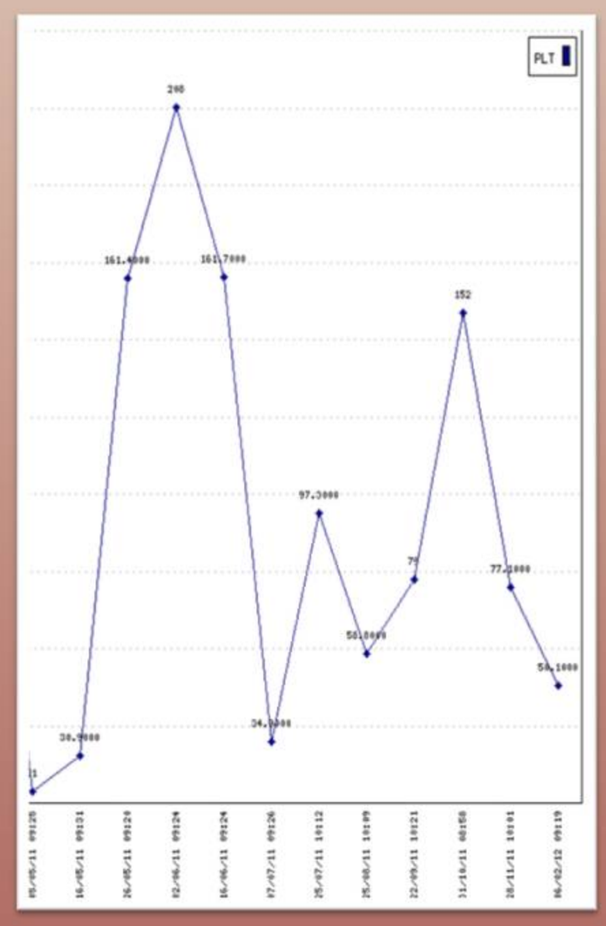
MÉTODOS

Mujer de 55 años de edad **no esplenectomizada** diagnosticada de TAI hace seis años y que presenta una **pobre respuesta a tratamientos previos** con corticoides, inmunoglobulinas y rituximab.
La paciente **rechazó** la opción de realizar una **esplenectomía**, por lo que se tramitó la autorización, por parte de la dirección médica del hospital, de Eltrombopag como tratamiento fuera de ficha técnica.

La variable de **efectividad** es lograr un recuento ≥50.000/µl y ≤400.000/µl en al menos un 75% de las evaluaciones realizadas en los primeros seis meses de tratamiento.

RESULTADOS

Al **inicio** del tratamiento, la paciente presentaba un recuento de **21.000** plaquetas/µl y se comenzó con una dosis de **50 mg/día.**
Tras cuatro semanas de tratamiento, alcanzó un recuento máximo de **208.000** plaquetas/µl, reduciéndose la dosis a **25 mg/día**.
Durante los seis primeros meses, los niveles de plaquetas se **mantuvieron** entre 50.000-400.000/µl en 8 de las 10 mediciones realizadas (80%).
En las **dos** ocasiones restantes, el recuento fue **<50.000 plaquetas/µl**. Estos niveles podrían deberse a que la primera evaluación se llevó a cabo a los 4 días del inicio del tratamiento y eltrombopag necesita al menos **una semana para actuar**; y a que en el momento de la quinta medición, existió una falta de seguimiento por parte de la paciente de las **recomendaciones** sobre la **correcta** forma de **administración del fármaco** (dieta baja en grasas y ausencia de productos lácteos) que pueden dificultar su absorción.



CONCLUSIONES

El uso de eltrombopag previo a la esplenectomía es un tratamiento **eficaz y seguro** en esta paciente, porque consigue mantener niveles de plaquetas ≥50.000/µl en el 80% de las mediciones.
Los recuentos plaquetarios realizados durante la primera semana de tratamiento no son válidos para evaluar la efectividad, porque eltrombopag necesita al menos **siete días para actuar.**
Aportar **información oral y escrita** sobre la correcta administración de eltrombopag en el momento de la dispensación hospitalaria, podría facilitar el cumplimiento y contribuir a una mejor absorción del fármaco.

