

Franco Sereno MT, Blázquez Romero C, Vila Torres E, Muñoz Cejudo BM, Martín Siguero A, Encinas Barrios C.  
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

## OBJETIVO

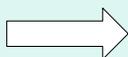
Evaluar la adecuación a las recomendaciones emitidas por la Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del SESCAM para la campaña de vacunación 2012-13 así como describir la población pediátrica que ha recibido inmunoprofilaxis del Virus Respiratorio Sincicial (VRS) con palivizumab y su adherencia al tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 5 meses de duración (Octubre 2013 a Febrero 2014) de todos los niños que reciben inmunoprofilaxis del VRS con palivizumab.



Farmacéutico Residente  
Consulta externa de pediatría



### Seguimiento del paciente y recogida de datos

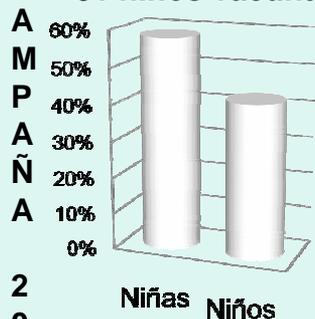
- Datos del paciente (nombre, número historia, fecha nacimiento, peso al nacer)
- Grupo de riesgo (enfermedad pulmonar, cardiopatías congénitas, nacidos  $\leq 28^6$  semanas de gestación y nacidos entre  $29^0-31^6$  semanas de gestación)
- Posología

**Indicador “adecuación a protocolo”:** el porcentaje de niños incluidos en la inmunización sistemática según las recomendaciones de la campaña con respecto al total de niños que recibieron palivizumab

Se consideró **adherente** aquel niño que recibe el total de las dosis que le corresponden en relación a su fecha de nacimiento.

## RESULTADOS

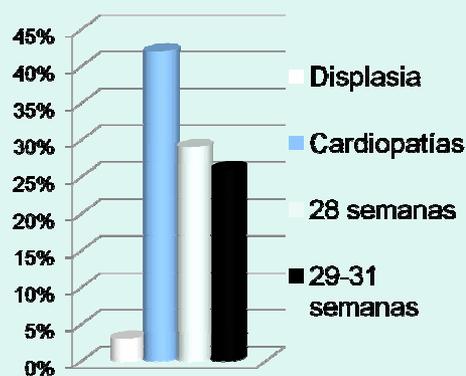
### C 31 niños vacunados



Peso medio niños con enfermedad pulmonar y cardiopatías: 6,4kg (IC95%: 5-7,82) con una variabilidad interindividual del 38%.

Peso medio nacidos < 32 semanas: 4,02kg (IC95%: 3,03-5,00) con una variabilidad interindividual del 47,8%.

### Distribución por grupos de riesgo



- 2 0 ✓ 100% “adecuación a protocolo”
- 3 ✓ Media de inyecciones recibidas: 3,6 (DE: 1,68)
- ✓ 93,8% de las dosis fueron administradas el día de campaña
- 1 ✓ 86,2% de los niños fue adherente (dos pacientes excluidos de la evaluación de la adherencia por traslado a su Hospital de Referencia)
- 4

## CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes vacunados fueron prematuros menores de 32<sup>0</sup> semanas, seguido de pacientes con cardiopatías congénitas.

La “adecuación a protocolo” ha sido completa. Las dosis administradas fuera del día de campaña han sido aceptables y la adherencia al tratamiento elevada.

## INTRODUCCIÓN:

Según la SEFH la adherencia es la medida en la que el paciente decide libremente seguir las recomendaciones terapéuticas que le han indicado, tomando correctamente la medicación. Su monitorización es muy importante por el impacto sanitario y económico asociado a la falta de adherencia.

El Servicio de Farmacia Hospitalaria es un lugar estratégico para monitorizar la adherencia de los pacientes, debido a que recogen medicación periódicamente.

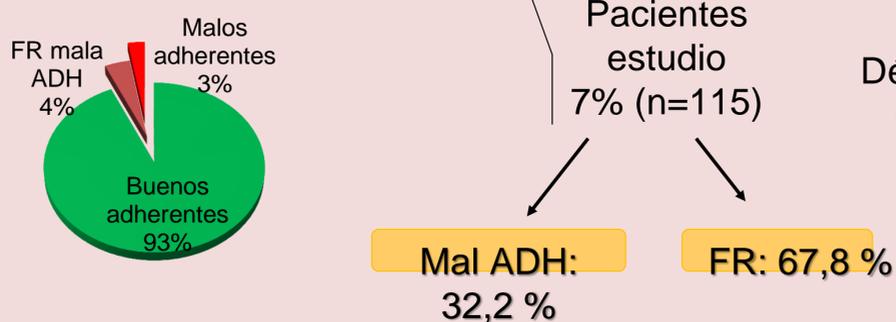
## OBJETIVOS:

- Conocer el grado de adherencia a tratamientos de larga duración (TLD) dispensados.
- Determinar qué pacientes se adhieren peor al tratamiento.
- Analizar las causas que influyen en la falta de adherencia.
- Buscar estrategias para mejorar dicho aspecto.

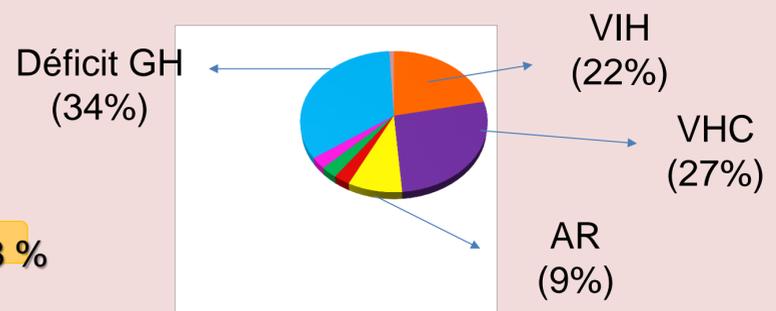
## MATERIAL Y MÉTODOS:

- Estudio observacional: Octubre 2013 - Enero 2014.
- Población a estudio: pacientes con TLD, con mala adherencia y/o factores de riesgo (FR).
- Variables de estudio: tipo de patología, grado de adherencia, factores que influyen en la falta de adherencia e intervenciones realizadas.
- Fuentes de datos utilizadas: Módulo DPE Farmatools, base de datos asistencial MAMBRINO XXI, recetas intrahospitalarias, dispositivos de monitorización electrónica y entrevistas con el paciente.
- Para conocer estrategias de mejora de la adherencia se elaboró una encuesta que se rellenó de forma anónima y voluntaria.

## RESULTADOS:

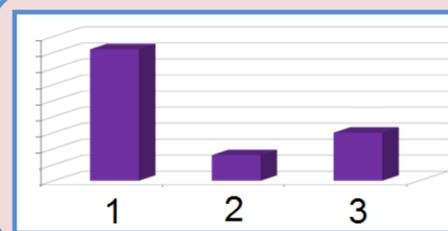


## PATOLOGÍAS DE LOS PACIENTES DE NUESTRO ESTUDIO n=115



‡FR que dificultaron la ADH: efectos adversos (38%), medicación concomitante (26%), hª falta de ADH (22%), dificultad geográfica y personal para recoger la MED (12%).

‡El seguimiento de pacientes con mala ADH la mejoró en un 54% y el seguimiento de pacientes con FR permitió detectar precozmente a 11,5% de pacientes con mala adherencia.



INTERVENCIONES (64)

- 1)Entrevista con el paciente
- 2)Llamada al paciente
- 3)Contacto con el médico

‡Total encuestas: 60 (la mayoría de los pacientes referían buena ADH y demandaban la entrega de plantillas de medicación y pastilleros)

## CONCLUSIONES:

- Un alto porcentaje de pacientes que recogen TLD son buenos adherentes. Las patologías en las que se ha detectado menor ADH son VIH y AR.
- Los factores que más influyen en la ADH son el desarrollo de efectos adversos, el uso de medicación concomitante y presentar historia de mala ADH.
- Es importante monitorizar a aquellos pacientes que pueden presentar FR que comprometen la ADH.
- El farmacéutico de hospital puede ayudar a mejorar la adherencia entregando plantillas de organización de la medicación pastilleros.

# ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DEL RECEPTOR P2Y12 EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Díaz Rangel M, Victorio García L, Domingo Chiva E, Lerma Gaude V  
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete

## OBJETIVOS

Analizar la prescripción de los inhibidores del receptor P2Y12 (IRP2Y12) (clopidogrel, prasugrel y ticagrelor) en el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) y valorar su adecuación al protocolo de utilización de dichos IRP2Y12 por el servicio de Cardiología (SC) de nuestro hospital, basado en la Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 3 meses de duración. Se valoró la adecuación de la prescripción al protocolo establecido en nuestro hospital: doble antiagregación durante el primer año: ácido acetilsalicílico (AAS) 75-100mg/24h + IRP2Y12 (en el SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST), de elección clopidogrel, de 2ª línea ticagrelor en pacientes de alto riesgo; en el SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) prasugrel de 1ª línea y si existen contraindicaciones, ticagrelor o clopidogrel en función del grado de riesgo del paciente). Se estudiaron las recomendaciones de la ESC sobre medicación concomitante en el SCA:

- β-bloqueantes para todos los pacientes con función sistólica ventricular izquierda reducida ( $FEV_{1} \leq 40\%$ )
- Estatinas hasta una concentración de colesterol LDL < 70mg/dl (elección atorvastatina 80mg/24h)
- IECA ó ARA II según tolerancia

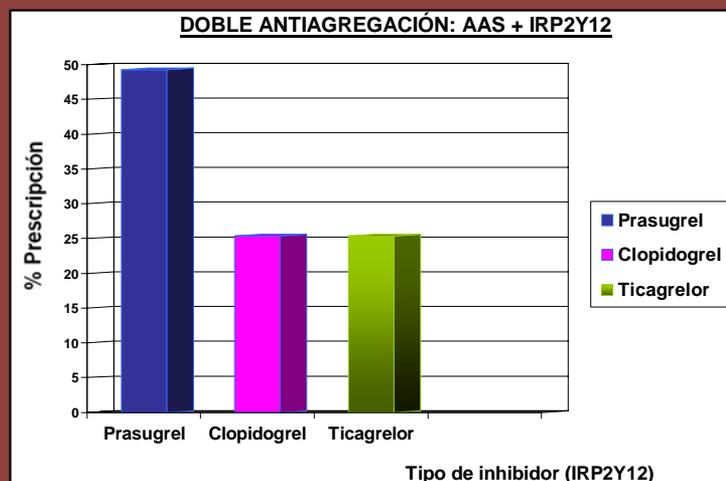
**Datos recogidos:** número de historia clínica (NHC), edad, sexo, diagnóstico, tratamiento durante el ingreso para el SCA y factores de riesgo de SCA (ver gráfico).

**Fuentes de información:** programa informático Farmatools® (módulo de Gestión de Unidosis) e historia clínica informatizada (Mambrino XXI®).

## RESULTADOS

Se incluyeron 67 pacientes, 59 hombres (88%), media de edad 69,19 años (SD = 13,03). El diagnóstico de SCA fue: 49,25% SCASEST y 50,75% SCACEST.

• **Tratamiento durante el ingreso para el SCA:** Además de la doble antiagregación, todos recibieron tratamiento con estatinas (94% con atorvastatina 80mg/24h), los antihipertensivos prescritos fueron: β-bloqueantes 95,5%, IECAS 82,09% y ARAII 8,96%. La prescripción de IRP2Y12 según diagnóstico fue para SCASEST: ticagrelor 48,48%, clopidogrel 39,39% y prasugrel 12,12%; para SCACEST: prasugrel 88,24%, clopidogrel 8,82% y ticagrelor 2,94%.



## CONCLUSIONES

- El IRP2Y12 prescrito mayoritariamente junto a AAS por parte del SC en nuestro estudio fue prasugrel.
- En función del diagnóstico, se observa un incremento de la prescripción de ticagrelor en el SCASEST, siendo clopidogrel el IRP2Y12 de elección. Los pacientes diagnosticados de SCACEST sí fueron tratados siguiendo el protocolo del SC del hospital para el tratamiento a largo plazo del SCA.

## OBJETIVO:

Durante los últimos años las guías de tratamiento antirretroviral (TAR) han ido cambiando los **criterios de inicio** del mismo. Las guías GESIDA 2014 recomiendan la administración de TAR a todos los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La fuerza de recomendación varía según la cifra de linfocitos CD<sub>4</sub><sup>+</sup> (CD<sub>4</sub><sup>+</sup>): en pacientes con CD<sub>4</sub><sup>+</sup> <350 células/μL (A-I), entre 350-500 células/μL (A-II) y >500 células/μL (B-III).

El objetivo de TAR es conseguir cargas virales plasmáticas (CVp) indetectables (<50 copias/mL) y mantenerlas suprimidas el mayor tiempo posible, procurando restaurar parcialmente el sistema inmune cuali y cuantitativamente.

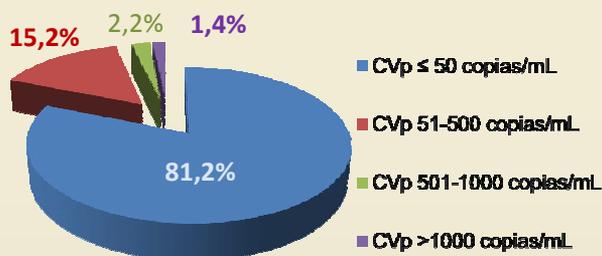
- El **objetivo** de este estudio es analizar el **perfil de tratamiento** de los pacientes con **TAR activo** en un hospital de segundo nivel y evaluar su **respuesta virológica e inmunológica**.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

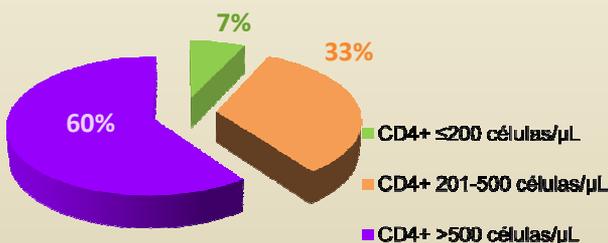
Estudio **observacional ambispectivo** de los pacientes con TAR activo a fecha 30 de abril de 2013. Se excluyeron pacientes con esquemas de TAR en un periodo inferior a 6 meses ó en ausencia de control analítico reciente.

- Para seleccionar los pacientes y recoger la información, se utilizó el Programa de Dispensación a Pacientes Externos Farmatools® y la base de datos asistencial Mambrino® XXI.
- Las variables recogidas fueron: combinación de TAR, CVp (variable virológica), recuento de linfocitos CD<sub>4</sub><sup>+</sup> y proporción de linfocitos CD<sub>4</sub><sup>+</sup> (%) (Variable inmunológica).

## RESULTADOS:



Total 276 pacientes



### Combinaciones de antirretrovirales:

- ✓ 2 ITIAN + 1 ITINN (51,5%)
- ✓ 2 ITIAN + 1 IP/r (27,9%)
- ✓ 2 ITIAN + 1 InInt (0,7%)
- ✓ Biterapias (2,9%)
- ✓ Monoterapias lopinavir o darunavir (9,8%)
- ✓ Pautas rescate maraviroc o darunavir (4,3%)
- ✓ Otras (2,9%)

## CONCLUSIONES:

- La mayor parte de los pacientes utilizan esquemas que incluyen **2 ITIAN combinados con 1 ITINN ó 1 IP/r**, cumpliendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Se observa en los últimos años el incremento de pacientes en tratamiento con monoterapia.
- En nuestro medio, un **elevado número** de pacientes en tratamiento antirretroviral presentan **buena situación virológica e inmunológica**.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno.

# ¿CÓMO APLICAR LA COMUNICACIÓN DIGITAL DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO?: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA

Bonaga Serrano B, Garrigues Sebastián MR, Murcia Bernabé C\*, Hernández San Salvador M  
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete  
\*Consultora de Comunicación Digital especialista en Salud

## OBJETIVOS

Ya es un hecho, comunicación y salud se encuentran dentro del mismo entorno. La revolución tecnológica generada y con ello, la aparición de la comunicación digital, obliga a los profesionales sanitarios a plantearse cómo aplicarla dentro del entorno sanitario y obtener así el máximo beneficio. Entre las principales razones por las cuales los profesionales sanitarios no nos atrevemos a utilizar las redes sociales se encuentran el miedo a utilizar una forma de comunicación distinta a la que estamos acostumbrados y la falta de información respecto a este tema. Todo ello dificulta su implementación en la práctica profesional diaria. Cómo adentrarnos en el mundo de la comunicación digital, sin olvidar los aspectos legales y éticos que ello implica, dio lugar a la elaboración de una guía con recomendaciones orientadas a los profesionales sanitarios al uso de la misma.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez definidos el público diana y el objetivo de la guía, el siguiente paso fue conocer la normativa legal existente así como las principales guías publicadas acerca del uso de las tecnologías de la información por parte de los profesionales sanitarios. Posteriormente, se definieron los puntos a desarrollar a lo largo de la misma. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed utilizando los términos “e-health”, “chronic”, “disease”, “telemedicine”, “app” “m-health” y seleccionando, prioritariamente, metaanálisis, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas y estudios realizados en España en los últimos 5 años. Asimismo, se utilizaron como fuentes de información, literatura gris y las noticias más relevantes dentro del área de las tecnologías de la información y comunicación, siguiendo los principios que rigen la calidad científica de las páginas web.

## RESULTADOS

Una vez seleccionada la información basada en la evidencia, se redactó la guía en base a ocho puntos definidos previamente:

Introducción

Objetivo

1. Web 2.0 ¿Por qué una nueva forma de comunicación? Justificación de uso y potencial aplicación en profesionales sanitarios y pacientes
2. Definiendo una estrategia
3. Herramientas de comunicación, que incluye distintas tablas con los aspectos legales y éticos que rigen la práctica de la comunicación digital
4. Telemedicina, e-health, m-health
5. Utilización estratégica de herramientas y redes sociales
6. Conclusiones
7. Agradecimientos
8. Bibliografía.



## CONCLUSIONES

Con todos los avances que están surgiendo, la transmisión de la información en la red se está incrementando a pasos agigantados, lo cual nos obliga a conocer cada una de las herramientas así como su política de privacidad. Cada profesional sanitario debe seleccionar la más adecuada para conseguir el objetivo propuesto dentro de la web social. La elaboración de una guía que incluya recomendaciones para un adecuado uso de las mismas puede ser beneficioso para todos aquellos profesionales sanitarios que quieran adentrarse en este apasionante mundo y poder obtener el máximo beneficio de las mismas. No hay que tener miedo a utilizarlas, es una forma de comunicación como otra cualquiera, solo tenemos que aprender su propio lenguaje.

## EXPERIENCIA DE UN RESIDENTE DE CUARTO AÑO

Casamayor Lázaro, B; Iturgoyen Fuentes, D; Domínguez Herencias, S; García Esteban, B; Piqueras Romero, C; Berrocal Javato, MA.

Servicio de Farmacia. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

### OBJETIVOS:

- Análisis de las Intervenciones Farmacéuticas (IF) realizadas durante el proceso de Conciliación de Medicamentos (CM) en un Servicio de Traumatología por un residente de cuarto año.
- Evaluación del grado de aceptación por parte del médico prescriptor de las IF derivadas de las actividades de conciliación.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio cuasi-experimental prospectivo de un mes de duración (diciembre 2013).

#### Criterios de inclusión:

- Mayores de 75 años.
- Polimedicados ( 5 o más fármacos en historia farmacoterapéutica).
- Al menos una patología crónica además del motivo del ingreso.

Se realizaba  
diariamente

Conciliación de medicamentos: proceso formal de obtención de un listado completo y exacto de la medicación domiciliar del paciente y la comparación con la prescripción médica realizada durante el ingreso.

#### Fuentes de información empleadas en CM:

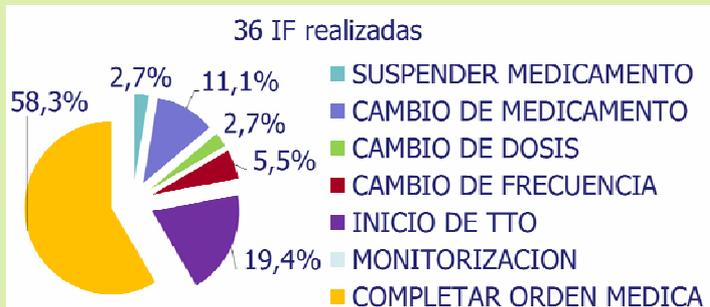
- Medicación prescrita en Traumatología → orden médica formato papel.
- Medicación domiciliar → entrevista clínica
- visor clínico (historia clínica primaria-especializada).
- registros de administración de enfermería de planta.
- Grado aceptación de IF → visor clínico.

Las IF se clasificaron según las recomendaciones del tercer consenso de Granada:

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| Suspender el medicamento | Cambio de medicamento |
| Cambio de dosis          | Cambio de frecuencia  |
| Inicio de tratamiento    | Monitorización        |
| Completar orden médica   |                       |

### RESULTADOS:

Se revisaron 277 medicamentos correspondientes a 53 pacientes que cumplían criterios.



### CONCLUSIONES:

- ✓ La actuación del farmacéutico residente, como parte del equipo multidisciplinar, ha contribuido a resolver las discrepancias de medicación favoreciendo la continuidad del tratamiento farmacológico y garantizando su seguridad.
- ✓ A pesar de que el grado de aceptación ha sido favorable en buena parte de las IF, es necesario reforzar las actuaciones encaminadas a fomentar la correcta cumplimentación de la orden médica para evitar posibles errores de medicación.
- ✓ A fin de que tenga éxito, la CM ha de ser un objetivo y una responsabilidad compartida por todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial.

# SCRIPCIÓN MANUAL: DIANA PARA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

L., Mejía Recuero, M., Marcos Pérez, G., Barreda Hernández, D.   
 alaria Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

## Objetivo

Detectar, clasificar y cuantificar los errores asociados a la prescripción manual que se producen en las distintas unidades clínicas de nuestro hospital.

## Material y métodos

Estudio prospectivo observacional de un mes (Febrero 14) realizado en las distintas unidades clínicas con prescripción manual .