CONFLICTO DE INTERESES: **Ninguno.**

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO DE LA TRIPLE TERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA

Cuerda Coronel, S[1]; Lázaro López, A[1]; Torralba González-de Suso, M[2]; Gasanz Garicochea, M[1]; Sevilla Santos, G[1]; Horta Hernández, A[1].
[1] Servicio de Farmacia. [2] Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción:

Los nuevos inhibidores de la proteasa (IP) para el tratamiento de la hepatitis C crónica (HCC), telaprevir (TPV) y boceprevir (BOC), incrementan un 25-30% la tasa de RVS sobre la terapia estándar en pacientes *naïve* o pretratados con genotipo 1 y hepatopatía compensada.

Objetivo: evaluar la seguridad y efectividad a corto plazo de TPV y BOC en combinación con peginterferón (PegIFN) y ribavirina (RBV) para el tratamiento de la HCC.

Métodos

- Estudio observacional y prospectivo en pacientes tratados, al menos, 4 semanas con triple terapia: TPV se emplea junto con PegIFN + RBV desde la semana 0, BOC se añade a estos fármacos en la semana 4 *(periodo "lead-in").*
- Periodo de estudio: 29 octubre 2011– 9 marzo 2012.
- Variables: edad, sexo, subtipo del genotipo 1 para el VHC, grado de fibrosis (F), antecedentes de tratamiento, duración media del tratamiento con IP, medicación concomitante y efectos adversos (EA) [escala OMS].
- Parámetros analíticos: hemoglobina (Hb), neutrófilos, linfocitos, plaquetas y RNA-VHC (al inicio del tratamiento y a las 4 semanas).

Resultados

Se incluyeron 7 pacientes 5 (BOC) y 2 (TPV)

Mediana edad: 54 años (36-65)

Duración media del tratamiento con IP: 9,6 semanas (5-19)
BOC: 11,8 semanas
TPV: 5 semanas

Todos los pacientes presentaban alto grado de fibrosis (F4)

Mediana Hb basal: 13,5 g/dL (12-14,4) [mujeres]
16,3 g/dL (14,4-17) [hombres]

Los 5 pacientes con BOC = genotipo 1b:
naïve: 1
respondedores parciales: 2
null responders: 2

Los 2 pacientes con TPV = genotipo 1a:
naïve: 1
null responder: 1

<u>Efectividad BOC a las 4 semanas</u>: se determinó en 4 de 5 pacientes ➡ RNA-VHC <40 UI/mL

<u>Efectividad TPV a las 4 semanas</u>: RNA-VHC <40 UI/mL en los 2 pacientes

EA significativos durante el tratamiento	BOC (N=5)		TPV (N=2)
Disminución de Hb respecto al valor basal (g/dL) [mediana, rango]	1,9 (1,1-3,4)		4,2 (1,5-9,9)
Anemia (N)	Grado 1	Grado 2	Grado 2
	1	2	1
Disminución plaquetaria (células/µL) [mediana, rango]	28.200 (3.500-37.200)		93.300 (70.500-116.100)
Trombocitopenia (N)	Grado 1	Grado 2	Grado 1
	1	2	1
Disminución de neutrófilos (células/µL) [media]	365		No medido
Neutropenia (N)	Grado 2	Grado 3	
	2	2	
Disminución de linfocitos (células/µL) [media]	No medido		1.305
Linfopenia (N)			-
Astenia (N)	Moderada-severa: 1		Severa: 1
Depresión moderada (N)	1		-
Exantema (N)	Leve: 1		Grave: 1
Disgeusia moderada-severa (N)	5		2

Conclusiones

El análisis a corto plazo de BOC y TPV se corresponde con el perfil de seguridad descrito en los EC.