140 camas

585 ingresos

El farmacéutico validó las órdenes médicas, previamente transcritas por enfermería, y registró los errores detectados en el programa Farmatools-Dominion®.

## Resultados

740 errores

26.4 errores diarios

**362 errores de transcripción**  
**12.9 errores diarios**

**378 errores asociados a la prescripción**  
**13.5 errores diarios**

Diferente dosis **24%**

Diferente vía de administración **20%**

Diferente intervalo posológico **19%**

Comisión de medicamentos **18%**

Omisión de medicamentos **10%**

Diferente medicamento **6%**

Diferente duración **3%**

Orden incompleta

Orden confusa

Falta dosis **34%**

Falta intervalo posológico **25%**

Falta indicar continuación de tratamiento **23%**

Falta vía de administración **18%**

Sin firma de facultativo **42%**

Repetida con tratamientos contradictorios **24%**

Ambiguas **23%**

Sin identificar **10%**

Ilegible **1%**

## Conclusiones

Se detectaron numerosas órdenes incompletas y sin firma del facultativo, así como frecuentes errores en la fase de transcripción. La prescripción manual es un proceso fármaco-terapéutico donde se producen numerosos errores, resultando en su mayoría detectados y corregidos por el farmacéutico en el proceso de validación. Aun así, estos errores podrían ser minimizados con la implantación de un sistema de prescripción electrónica que aumente tanto la efectividad en este punto del proceso como la seguridad del paciente, reduzca la necesidad de recursos humanos y simplifique el proceso fármaco-terapéutico.

Conflicto de intereses: No.



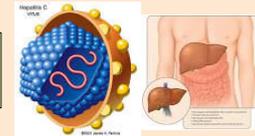
# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA



Recuero Galve L, Mulet Alberola A, Sánchez Gundín J, Mejía Recuero M, Marcos Pérez G, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

## OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de la triple terapia con inhibidores de la proteasa (IP) en pacientes infectados por virus de la hepatitis C (VHC).



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (15 diciembre 2012-15 febrero 2014) pacientes con IP para en hospital nivel II. Variables recogidas de historia clínica (Mambrino XXI®) e historia farmacoterapéutica (Farmatools-Dominion®)

|                                 |  |  |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| Demográficas:<br>-Sexo<br>-Edad | Clínicas:<br>-Tratados previamente<br>-Coinfección por VIH<br>-Genotipo VHC<br>-Genotipo ILB28 | -Grado de fibrosis<br>-Presencia de cirrosis<br>-Tiempo medio de tratamiento (TMT) | Análíticas<br>-Carga viral (CV) inicial<br>IP utilizado |
|---------------------------------|--|--|---|

Se evaluó:  
 •Efectividad  
 -CV semanas 4,12, 24 y 48.  
 •Seguridad  
 -Reacciones adversas (RA) con suspensión de dosis.  
 -Ajuste de dosis  
 -Terapia de soporte

## RESULTADOS

12 PACIENTES

**TELAPREVIR** (7 pacientes)  
 -4 hombres, 2 coinfectados. Edad media: 49.6±5.5  
 -3 naïve (1 coinfectado)  
 -Genotipo VHC: 1b (3 pacientes) 1a (2 pacientes) y desconocidos (2 pacientes).  
 -Genotipo ILB28: 3C/T, 1T/T, 3 desconocido  
 -Fibrosis: 2 F3 alto-F4 y 2 F4.  
 -Cirrosis no presente y desconocida en coinfectados.  
 -CV media inicial: log5.67±0.87  
 -TMT 28.1±17 semanas (S).

**BOCEPREVIR** (5 pacientes)  
 -3 hombres. Edad media: 55±6.7 años  
 -1 naïve.  
 -Genotipo VHC: 1b (4 pacientes), 1a (1 paciente)  
 -Genotipo ILB28: 3C/T, 2 T/T.  
 -Fibrosis: 1F2, 1F3 alto, 1F4, 2 desconocido.  
 -Cirrosis: 2 pacientes  
 -CV media inicial: log 6.02±0.64.  
 -TMT 21.6±26.2 semanas.

2 CV > 1000 UI/mL, 1 suspende S4 y coinfectado continúa 48S biterapia.  
 5 CV indetectable en S4: 3 suspenden S11, S36 y S43, 2 continúan (S18 y S37).

2 CV indetectable S12 (48S de tratamiento)  
 2 suspenden tratamiento (S11 CV > 1000 UI/mL y S7 Neutropenia) y 1 paciente S4 al cierre estudio.

3 suspendieron: sepsis urológica (S36), pioderma gangrenoso (S43) y cardiopatía isquémica (S11).  
 4 reducción dosis de PEG-INTFα2a/ribavirina y tratamiento con filgastrim, darbepoetina/epoetina

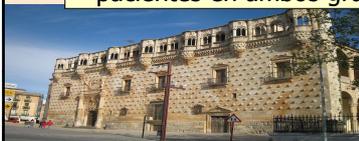


1 suspendió por neutropenia severa  
 2 reducción de dosis por trombopenia y neutropenia, reducción PEG-INTFα2a e inicio de eltrombopag y filgastrim.

RA

## CONCLUSIONES

Se precisa hacer más estudios para poder establecer un mayor perfil de efectividad y seguridad hacia uno de los dos IP ya que el tamaño muestral es pequeño, y las características de los pacientes en ambos grupo diferentes, siendo tratados solo coinfectados con telaprevir.



Conflicto de intereses: Ninguno

IX Jornada Científica SCMFH. Guadalajara 16 y 17 de Mayo de 2014



# ¿ES NECESARIA LA CONCILIACIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

Manzano Lista F.J, Mateos Rubio J, Labrador Andújar N, Bustos Morell C, Martínez Sesmero J.M, Moya Gómez P.

Hospital Virgen de la Salud, Servicio de Farmacia, Toledo, España.

## INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son puntos críticos en la asistencia a los pacientes, generándose en ellos gran número de PRM evitables, muchos derivados de la falta de conciliación y adecuación a la guía farmacoterapéutica del hospital (GFTH).

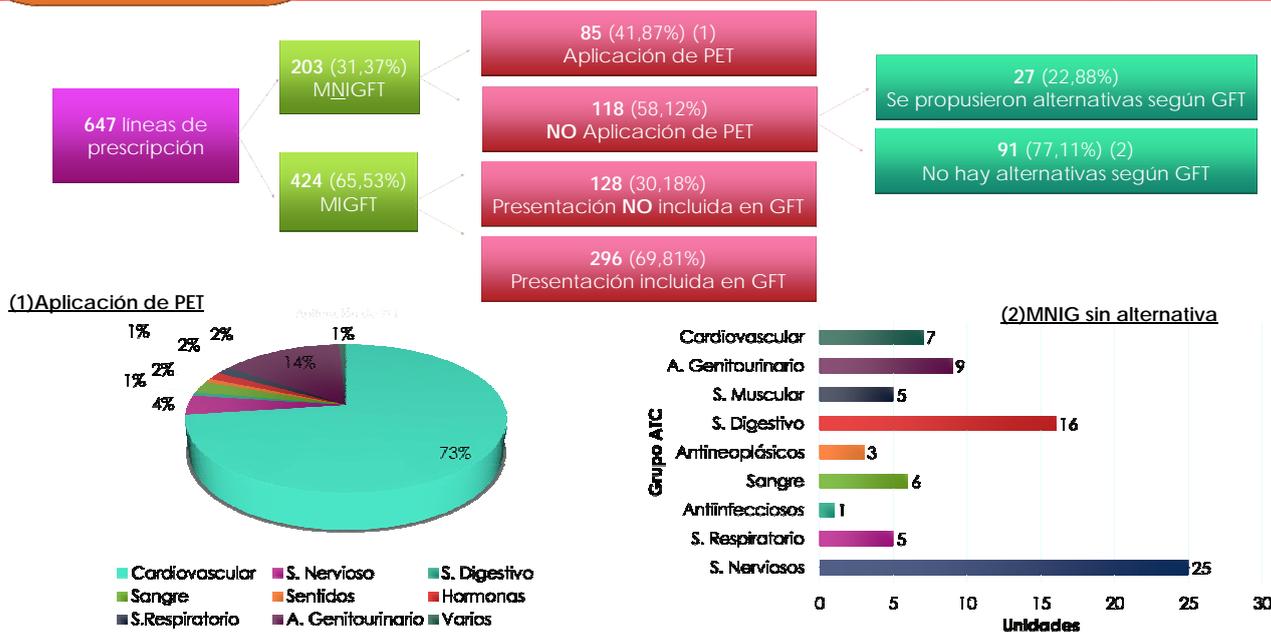
## OBJETIVOS

Analizar las necesidades de conciliación de la medicación en el SUH de un hospital de tercer nivel mediante el análisis de las intervenciones farmacéuticas (IFs) realizadas desde el servicio de farmacia. Conocer los grupos terapéuticos implicados en dichas intervenciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio prospectivo de las IFs realizadas sobre las solicitudes de medicamentos no disponibles en la guía terapéutica del hospital. El estudio se realiza en el SUH sin prescripción electrónica durante nueve meses (01/04/13-31/12/13).
- Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se registran: nombre del medicamento solicitado, dosis, forma farmacéutica, datos del paciente, unidades solicitadas e IFs.
- Las IFs fueron clasificadas:
  - Aplicación directa del programa de equivalentes terapéuticos (PET) del hospital.
  - Propuesta de intercambio del medicamento prescrito por alternativas terapéuticas incluidas en GFT, pero sin equivalente aprobado.
  - Medicamentos no incluidos (MNIGFT) sin alternativa terapéutica en el hospital e información al médico responsable del paciente.
  - Adecuación del medicamento a la presentación incluida en la GFTH.
- Los medicamentos se analizaron según la clasificación ATC.
- Los datos recogidos fueron procesados a una plantilla EXCEL 2013 donde se realizó la estadística.

## RESULTADOS



## CONCLUSIONES

- Se objetiva falta de información y de conocimiento de los profesionales sobre los medicamentos incluidos en la GFTH y el PET, debemos mejorar esta carencia con objeto de reducir errores y demoras en la administración de los medicamentos.
- Se han registrado frecuentes IFs en grupos terapéuticos de riesgo como aparato cardiovascular, sistema nervioso y antidiabéticos orales, lo que justificaría un programa de conciliación en el momento de la prescripción.
- Existe un elevado porcentaje de medicamentos sin equivalente ni alternativa terapéutica, apuntando la necesidad de coordinación de los tratamientos crónicos y agudos en el SUH, seguramente desarrollando herramientas de información y guías terapéuticas consensuadas entre atención primaria y especializada.
- La presencia de un farmacéutico en el SUH ayudaría a mejorar la conciliación farmacoterapéutica como garantía de la seguridad y continuidad asistencial.

# ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Díaz Rangel, M; Clemente Andújar, M; García Martínez, E; Domingo Chiva, E; Monteagudo Martínez, N; Romero Candel, G.

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete

## OBJETIVOS

En 2010 la Food and Drug Administration (FDA) revocó el empleo de bevacizumab para cáncer de mama por presentar una baja relación beneficio/riesgo. Sin embargo, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) mantuvo como única indicación aprobada su administración en combinación con paclitaxel. Recientemente la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha reevaluado positivamente la indicación junto con capecitabina aprobada en 2011 por la EMA.

El objetivo del estudio es analizar la utilización de bevacizumab en cáncer de mama metastásico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

◇ **Diseño:** Estudio observacional retrospectivo en el que fueron incluidas pacientes en tratamiento con bevacizumab desde diciembre de 2010 hasta febrero de 2014.

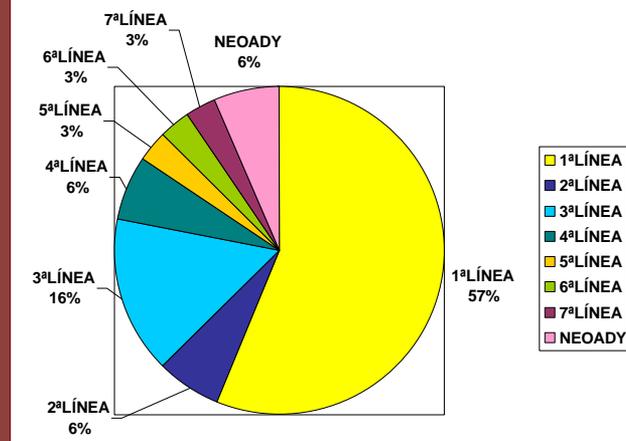
◇ **Datos:** sexo, edad al diagnóstico, antecedentes familiares, histopatología, mutación del gen BRCA, subtipo molecular, factores de riesgo genéticos (favorables: expresión de bcl2 y desfavorables: expresión Ki67>15%), edad y ECOG del tratamiento con bevacizumab, estadio, número y localización de metástasis y tratamiento con bevacizumab (línea y combinación). La información se obtuvo de la historia clínica electrónica Mambrino XXI® y del módulo de pacientes ambulatorios de Farmatools®.

◇ **Análisis estadístico:** mediante el programa SPSS®.

## RESULTADOS

- Se incluyeron 32 pacientes, edad media 53,8 años ( $\pm$  10,5).
- El 46,9% de las pacientes presentó antecedentes familiares de primer o segundo grado afectados de cáncer.
- Histopatología: 87,5% carcinoma ductal infiltrante, 9,4% lobulillar y 3,1% carcinoma in situ.
- Solo 2 pacientes con mutación del gen BRCA.
- El subtipo molecular: 68% luminal A, 21,9% triple negativo, 6,3% luminal B y 3,1% HER 2+ puro.
- Los factores de riesgo genéticos fueron favorables en el 22% de los casos y desfavorables en el 25%.
- Solo 1 paciente presentaba mutación del gen p53.
- El 25% de las pacientes presentaron ECOG>1 y edad media de 51,9 años ( $\pm$  10,3) cuando se prescribió bevacizumab.
- Estadío del cáncer: 87,5% metastásico, avanzado 6,3%, IIB 3,1% y IIIB 3,1%.
- Combinación de bevacizumab: con paclitaxel (59,4%), con capecitabina (18,8%), con docetaxel (6,3%), con 5-fluorouracilo (3,1%), con carboplatino-gemcitabina (3,1%) y con lapatinib-carboplatino (3,1%) y bevacizumab en monoterapia (6,3%).

### UTILIZACIÓN DE BEVACIZUMAB



## CONCLUSIONES

- En el 93,7% de los casos, bevacizumab se prescribió para el cáncer de mama avanzado o metastásico de forma correcta, únicamente se utilizó fuera de indicación en los casos utilizados en neoadyuvancia.
- Un bajo porcentaje de pacientes (56,3%) recibió bevacizumab en 1ª línea metastásica.
- Solo en el 78,2% de las pacientes (59,4% paclitaxel-bevacizumab, 18,8% capecitabina-bevacizumab) se utilizó con esquemas aprobados en ficha técnica.

# ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PERTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2(+): ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y EFICACIA.

Monteagudo Martínez, N; Romero Candel, G; Domingo Chiva, E;  
Plata Paniagua, S; Díaz Rangel, M; Clemente Andújar, M.  
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete

IX Jornada Científica  
Guadalajara, Mayo de 2014

## OBJETIVOS

Analizar la utilización, la seguridad y la eficacia del doble bloqueo (Pertuzumab-Trastuzumab) en combinación con quimioterapia, en pacientes con cáncer de mama metastásico (CCm) HER2+.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional retrospectivo de todas las pacientes que han recibido pertuzumab, para el tratamiento del CCm hasta febrero 2014.
- La obtención de datos se realizó con el programa informático Gestión de pacientes ambulantes Farmatools® e historia clínica informatizada Mambrino XXI®.
- Se evaluó la variable eficacia como Supervivencia Libre de Progresión (SLP), respuesta completa clínica (cCR) o estabilización de la enfermedad dependiendo de los casos. Las RA se codificaron según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v4.0).

Variables recogidas:

- Demográficas:** edad, sexo, ECOG, patologías asociadas (PA) y antecedentes familiares (AF).
- Clínicas:** Receptor estrogénico y progestágeno (RE y RP), estadio al diagnóstico, número y localización de las metástasis.
- Tratamiento:** Fecha inicio/fin del doble bloqueo, ciclos recibidos, nº líneas anteriores, reacciones adversas (RA) y tipo de respuesta.

## RESULTADOS

- 3 pacientes entre 50-54 años. ECOG 0 al diagnóstico. AF sin interés.

|       | PA                      | Tipo       | Localización metástasis | Línea pertuzumab | Ciclos | Protocolo inicial                | Mantenimiento         | SLP                                  |
|-------|-------------------------|------------|-------------------------|------------------|--------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Pac 1 | Esteatosis hepática     | Luminal B  | Pulmonar                | Quinta           | 19     | PTD (5ciclos)                    | 14 ciclos PT          | 12 meses cCR                         |
| Pac 2 | -                       | HER 2 pura | Pulmonar y SNC          | Quinta           | 13     | PTD (4ciclos) 2 y 4 sin D por RT | 6ciclos PTV y 3 sin V | 4 meses, PTV consigue estabilización |
| Pac 3 | Ca. Endometrio resuelto | HER 2 pura | Hepática                | Segunda          | 7      | PTD (4ciclos)                    | 3 ciclos PTV          | No respuesta Metástasis HER2-        |

PTD/PTV: pertuzumab+trastuzumab+docetaxel/vinorelbina RT:radioterapia V:vinorelbina D: docetaxel

## CONCLUSIONES

- La utilización de pertuzumab no se adecuó a las condiciones de aprobación en ficha técnica por su utilización en líneas avanzadas.
- Debido a su alto coste, no se deberían utilizar combinaciones cuya eficacia y seguridad no han sido debidamente demostradas, comprobando en todos los casos la presencia del receptor HER2+ de las metástasis.
- Pertuzumab parece un fármaco seguro y eficaz, ya que ha conseguido una cCR en una de tres pacientes en quinta línea de tratamiento.

# EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Domínguez Herencias, S. García Esteban, B. Casamayor Lázaro, B. Iturgoyen Fuentes, D. González Joga, B. Berrocal Javato, MA.  
Hospital Nuestra Señora del Prado

## OBJETIVO

Análisis de los **PRM e intervenciones** derivadas de la validación farmacoterapéutica en los residentes de un centro sociosanitario de mayores, aplicando los **criterios de Beers y los criterios STOPP/START**.

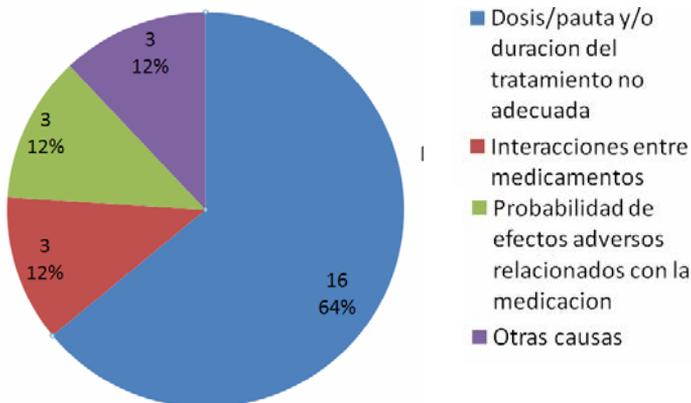
## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo de **6 meses de duración (Octubre 2013 – Marzo 2014)** realizado en un centro sociosanitario con **150 residentes, de los cuales 101 son asistidos**. Se validó la prescripción médica de los residentes asistidos, detectándose los PRM, y registrándose las intervenciones farmacéuticas encontradas en el módulo de Gestión de Unidosis del programa informático Farmatools®

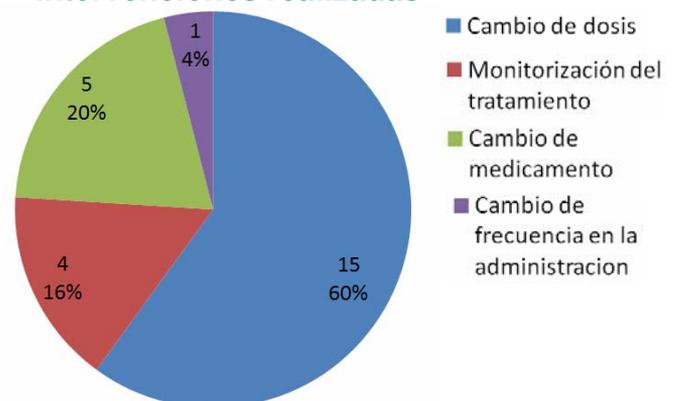
Los PRM y las intervenciones correspondientes se clasificaron según el Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos y Resultados Negativos asociados a la Medicación.

## RESULTADOS

Se registraron **25 PRM** correspondientes a **23 pacientes** (ratio PRM / paciente = 1,09)  
**PRM detectados**



### Intervenciones realizadas



## CONCLUSIONES

✓ El principal PRM encontrado ha sido por **dosis inadecuada**, lo que pone de manifiesto el riesgo de sobre o infradosificación en esta población más vulnerable.

✓ La **incorporación del farmacéutico** en el equipo asistencial supone una mejora relevante en la adecuación del tratamiento farmacológico de pacientes geriátricos residentes en centros sociosanitarios.

✓ La validación de los tratamientos en este tipo de pacientes por parte de un farmacéutico promueve una **farmacoterapia más eficiente y segura**, y previene la aparición de efectos adversos, mejorando la calidad de vida de los mismos.

# EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN UN HOSPITAL GENERAL

Iturgoyen Fuentes D, Casamayor Lázaro B, Dominguez Herencias S, Iranzu Aperte MC, Berrocal Javato MA, Piqueras Romero C.

Hospital General Nuestra Señora del Prado

## OBJETIVO

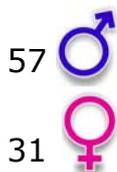
□ Evaluar si es adecuada la prescripción de nutrición parenteral total (NPT) en un hospital general, teniendo en cuenta indicación y duración de la misma.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional retrospectivo de 4 meses de duración.
- Se revisaron las prescripciones de NPT en pacientes tratados con las mismas entre septiembre y diciembre de 2013 (inicios y continuaciones).
- Las variables estudiadas fueron: sexo, indicación, duración, servicio solicitante y motivo de retirada.
  - Para valorar si la indicación era adecuada se revisó el impreso de indicaciones de NPT elaborado y aprobado por la Comisión de Nutrición del hospital.
  - Para valorar la correcta adecuación en cuanto a la duración, se siguieron los indicadores de calidad para las unidades de Nutrición Clínica de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), en los cuales se establece que el porcentaje de pacientes con una duración de NPT inferior a 5 días no debe superar el 5%.
- Los datos se obtuvieron del programa informático de nutrición parenteral Multicomp® y de las órdenes de prescripción de NPT.