Es recomendable realizar un estrecho seguimiento del paciente por la importancia clínica de los EA.

La triple terapia ha demostrado ser efectiva, consiguiéndose CVP indetectables en todos los pacientes.

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ERTAPENEM EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO

Luque López, E; Gasanz Garicochea, M; Pérez Maroto, MT; Lázaro López, A; Díaz Gómez, E; Horta Hernández, A. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS

➢ Durante el año 2011 se incrementó el uso de ertapenem en el Servicio de Cirugía General y Digestivo (SCGD), por ello, la Comisión de Infecciones (CI) restringió su utilización en el hospital en noviembre de 2011. El uso de ertapenem quedó limitado al tratamiento de infecciones intraabdominales, neumonía adquirida en la comunidad, infecciones ginecológicas agudas e infecciones de pie diabético. Se desestimó su uso en profilaxis quirúrgica en cirugía general, debiéndose utilizar en estos casos amoxicilina/clavulánico, cefazolina, metronidazol+gentamicina o vancomicina en función del tipo de intervención quirúrgica.

➢ El objetivo del estudio es analizar el consumo y utilización de ertapenem en el Servicio de Cirugía antes y después de la restricción de su uso, y evaluar el impacto en el consumo de otros antibióticos.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo en pacientes ingresados en el SCGD en tratamiento antibiótico para cirugía abdominal.

Se establecieron 2 periodos de estudio: antes y después de la restricción de uso de ertapenem: periodo 1 (P1): septiembre-noviembre 2011; periodo 2 (P2): diciembre-febrero 2012.

Se recogieron datos del consumo de antibióticos del grupo J01 vía IV de la aplicación informática Farmatools® y las indicaciones de utilización de ertapenem se obtuvieron de las historias electrónicas de la base de datos asistencial Sinapsis®.

Variables: duración de tratamiento, indicación y número DDD/100 estancias, definiéndose la DDD como la "dosis promedio de mantenimiento en adultos para la indicación principal".

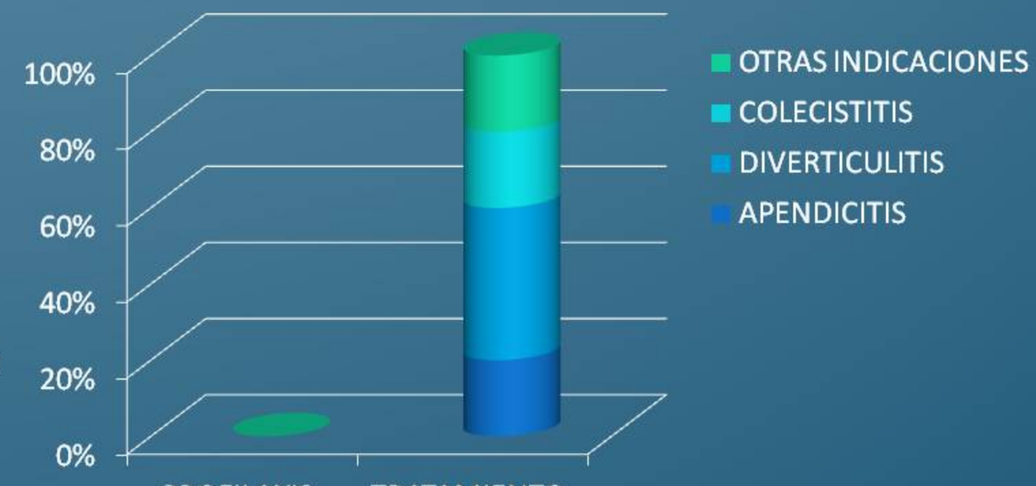
RESULTADOS

DDD/100 estancias								
	Ertapenem	Amoxicilina-Clavulánico	Cefazolina	Metronidazol+ Gentamicina	Vancomicina	Piperacilina/ Tazobactam	Imipenem	J01
Antes	4,4	41,2	1,3	20,3	3,9	11,7	11,1	108,6
Después	4,1	29,3	2,9	18,7	3,9	29,3	14	98,1
% Incremento P2/P1	-6,2	-28,8	119,8	-8	1,3	250,3	25,9	-9,6