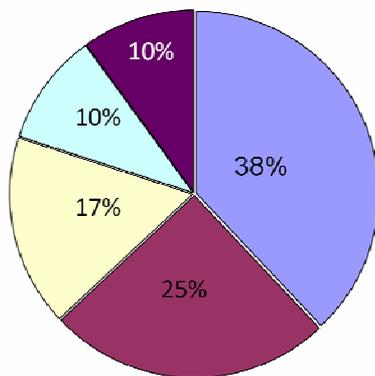
## RESULTADOS

88  
PACIENTES



**DURACIÓN NPT < 5 DÍAS = 31%**, siendo la distribución: Cirugía (17%), UVI (5%), Oncología (3%), M. Interna (1%) y Digestivo (1%).

### INDICACIONES DE LA NPT



- NEOPLASIAS
  - Colon 20%
  - Gástrica 6%
  - Páncreas 6%
  - Otras 6%
- REPOSO TRACTO DIGESTIVO
- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
- OBSTRUCCIÓN APARATO DIGESTIVO
- OTRAS

### SERVICIO SOLICITANTE- %

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| CIRUGÍA               | 55% |
| ONCOLOGÍA             | 14% |
| UVI                   | 14% |
| MEDICINA INTERNA      | 8%  |
| NEUMOLOGÍA            | 5%  |
| DIGESTIVO             | 3%  |
| ENDOCRINOLOGÍA        | 2%  |
| NEUROLOGÍA            | 1%  |
| TOCOLOGÍA-GINECOLOGÍA | 1%  |

Los principales motivos de retirada fueron: buena tolerancia oral o a sonda naso-gástrica (15%) y éxitus (9%).

## CONCLUSIONES

- En todos los casos revisados fue correcta la prescripción de NPT en cuanto a su indicación, ya que se cumplen las especificaciones aprobadas por la Comisión de Nutrición del hospital.
- Por el contrario, en muchos de los casos, la duración no fue la correcta, ya que un 31% de los pacientes llevó la NPT menos de 5 días.



# EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOLÓGICOS.



*Domingo Chiva E.; De Mora Alfaro M.J.; García Martínez EM.;  
García Gómez C.; Díaz Rangel M.; Hernández Sansalvador M.  
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete*

IX Jornada Científica  
Guadalajara, Mayo de 2014

## OBJETIVOS

Describir la puesta en marcha de una consulta de atención farmacéutica (CAF) a pacientes con cáncer de mama que iniciaban tratamiento quimioterápico (TQT). Evaluar la satisfacción de los usuarios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio experimental prospectivo de 18 meses de seguimiento (Enero 2012-Junio 2013) en el que se incluyeron a todas las pacientes con cáncer de mama que iniciaron TQT durante el año 2012.

El día que iniciaban TQT se citaba a las pacientes para 1ª consulta, ofreciéndoles participar en el estudio (previa entrega de la hoja de información al paciente y consentimiento informado); explicándoles el tratamiento antiemético (TA) que iban a recibir. Junto al TA de Uso Hospitalario, se entregaba un cuestionario para que en los días posteriores a recibir el TQT anotasen las náuseas y vómitos sufridos tras cada ciclo de quimioterapia y el TA tomado (pautado y de rescate). Las citas posteriores en la CAF coincidían con cada ciclo siguiente de TQT. En ellas, se recogía el cuestionario del ciclo anterior y se realizaba seguimiento farmacoterapéutico a las pacientes, asesorando en el manejo de los efectos adversos sufridos o de cualquier duda relacionada con la medicación, entregando un nuevo cuestionario para los ciclos siguientes.

Las variables analizadas fueron: Intervenciones farmacéuticas (IF) sobre dosificación de medicamentos, sobre estrategia farmacológica y sobre educación al paciente, efectividad y adecuación de los TA a las guías de buena práctica clínica (GBPC). Se consideró eficacia completa la ausencia de náuseas, vómitos o necesidad de tomar medicación de rescate,

Como medida de evaluación de nuestra consulta, se realizó, vía telefónica, por un facultativo ajeno al proyecto, una encuesta de satisfacción (ES) a las pacientes una vez finalizado el TQT.

## RESULTADOS

De las 68 pacientes que iniciaron tratamiento, aceptaron participar 56.

Se planificaron 313 citas en la CAF de las 490 veces que acudieron a recibir TQT (ya que en tratamientos con Paclitaxel, se citaban únicamente en 1º y 4º ciclo).

Se realizaron 101 IF, de las que un 4% fueron sobre dosificación de medicamentos, 15,8% sobre estrategia farmacológica y 80,2% sobre educación al paciente.

Se administraron un total de 85 TQT diferentes, cuya pauta antiemética se adecuaba a las guías en un 21,2%.

Del total de TA administrados fueron eficaces un 41,2%. Si estratificamos por aquellos TA que se adecuaban a las GBPC, fueron eficaces el 50%.

Respecto a la ES, la puntuación media global fue de 9,2 (1-10), siendo los aspectos peor valorados la localización y el acceso al Servicio de Farmacia (8,4) y el horario de atención (8,6), y los mejor valorados el grado de satisfacción global con la CAF y el trato recibido en farmacia (ambos 9,7).

## CONCLUSIONES

Los resultados muestran que una de las principales aportaciones del farmacéutico es la educación al paciente.

Sería necesario optimizar el TA, ya que, la adecuación a las GBPC sólo logra aumentar la efectividad absoluta en un 8,8% (50% vs. 41,2%).

Dada la valoración positiva de la CAF, podemos considerar la atención farmacéutica un elemento más en el abordaje multidisciplinar del paciente oncológico.



## EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA SU INCLUSIÓN EN LA GUIA FARMACOTERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL ESPAÑOL Y UNO PORTUGUÉS

Jerez Fernández, E., Viegas E., Fraga Fuentes, MD., López Sánchez, P., Nieto Sandoval, P., Conde García, MC.

Servicio de Farmacia. CH-Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

### OBJETIVOS

- Comparar el papel del farmacéutico en la selección y evaluación de medicamentos para su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) de dos hospitales generales europeos.
- Comparar las decisiones tomadas sobre los mismos medicamentos en los últimos tres años (2011-2013)

### MATERIAL Y MÉTODOS

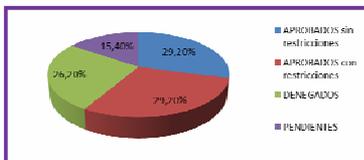
- Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo entre un hospital español y uno portugués.
  - Se analizó la metodología de evaluación de medicamentos y las funciones del farmacéutico en la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT).
  - Se revisaron las actas de la CFT de 2011-2013, se compararon los medicamentos solicitados y las decisiones adoptadas.

### RESULTADOS

#### 43 medicamentos evaluados por el hospital español entre 2011-2013



#### 65 medicamentos evaluados por el hospital portugués entre 2011-2013



12 medicamentos evaluados por los 2 hospitales

- **Se excluyeron 2:** Nab-paclitaxel (pendiente de decisión) e implante de dexametasona (distinta indicación solicitada).
- **Misma decisión en 4 (40%):**
  - 3 con las mismas condiciones: dabigatrán 150mg (aprobado con restricciones), telaprevir (equivalente terapéutico), ribaroxabán (denegación).
  - 1 con distintos requisitos: dabigatrán 110mg (equivalente terapéutico frente a aprobado con restricciones).
- **Distinta decisión en 6 (60%) aprobación frente a denegación:** Ac.hialurónico, icatibant, ivabradina, fingolimod, ticagrelor, ustekinumab.

### CONCLUSIONES

- ✓ El farmacéutico de hospital desempeña un papel similar en ambos hospitales, siendo clave en la evaluación y selección de medicamentos.
- ✓ Las diferencias en la toma de decisiones entre los hospitales se vieron influidas por la cartera de servicios de cada hospital y la oferta económica al valorar equivalentes terapéuticos.



# HEMATOMA SUBDURAL EN PACIENTE ANTICOAGULADA CON DABIGATRÁN



Recuero Galve L, Martí Gil C, Mejía Recuero M, González Martínez F\*, Martínez Valdivieso L, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. \*Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

## OBJETIVOS

Descripción de un caso de hematoma subdural bilateral secundario a traumatismo craneoencefálico (TCE) en una paciente anticoagulada con dabigatrán con desenlace fatal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica de la paciente y de la ficha técnica del medicamento.

## RESULTADOS

Mujer, 84 años.  
Antecedentes personales: HTA, fibrilación auricular paroxística, cardiopatía hipertensiva, hipertensión arterial pulmonar ligera, bocio tóxico, neuralgia del trigémino y reflujo gastroesofágico.  
Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía, coledocoduodenostomía y cistocele.  
Tratamiento habitual: Enalapril, amlodipino, furosemida, dabigatrán 110/12 h (visado inspección noviembre 2011), digoxina, O<sub>2</sub>, radioyodo, pregabalina, metamizol y omeprazol.

Abril 2012. URGENCIAS  
-Pérdida de conciencia  
-TCE  
-Glasgow 15  
-TA 180/50, FC 78  
-Neutrofilia, TTPA 64.3  
-INR 1.6, Cr=1.17mg/dL  
-Radiografía torax: IC  
-TAC: hematoma subdural

Se administran:  
600UI de complejo protombínico y 60 mg de enoxaparina

A las pocas horas:  
Empeoramiento y Glasgow 3-4  
Nuevo TAC: **FALLECIMIENTO**  
Durante traslado a Radiología.

Notificación Reacción Adversa al Centro Regional De Farmacovigilancia.



## CONCLUSIONES

Los pacientes que recibieron tratamientos con anticoagulantes orales deben ser estrictamente controlados ante el riesgo de hemorragia. Este control debe ser mayor cuando se trata de fármacos con poca experiencia de uso, como en este caso, al ser dabigatrán un medicamento de reciente comercialización. Los estudios postcomercialización y la búsqueda de medicamentos que reviertan el efecto de los nuevos anticoagulantes orales son claves en la mejora de la seguridad de los mismos. La comunicación de reacciones adversas por parte de los profesionales sanitarios, quienes principalmente detectan dichos efectos, es determinante para poder establecer posicionamiento de seguridad y eficacia de los medicamentos.

Conflicto de intereses: ninguno



IX Jornada Científica SCMFH. Guadalajara 16 y 17 de Mayo de 2014

# IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE CITICOLINA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA



Vila Torres E, Moreno Perulero ML, Torromé Llistó M, Gómez de Nova AI, Díez De Celis C, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. Gerencia Atención Integrada Ciudad Real.



## OBJETIVO

Analizar el impacto sobre la prescripción y el gasto que ha supuesto la exclusión de citicolina de la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital por la Comisión de Farmacia y Terapéutica y las intervenciones farmacéuticas realizadas en los distintos niveles asistenciales.