PERIODO 1

PROFILAXIS: 14 pacientes — TRATAMIENTO: 14 pacientes

PERIODO 2



PROFILAXIS: 0 pacientes — TRATAMIENTO: 16 pacientes

Reducción global del consumo de antibióticos en un 9,6 %, sin variar el nº de estancias (2265 vs 2269). Destaca la disminución del consumo de amoxicilina/clavulánico y metronidazol+gentamicina.

CONCLUSIONES

✓ Tras la restricción del uso de ertapenem por parte de la CI, se ha evitado su utilización inadecuada como profilaxis quirúrgica en SCGD disminuyendo el consumo un 6,2%.

✓ Es necesario un estudio más amplio para explicar el motivo de la disminución del consumo de algunos antibióticos (profilaxis/tratamiento).

✓ La principal limitación del estudio es el corto periodo de tiempo analizado, por ello es necesario evaluar periódicamente estos resultados para evitar nuevas desviaciones en la utilización de ertapenem.

CONFLICTO DE INTERESES: NINGUNO

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD
Avda. Barber, 30. 45004. Toledo. Teléfono 925 269200

UTILIZACIÓN DE MENOTROPINA EN LA INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN: PROTOCOLIZACIÓN E IMPACTO PRESUPUESTARIO

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

OBJETIVOS

La farmacoterapia utilizada para la Inducción de la Ovulación (IO) en el marco de las técnicas de reproducción asistida (TRA) se basa fundamentalmente en la administración de folitropinas. La evidencia científica disponible demuestra que tanto con la administración de Menotropina de origen urinario, como de hormona folículo estimulante de origen recombinante (FSH-r) se obtienen tasas similares de embarazo y de "niño en casa". El objetivo es describir la implementación de un nuevo protocolo de IO en el que se introduce la presentación Menotropina 1.200 UI / vial, y evaluar el impacto presupuestario de la utilización del mismo.

MÉTODOS

1) Revisión sistemática de la literatura científica en Pubmed® (palabras clave: FSH-r, Menotropina, inducción de la ovulación, ensayos clínicos controlados, asignación aleatoria, 2000-2011).
2) Un F.E.A. del Servicio de Ginecología y un F.E.A. del Servicio de Farmacia elaboran un nuevo protocolo para maximizar la eficiencia de la farmacoterapia de la IO con los datos disponibles (tipos de paciente en función de la respuesta esperada a folitropinas, adecuación y equivalencia de las dosis de FSH-r y Menotropina, tasas de embarazo y ofertas económicas vigentes para ambas).
3) Evaluación del impacto presupuestario futuro del nuevo protocolo con los datos de actividad de una unidad de TRA de un hospital de tercer nivel (250 ciclos / año).

RESULTADOS

Diversos estudios demuestran tasas similares de embarazos y de recién nacidos vivos con la administración de dosis equivalentes de FSH-r y Menotropina (ver bibliografía). El protocolo segmentó a las pacientes en: A) Baja complejidad, cuyas dosis requeridas deben ser de 37,5 a 75 UI/24h (<= 30 años, IMC<= 25, Folículos Antrales>=10) o de 75 a 150 UI/24h (> 30 años, IMC>=26, FA<10). B) Alta complejidad cuyas dosis requeridas deben ser de 75 a 150 UI/24h (antecedentes de hiperestimulación ovárica o alta respuesta previa) o de 150 a 300 UI/24h (si FSH<=12 UI/ml). Se estimó que el 80% de las pacientes en el grupo de baja complejidad podrían utilizar Menotropina en lugar de FSH-r, y en el grupo de alta complejidad un 40%. Calculando la media ponderada según los tipos de paciente (baja complejidad 40% y alta complejidad 60%) se determinó que el crecimiento en la utilización de Menotropina debía situarse en torno al 56%. En términos económicos se calculó un ahorro en torno a 60.000 € /año, lo que supone una reducción del 16% en el coste global de la farmacoterapia de IO de nuestro centro.

CONCLUSIONES

La revisión continua de los protocolos farmacoterapéuticos garantiza la maximización de la eficiencia de los tratamientos, más aún en la situación de crisis financiera que nos encontramos. La colaboración interdisciplinar es un elemento clave para obtener mejores resultados en salud con menos recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. A randomized assessor-blind trial comparing highly purified hMG and recombinant FSH in a GnRH antagonist cycle with compulsory single-blastocyst transfer. Paul Devroey, Antonio Pellicer, Anders Nyboe Andersen, Joan-Carles Arce, on behalf of the Menopur in GnRH Antagonist Cycles with Single Embryo Transfer (MEGASET) Trial Group. Fertil Steril. 2012 Jan 12. [Epub ahead of print].
2. Nyboe Andersen A, Devroey P, Arce J-C, MERIT Group. Clinical outcome following stimulation with highly purified hMG or recombinant FSH in patients undergoing IVF: a randomized assessor-blind controlled trial. Hum Reprod 2006;21:3217–27.
3. Bosch E, Vidal C, Labarta E, Simon C, Remohi J, Pellicer A. Highly purified hMG versus recombinant FSH in ovarian hyperstimulation with GnRH antagonists a randomized study. Hum Reprod 2008;23:2346–51.

Jornadas Científicas de la SCMFH, Ciudad Real 11 y 12 de Mayo de 2012

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INFORMACIÓN ACTIVA DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN POR RECETA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

García Esteban B; Casamayor Lázaro B; Samper Juárez A; Piqueras Romero C; Berrocal Javato MA; González Joga; Iranzu Aperte MC. Hospital Nuestra Sª del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVO

- ✓ Análisis de los indicadores de calidad de prescripción establecidos en el contrato gestión del Sescam para atención especializada (AE).
- ✓ Establecer criterios para seleccionar aquellos servicios que por sus desviaciones sean los primeros sobre los que actuar.

MATERIAL Y MÉTODO

- ✓ Utilización de la aplicación DIGITALIS versión 2.5.3
- ✓ Las variables medidas en dicho programa:
  - ✓ Gasto total por receta en 2011 y porcetaje de incremento frente a 2010.
  - ✓ Consumo recetas en AE y porcetaje de recetas informatizadas 2011 (Fierabrás).

INDICADORES DE INTEGRACIÓN AE	OBJETIVO
Adhesión a la GFT del Sescam	> 80%
Prescripción de nuevos principios activos sin aportación terapéutica relevante	< 1%
Prescripción de eficientes por marca o principio activo	> 25%
Prescripción de principios activos adheridos a GFT del Sescam	> 50%
% Ahorro	> 5%
Prescripción de medicamentos para la osteoporosis de primera elección	> 44.07%
Adhesión a la GFT del Sescam en IBP	> 73.94%
Coste tratamiento día de antidepresivos	< 0.85
Prescripción de AAS como antiagregante de primera elección	> 60.96%

RESULTADOS

	Recetas	Recetas informatizadas (Fierabrás)	Gasto 2011 (€)	Gasto 2010 (€)	Δ% 2010
Hospital	116.192	20.985 (18%)	9.656.186	9.460.719	2.07%

INDICADORES QUE SE DESVIAN DEL OBJETIVO	VALOR (OBJETIVO)
Prescripción de nuevos principios activos sin aportación terapéutica relevante	3,93% (<1%)
Prescripción de medicamentos para la osteoporosis de primera elección	19,04% (>44,07%)
Adhesión a la GFT del Sescam en IBP	57,60% (>80%)
Prescripción de AAS como antiagregante de primera elección	57,53% (>60.96%)