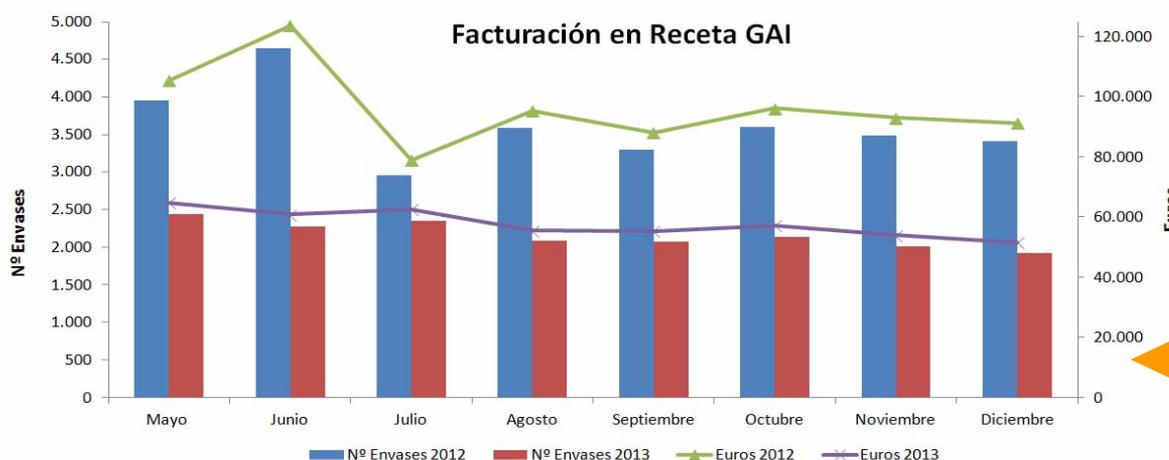
## MATERIAL Y MÉTODO

**Estudio** pre-post intervención de la utilización de citicolina en un Área de Salud que atiende a una población de 193.456 habitantes durante el período mayo-diciembre de 2012 frente al mismo período del año 2013 en los distintos niveles asistenciales. La **información** se obtuvo de la aplicación informática para la facturación en receta (Digitalis®) y del programa de gestión hospitalario (Athos-APD®). Las **intervenciones farmacéuticas** realizadas fueron: a) **Ámbito Hospitalario (H)**: configuración de una alerta interactiva en el programa de prescripción electrónica asociada a la prescripción de citicolina durante el proceso de

retirada notificando su exclusión de GFT y evidencia científica relacionada y, envío de esta información por escrito a los servicios clínicos prescriptores; b) **Atención Primaria (AP)**: presentación de las nuevas evidencias científicas y los datos de consumo en los 19 Equipos de AP del Área mediante sesiones farmacoterapéuticas. **Variables analizadas**: número (nº) envases e importe facturado en recetas y nº unidades consumidas en el hospital (incluye distribución a centros socio-sanitarios) e importe facturado y nº solicitudes de medicamento no incluido en guía para pacientes hospitalizados tramitadas.

## RESULTADOS

El nº de envases de citicolina facturados en receta descendió un 40% en AP y un 47% en H. El consumo intrahospitalario descendió el 91%. Esta disminución en la utilización de citicolina ha supuesto una reducción global del gasto del 42% con un ahorro total de 337.717€ en la Gerencia de Atención Integrada (GAI), de los cuales 28.221€ corresponden al consumo intrahospitalario y socio-sanitarios. Tras la retirada de citicolina de la GFT no se ha recibido ninguna solicitud para la adquisición de este medicamento en pacientes ingresados.



**El nº medio de envases/mes:**  
 AP: 3.551±508 → 2.128±170  
 H: 60±19 → 32±8

**Ahorro (euros) en receta:**  
 AP: 303.302€  
 H: 6.194€

**Listado de principios activos con mayor importe para la GAI:**

Pasa del 2º en 2012 al 9º puesto en 2013

## RESULTADOS

Las intervenciones farmacéuticas coordinadas entre Hospital y Atención Primaria pueden ser más efectivas y facilitar el seguimiento de la prescripción desde la Farmacia Integrada.

Las medidas adoptadas sobre citicolina en los distintos niveles asistenciales evidencian una importante reducción en la prescripción de este medicamento y el consiguiente un ahorro económico.

## IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

Cuerda Coronel, S; Martín Alcalde, E; Molina Alcántara, MC; Pérez Rodríguez, I; Horta Hernández, AM.

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Gerencia de Área Integrada de Guadalajara.

### OBJETIVOS

#### Analizar

- intervenciones realizadas
- grado de satisfacción del personal y familiares
- ahorro económico

Tras implementar un programa de Atención Farmacéutica en un centro de atención integral a discapacitados psíquicos (CADP), durante un periodo de 6 meses.

### MATERIAL Y MÉTODOS

1. Formación de un equipo multidisciplinar (DUEs, médico y farmacéutico especialista).

2. ➤ Análisis de la prescripción por receta (Digitalis®).  
➤ Análisis del suministro de medicamentos por atención primaria (enero-junio 2013).

Creación de un depósito de medicamentos (DM) adscrito al SFH.

3. Adaptación del catálogo de medicamentos del CADP a la GFT del hospital.

#### Intervenciones:

- Corrección de pautas de dosificación incorrectas
- Suspensión de fármacos de baja utilidad terapéutica (UTB)
- Sustitución de fármacos según el programa de intercambio terapéutico (PIT)
- Inclusión de medicamentos necesarios según las necesidades terapéuticas del centro
- Unificación de diferentes especialidades o formas farmacéuticas del mismo grupo terapéutico en un único principio activo

4. Asesoramiento sobre la ubicación más adecuada para el DM.

5. Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo.

6. Establecimiento de programas de educación sanitaria a los DUEs y cuidadores.

4. Realización de una encuesta del grado de satisfacción del personal del CADP y familiares:

- a) Atención Farmacéutica prestada
- b) Implicación del SFH en el DM
- c) Percepción de mejora con respecto a la situación anterior

5. Análisis de costes: medicación dispensada por el SFH vs. gasto por receta.

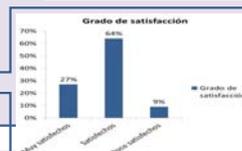
### RESULTADOS

- El CADP atiende a 47 residentes (edades: 18-81 años, mediana = 39)

- Se realizaron un total de 74 intervenciones farmacéuticas (1,5 intervenciones/paciente).

- El ahorro en el gasto de medicamentos comparado con receta fue de 20.940 € (55,5%) ➡ Ahorro = 455 €/paciente/6 meses.

- Los resultados de la encuesta de satisfacción fueron:



### CONCLUSIONES

- ✓ El programa de AF en el CADP permite optimizar la farmacoterapia y los recursos, potenciando el uso racional del medicamento ➡ mejora en la calidad asistencial recibida por los pacientes y una disminución del gasto en medicamentos.
- ✓ Los resultados de la encuesta muestran un elevado grado de satisfacción.

# IMPLEMENTACION DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO .



Moreno Perulero ML, Alañón Pardo MM, Blázquez Romero C, Lozano Toledo R, Franco Sereno MT, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. HGUCR



## OBJETIVO

- Describir el procedimiento para la implementación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en un centro sociosanitario (CSS) del SESCAM.

## MATERIAL Y METODOS

## RESULTADOS

Selección del CSS

Identificación de campos requeridos por la aplicación y de características del CSS, contacto con la empresa de la aplicación para verificar circuitos y creación de los datos maestros

**Julio 2013**

Residencia Asistida de Mayores Gregorio Marañón: Pública, 300 residentes.

- "ID paciente" → NHC de Mambrino®
- "Carros"; uno por planta.
- "Cama"

| Centro | Planta | Mesa comedor | Posición mesa | Cama  |
|--------|--------|--------------|---------------|-------|
| 1      | 1      | 01           | A             | 1101A |
| 1      | 1      | 10           | A             | 1110A |

- "UH" y "GFH": los mismos que utilizamos para asignar gasto.
- "Tipo de dispensación"; se crea uno nuevo denominado *centro sociosanitario*.

Diseño del circuito de trabajo

**Septiembre 2013**

- Ingresos, traslados y altas: manual por coordinación de enfermería
- Modificación de prescripción: Imprimir por enfermería una vez validada por médico y farmacéutico, para la preparación de la medicación del día siguiente.
- Medicamentos no incluidos en GFT y medicación de pacientes con seguro privado: Prescribirían en el campo "medicación no incluida en guía".

Contacto con S. Informática de la JCCM y de nuestro hospital

**Octubre 2013**

Instalación de la aplicación en los equipos del CSS y asignación de claves a los usuarios (cada grupo con un perfil definido previamente)

Implementación de la PEA

**Noviembre 2013**

- Ingreso de residentes en la aplicación por el farmacéutico.
- Sesiones formativas a enfermería y facultativos médicos: se les entrega instrucciones de la aplicación elaboradas por nuestro servicio y el circuito de trabajo.
- Transcripción de los tratamientos e instrucciones de enfermería por el farmacéutico para su posterior validación por los médicos.

**22 Noviembre 2013: Inicio de PEA**

## CONCLUSIONES

Las peculiaridades de los CSS hacen necesario un estudio de campo antes de la implementación de la PEA ya que no siempre se pueden seguir los procedimientos utilizados en pacientes ingresados. La planificación de reuniones, presencia del farmacéutico en el CSS e implicación del personal del CSS son imprescindibles para el buen funcionamiento de este tipo de proyectos.

## OBJETIVO

- Comparar la percepción de calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con infliximab vs abatacept.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal analítico en el que se incluyen los pacientes con diagnóstico de AR que acuden al Hospital de día Médico a recibir tratamiento con infliximab o abatacept en el primer semestre de 2013.  
Se excluyeron pacientes menores de 18 años.

**Cuestionario de salud**  
(basado en el  
cuestionario SF-36)

4 preguntas de respuesta  
cerrada y múltiple

1. "En general, usted diría que sus salud es..."
2. "¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con su salud antes de iniciar tratamiento con este medicamento?"
3. "¿Cuál es su grado de satisfacción o insatisfacción con este medicamento?"
4. "Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?"

• Para la asignación de resultados se empleó el enfoque Rand: 0 (peor puntuación) y 100 (mejor puntuación).

• Se crea como variable la puntuación global para cada paciente, como la suma de las puntuaciones de cada respuesta.

• Los cuestionarios se completaron con datos procedentes de historias clínicas (edad, sexo y número de administraciones recibidas).

• Análisis estadístico (SPSS® v15) método no paramétrico (U de Mann-Whitney) para la comparación del valor medio del resultado de cada pregunta entre el grupo de pacientes tratados con infliximab vs abatacept.

## RESULTADOS

Se identifican 24 pacientes con AR y tratamiento activo con infliximab o abatacept, Respondieron al cuestionario el 100% de los pacientes. 20,83% eran hombres y la edad media 53 años (33-70).

|  |                    | INFLIXIMAB             | ABATACEPT              |           |
|--|--------------------|------------------------|------------------------|-----------|
| Pacientes  |                    | 12                     | 12                     |           |
| Media de administraciones recibidas                        |                    | 31,08 (rango: 5-45)    | 20,87 (rango: 5-36)    |           |
| Puntuaciones medias, desviación estándar (DE) y valor de p | <b>Pregunta 1.</b> | 41,67 puntos, DE=12,31 | 33,33 puntos, DE=12,31 | (p=0,110) |
|  | <b>Pregunta 2.</b> | 77,08 puntos, DE=16,71 | 81,25 puntos, DE=15,54 | (p=0,534) |
|  | <b>Pregunta 3.</b> | 100 puntos, DE=0       | 83,33 puntos, DE=24,62 | (p=0,032) |
|  | <b>Pregunta 4.</b> | 33,33 puntos, DE=24,62 | 52,08 puntos, DE=31    | (p=0,119) |
| Media de las puntuaciones globales                         |                    | 252,08 (DE=45,8)       | 250 (DE=56,41)         |           |

La muestra no sigue una distribución normal para ninguna de las variables estudiadas (Shapiro-Wilk  $p < 0,01$ ).

## CONCLUSIONES

No se han encontrado diferencias en la percepción de la salud actual, antes y después del tratamiento entre los dos grupos de pacientes, ni en la aparición de alteraciones psicológicas (desánimo y tristeza). Sin embargo, existe un mayor grado de satisfacción en el grupo de pacientes tratados con infliximab. Se debería ampliar el tamaño muestral en futuros estudios para comprobar dichas conclusiones.

## OBJETIVO

Analizar los resultados de la propuesta de desescalada terapéutica en base a cultivos microbiológicos en pacientes en tratamiento con carbapenems.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de 2 meses

Propuesta de desescalada

Intervención farmacéutica (IF) mediante mensaje en la prescripción electrónica

Pacientes ingresados que inician con:

- IMIPENEM/CILASTATINA
- MEROPENEM
- ERTAPENEM

Revisión de todas las prescripciones con carbapenems y sus pruebas microbiológicas

Se excluyeron pacientes en unidades de críticos y pediátricos.

### VARIABLES ANALIZADAS

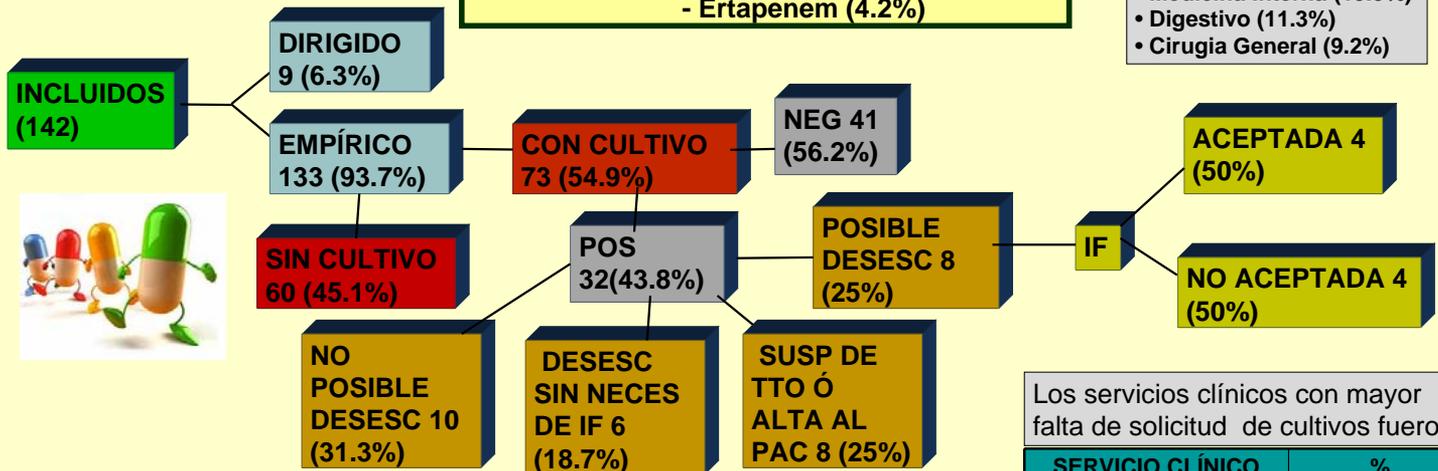
- Demográficas
- Carbapenem prescrito
- Tto empírico o dirigido
- Solicitud o no de cultivos microbiológicos
- Microorganismo aislado
- Existencia de antibiograma
- IF realizadas y grado de aceptación de las mismas

## RESULTADOS

- Media de edad: 70 años (DE:15.9)
- 56.3% hombres

142 pacientes: - Imipenem/cilastatina (74%)  
- Meropenem (21.8%)  
- Ertapenem (4.2%)

- Cirugía Vasculard (26.8%)
- Geriatría (17.6%)
- Medicina Interna (15.5%)
- Digestivo (11.3%)
- Cirugía General (9.2%)



Los servicios clínicos con mayor falta de solicitud de cultivos fueron:

| SERVICIO CLÍNICO | %    |
|------------------|------|
| CIRUGIA VASCULAR | 52.6 |
| DIGESTIVO        | 50   |
| GERIATRIA        | 44   |
| CIRUGIA GENERAL  | 30.8 |
| MEDICINA INTERNA | 27.3 |

•En los pacientes con tratamiento dirigido, en el 22,2% (2/9) se realizó IF proponiendo desescalada, siendo aceptadas en el 100%.

•Los microorganismos aislados fueron 68% enterobacterias (mayoritariamente *Escherichia coli*), 13% *Staphylococcus aureus* y 10% *Pseudomonas aeruginosa*.

## CONCLUSIONES

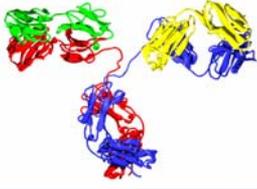
Las intervenciones farmacéuticas ayudan a la optimización de la terapia antibiótica hospitalaria. Sin embargo, debido al alto porcentaje de pacientes sin solicitud de cultivos, el rendimiento global de la acción ha sido discreto.

Muñoz Cejudo BM., Pérez Serrano R., Moreno Perulero ML.,

Vila Torres E., Blázquez Romero C., Encinas Barrios C.

Hospital General de Ciudad Real. Servicio de Farmacia.

## OBJETIVO



El síndrome de **meningitis aséptica** (MA) está descrito en ficha técnica de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) asociado con más frecuencia a altas dosis (2g/kg), elevada velocidad de perfusión y en pacientes con deficiencia de IgA, especialmente en aquellos con anticuerpos anti-IgA. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de MA repetida en paciente con hipogammaglobulinemia con ausencia de células B en sangre periférica, tras recibir tratamiento con distintas presentaciones de IgIV.

## MATERIAL Y MÉTODO

La información ha sido recopilada a través de la revisión de la historia clínica electrónica (Mambrino®), aplicación electrónica de laboratorio Siglo® (los parámetros recogidos fueron los niveles séricos de IgG) y fichas técnicas de las distintas presentaciones de inmunoglobulinas (Ig).

## RESULTADOS



Mujer de 31 años (50kg) diagnosticada de hipogammaglobulinemia IgG (348 mg/dl, valores de referencia [751-1560mg/dl]), IgM y déficit absoluto de IgA que al día siguiente de recibir tratamiento con Flebogamma® 400mg/kg (trazas de Ig A=50mcg/ml) es ingresada en el Servicio de Medicina Interna (SMI) por cuadro de fiebre, náuseas, escalofríos, cefalea frontal y nucal resultando el **diagnóstico MA secundaria a la administración de IgIV.**

Tras este episodio, el SMI consulta con el Servicio de Farmacia (SF) la disponibilidad de presentaciones de IgIV que no contengan IgA. Se realizó una búsqueda bibliográfica y se identificó Gammagard® como la Ig con menor contenido en IgA (3mcg/ml en solución 5%). Se propuso la posibilidad de administración de Flebogamma® en perfusión continua, para disminuir la velocidad de administración y se informó de la disponibilidad en el mercado de una Ig subcutánea (IgSC).



Al mes, la paciente es ingresada de forma programada para recibir tratamiento con **Gammagard®** 400mg/kg repartidos en 2 días previa premedicación con metilprednisolona 30mg IV/12h, dexclorfeniramina amp 5mg/ml IV/8h y AAS 300mg comp/24h. Recibe el alta tras 24h finalizada la administración, sin síntomas.

A las 48 horas, la paciente acude a urgencias con síntomas de MA que tras tratamiento con corticoides mejoran en 24h. La paciente fue citada durante 3 meses sucesivos para control de niveles de IgG en consultas externas, presentando niveles de IgG 1060mg/dl-813mg/dl-582mg/dl respectivamente.

En la última consulta, debido a que los niveles de IgG estaban en descenso, el SMI solicita al SF la adquisición de la **IgSC** y la paciente es citada para la tercera administración de Ig recibiendo **Hizentra® SC (IgA<50mcg/ml)** 4g semanales repartidos en 2 días consecutivos con premedicación de metilprednisolona 32mg comp/12h, montelukast 10mg comp/12h y AAS 300mg/24h mantenida, valorando su reducción según tolerancia en los siguientes ciclos. Tras 3 administraciones semanales, la paciente mantiene niveles de IgG (737mg/dl) y no ha presentado reacciones adversas.



## CONCLUSIONES

El tratamiento con IgSC parece ser una alternativa eficaz para pacientes con deficiencia de IgA cuya única alternativa es el tratamiento con Ig. Es fundamental continuar el seguimiento de la paciente para ver su evolución y tolerancia al tratamiento a largo plazo.

# NUEVAS FUNCIONES DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL "ACTIVIDADES INFARMÁTICAS"



Lozano Toledo R., Campanario López I., Alañón Pardo MM,  
Moreno Perulero ML., Blázquez Romero C., Encinas Barrios C.  
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real



## OBJETIVO

Cuantificar las intervenciones farmacéuticas en cuestiones relacionadas con incidencias informáticas e identificar al área del servicio de farmacia (SF) implicada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- ❑ Automatización en los procesos logísticos (almacenamiento y dispensación de medicamentos) con carruseles horizontal, verticales y 12 sistemas semiautomáticos de dispensación (SADME) en unidades clínicas.
- ❑ Prescripción Electrónica Asistida (PEA) en el hospital de día oncohematológico y el área de hospitalización a excepción de Pediatría.

**PERIODO DE ESTUDIO**  
Julio-Diciembre 2013

**HOJA DE REGISTRO DE  
INCIDENCIAS**  
Llamadas telefónicas



PUESTO TRABAJO  
FARMACÉUTICO

### LLAMADAS REALIZADAS A:

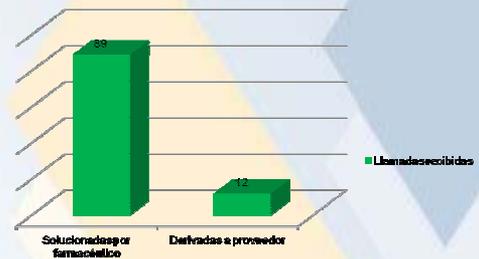
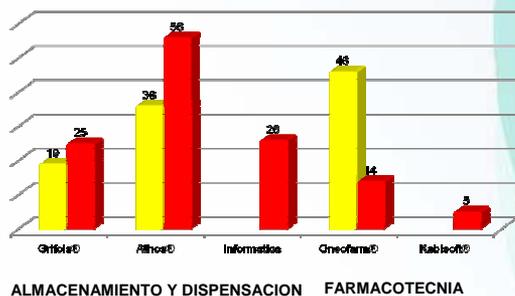
- Programa de Gestión de Stock y PEA (Athos®)
- PEA y Elaboración de citostáticos (Oncofarm®)
- Elaboración de nutriciones parenterales (Kabisoft®)
- Empresa proveedora de carruseles y SADME (Grifols®)
- Servicio de Informática del hospital

### LLAMADAS RECIBIDAS DE:

- Personal del hospital
- Solucionadas por farmacéutico
- Derivadas a proveedor.