Servicios seleccionados para información activa	Gasto (€)	% Gasto del total del Hospital	Nº de recetas	Nº de recetas informatizadas (%)	Principios activos responsables del gasto
Alergología	2.750.173€	28,6%	12.321	52 (0.42%)	Omalizumab
Psiquiatría	991.404 €	10,2%	12.440	237 (1.91%)	Risperidona
Neurología	973.965 €	10,8%	8.274	1.379 (16.67%)	Rivastigmina
Urología	333.074 €	3,6%	3.351	17 (0.51%)	Novedades terapéuticas (tamsulosina+dutasterida)

CONCLUSIONES

- ✓ Los servicios de Alergología, Psiquiatría y Neurología se han seleccionado por ocupar los primeros puestos en gasto y volumen de recetas.
- ✓ Urología a pesar de ocupar el 8ª puesto en gasto y el 11 en volumen de recetas, fue seleccionado por su alta prescripción de principios activos considerados sin aportación terapéutica relevante (Tamsulosina+dutasterida y silodosina).
- ✓ Proporcionar información personalizada sobre los indicadores de calidad a los prescriptores puede mejorar el uso racional de los medicamentos.
- ✓ Fomentar la prescripción de recetas en el módulo Fierabrás mejoraría el resultado de los indicadores de calidad.

DURABILIDAD DEL TRATAMIENTO MODIFICADOR DEL CURSO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Apolo Carvajal F, Martínez Sesmero JM, Valera Rubio M, Bustos Morell C, Granja Berná V, Gómez Moya P.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento modificador del curso de la esclerosis múltiple (TMEM) incluye fármacos de primera línea como el interferón beta (IFN) y el acetato de glatirámero (GLT) y fármacos de segunda línea como natalizumab (NTZ), que deben ser mantenidos indefinidamente hasta que exista una falta de beneficio, intolerancia o disponibilidad de otras alternativas terapéuticas.

OBJETIVOS

Describir la duración (durabilidad) del TMEM.

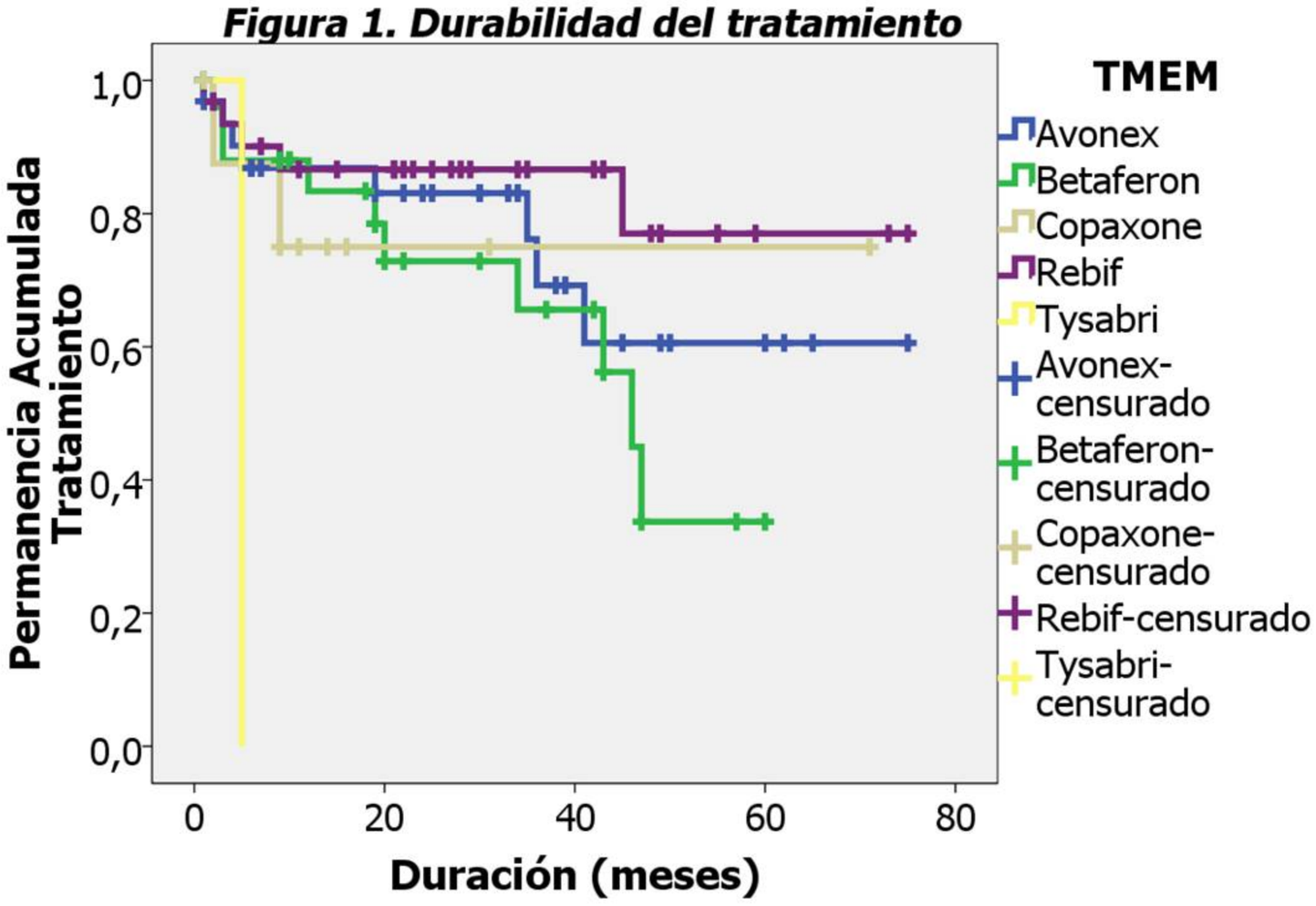
MATERIAL Y MÉTODOS

- ✓ Estudio descriptivo y retrospectivo
- ✓ Pacientes que iniciaron TMEM entre mayo de 2005 y agosto de 2011.
- ✓ Análisis de prescripciones de TMEM registradas en el programa de gestión clínica ATHOS®Prisma
- ✓ Se recogieron datos como fármaco inicial, edad, género y duración del tratamiento hasta cambio o fin de tratamiento.
- ✓ Análisis estadístico de supervivencia de Kaplan-Meier. SPSS® v17.0.

RESULTADOS

- ✓ 100 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (67% sexo femenino).
- ✓ Edad media al inicio del tratamiento 35 ± 9,4 años.
- ✓ El 32% de los pacientes iniciaron tratamiento con IFN-1a, seguido de IFN-1b 22-44 mcg (32%), IFN-1b 8 MUI (26%) y GLT (10%)
- ✓ Los resultados de la durabilidad del tratamiento se describen en figura 1 y tabla 1.

Figura 1. Durabilidad del tratamiento



CONCLUSIONES

IFN es el TMEM más prescrito como terapia inicial, siendo escaso el inicio con GLT. El mayor predominio del IFN sobre GLT, probablemente sea debido a una mayor experiencia de uso de IFN, comercialización posterior de GLT o preferencias del paciente.

No existen publicaciones que establezcan diferencias significativas, en cuanto a eficacia y tolerabilidad, entre una terapia y otra.

Tabla 1. Permanencia acumulada

Fármaco	Rebif®	Copaxone®	Avonex®	Betaferon®
Permanencia acumulada	0,77	0,75	0,60	0,30

Rebif: *® IFN-1b 22-44 mcg* ***Copaxone:*** *® GLT* ***Avonex:*** *® IFN-1a* ***Betaferon:*** *® IFN-1b 8 MUI* ***Tysabri:*** *® NTZ*

COMPLEJO HOSPITALARIO TOLEDO