## RESULTADOS

### Análisis de llamadas telefónicas de actividades informáticas registradas



## CONCLUSIONES

Se identifica el área de almacenamiento y dispensación de medicamentos como una de las que mas incidencias informáticas gestiona.

La gran cantidad de llamadas en las que interviene un farmacéutico, hace que se haya creado la figura del farmacéutico "infarmático" para la resolución de consultas y como persona de contacto con proveedores para centralizar y canalizar las incidencias y solicitudes.



## ¿QUÉ APORTAN LOS NUEVOS TRATAMIENTOS EN MELANOMA METASTÁSICO? CASO CLÍNICO

Zamora Ferrer, E; Morales Chamorro R; Andrés Navarro N; Canales Ugarte, S; Fraga Fuentes, D; Araque Arroyo, P.  
Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

### OBJETIVOS

Analizar eficacia y seguridad de la combinación Dabrafenib/Trametinib en melanoma metastásico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica de paciente con melanoma en MambrinoXXI® durante la rotación del Residente de Farmacia en Oncología Médica.

### RESULTADOS

Mujer 23 años. Consulta por verruga sangrante-dolorosa en brazo derecho. De FEBRERO-MAYO 2012 se realizan 4 excisiones. Anatomía patológica: melanoma BRAF-V600E, 8/14 ganglios afectados, PET-TAC: no extensión. Diagnóstico: **MELANOMA IIIC** (pT4pN3M0)

JUNIO 2012: Tratamiento adyuvante: **INTERFERÓN α** (esquema Kirkwood) + RT local

Tras 36 ciclos: **RECAÍDA LOCAL**

AGOSTO 2013: 1ª LÍNEA QT PALIATIVA: **DACARBACINA IV**

Tras 2 ciclos (octubre 2013): RECAÍDA LOCAL  
ESTADO GENERAL MUY DETERIORADO  
PET-TAC: METÁSTASIS CEREBRALES, PULMONARES BILATERALES, HEPÁTICAS.  
Diagnóstico: **MELANOMA METASTÁSICO**

OCTUBRE 2013: RT PALIATIVA + 2ª LÍNEA QT PALIATIVA: **DABRAFENIB** (inhibidor BRAF) + **TRAMETINIB** (inhibidor MEK). **USO COMPASIVO GRATUÍTO**. Tras solo 2 semanas REMISIÓN CASI COMPLETA Y ESTADO GENERAL MUY MEJORADO.

MARZO 2014: Dolor lumbosacro y malestar inespecífico  
¿RAM?/ ¿PROGRESIÓN?: **TAC PENDIENTE**

TRAS 2 SEMANAS DABRAFENIB/TRAMETINIB

### CONCLUSIONES

Melanoma metastásico muy agresivo y avanzado libre de progresión tras 5 meses con Dabrafenib/Trametinib. Dado que la combinación demostró una mediana supervivencia libre de progresión de 9,4 meses, y la excelente evolución clínica de la paciente, parece que la sintomatología es debida a una probable RAM, que tras confirmarse con el TAC solicitado, determinará la actitud terapéutica. El Uso Compasivo gratuito ha permitido el acceso a un tratamiento que ha logrado beneficios clínicos importantes sin impactar en el presupuesto del hospital.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguno

Hospital General la Mancha Centro Hospital General la Mancha Centro Hospital General la Mancha Centro

# RESPUESTA A LA VACUNA ADYUVADA DEL VIRUS DE HEPATITIS B EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO RESPONDEDORES A LA PAUTA DE VACUNACIÓN CLÁSICA

Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P<sup>1</sup>, Araque Arroyo P<sup>1</sup>, García Agudo R<sup>2</sup>, Zamora Ferrer E<sup>1</sup>, Jerez Fernández E<sup>1</sup>, Andrés Navarro N<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

## OBJETIVO

Los pacientes diagnosticados de enfermedad renal crónica (ERC) constituyen un grupo de población con alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis B (VHB). La vacunación profiláctica está indicada si el antígeno de superficie del VHB es negativo y no se tiene inmunidad natural protectora por contacto con el virus. En la práctica clínica, el porcentaje de respondedores a la vacunación de VHB es menor que en la población general.

□ **Objetivo:** determinar la respuesta a la vacuna adyuvada del VHB [mediante título de anticuerpos contra el antígeno de superficie (AChBs)] en pacientes con ERC en programa de pre-diálisis que no han respondido a dos ciclos de la pauta clásica (ocho dosis de 40 mcg) de vacuna no adyuvada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Análisis retrospectivo, en un hospital de segundo nivel, en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron cuatro dosis de 20 mcg de la vacuna de VHB adyuvada (0, 1, 2 y 6 meses) en el periodo comprendido entre enero 2011 y febrero 2014.
- Todos los pacientes estaban en programa de pre-diálisis y habían recibido previamente dos ciclos de cuatro dosis doble (40 mcg) de la vacuna de VHB no adyuvada (0, 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 13 meses), sin obtener respuesta (título AChBs < 10 mUI/mL).
- Se ha seguido el protocolo de utilización hospitalario de vacunación acordado en Comisión de Farmacia y Terapéutica de nuestro hospital.
- Se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, estadio de ERC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y tabaquismo.
- Se determinó el título de AChBs tras cada dosis de vacuna y al año del inicio.
- Los datos referentes a las variables cuantitativas se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar.

## RESULTADOS

- Se analizaron 26 pacientes, de edad media 71,8 años (DE  $\pm$  9,6) y 61,5% varones.
- Todos los pacientes se encontraban en un estadio muy avanzado de la enfermedad (50% en estadio 4 y 42% en estadio 5).
- El 96,1% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, el 57,7% diabetes mellitus, el 53,8% obesidad y el 3,8% eran fumadores.
- El 77,7% de los pacientes respondieron al tratamiento con la vacuna adyuvada: 50% tras la primera dosis, y el 23,9% y 3,8% tras la segunda y tercera dosis, respectivamente. En los pacientes respondedores, el 55% presentaba AChBs entre 10-99 mUI/mL, el 25% entre 100-999 mUI/mL y el 20% > 1000 mUI/mL.
- Se ha podido determinar el título de AChBs al año en 11 de los pacientes manteniendo la respuesta el 55% de los casos, con un título medio de 43,1 mUI/mL.
- En el periodo de estudio, de los 121 pacientes que han recibido  $\geq$  cuatro dosis doble de vacuna no adyuvada, 26 (21,5%) han precisado tratamiento con la vacuna adyuvada.

## CONCLUSIONES

Este protocolo de vacunación consigue altas tasas de inmunización pero la pérdida de respuesta es muy rápida lo cual plantearía la necesidad de un segundo ciclo de vacuna adyuvada o la administración de una dosis de recuerdo. Se sugiere la realización de nuevos estudios que evalúen la respuesta a nuevas pautas de vacunación.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

IX JORNADA CIENTIFICA DE LA SCMFH. Guadalajara, 16 y 17 de Mayo de 2014

Desde el Servicio de Farmacia del Hospital se ofrece prestación y atención farmacéutica a 10 centros sociosanitarios, incorporándose el último año una nueva residencia psiquiátrica.

## OBJETIVOS

Describir la diferencia del gasto farmacéutico que ha supuesto y las intervenciones de atención farmacéutica realizadas a una residencia psiquiátrica al incorporarse en la prestación farmacéutica del Servicio de Farmacia del Hospital.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de 1 año de duración.

Las variables recogidas fueron edad, sexo de los residentes. Número y tipo de recomendaciones realizadas y su aceptación.

Para analizar la diferencia económica estimada del modelo anterior de prestación en la oficina de farmacia y de la actual desde el servicio de farmacia del hospital, se comparó el PVP de las unidades de los medicamentos consumidos con el precio medio hospitalario.

## RESULTADOS

La residencia consta de una media de 43 pacientes de salud mental con una edad media de 45 años. 52% varones. Se realizaron un total de 37 intervenciones farmacéuticas. En 2 casos se recomendó iniciar un medicamento por detectar error de omisión; en 1, suspender medicamento por duplicidad. En 12 se recomendó la sustitución por otra presentación farmacéutica para ajustarse a la dosis prescrita y evitar tener que dar más de un comprimido en 4 casos o para evitar fraccionar los comprimidos en 8 casos.

Se recomendaron 17 sustituciones por equivalente más eficiente para la adecuación a la guía farmacoterapéutica.

La aceptación de las recomendaciones fue de 54 %. Todas las no aceptadas, 13, fueron de las recomendaciones de sustituciones para adecuarse a la guía.

| PVP ANUAL | GASTO ANUAL | AHORRO ESTIMADO | % AHORRADO |
|-----------|-------------|-----------------|------------|
| 226907 €  | 141666 €    | 85328 €         | 37,6 %     |



## CONCLUSIONES

La prestación farmacéutica hospitalaria de centros sociosanitarios tales como esta residencia psiquiátrica supone un importante ahorro en el gasto farmacéutico. A esto se suma la atención farmacéutica que realiza el Farmacéutico Especialista Hospitalario. Se deben implantar medidas para aumentar la racionalización y adecuación a la guía.

# REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL BOTIQUÍN Y GUÍA DE ANTÍDOTOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.



Alañón Pardo, MM; Vila Torres, E; Campanario López, I; Blázquez Romero, C; Franco Sereno, MT; Encinas Barrios, C.  
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



## OBJETIVOS

Revisar y actualizar la Guía de antídotos (V-I Ed 2010) de un hospital de tercer nivel y su correspondiente botiquín disponible en el Servicio de Farmacia.

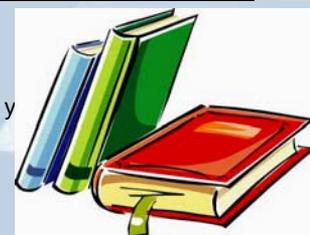
## MATERIAL Y METODOS

A principios de 2014:

BÚSQUEDA  
BIBLIOGRÁFICA

FUENTES DE  
INFORMACIÓN

**PRIMARIAS:** fichas técnicas y artículos científicos originales.  
**SECUNDARIAS:** Medline, buscando por descriptores Mesh: *antidotes, poisoning, Pharmacy Service hospital y guideline.*  
**TERCIARIAS:** bases de datos de toxicología, guías de antídotos de otros hospitales, *Uptodate@*, manuales sobre tratamiento de intoxicaciones



- Para cada antídoto, se revisaron: **indicación, pauta posológica, vía y recomendaciones de administración, conservación y stock mínimo** (para medicamentos exclusivos del botiquín, cálculo aproximado para un paciente de 70 kg durante 48 h).
- La composición cualitativa se analizó en función de las recomendaciones de dotación mínima de antídotos por nivel asistencial definidas por la AETOX (2006) para un hospital de tercer nivel y el *National Poisons Information Service (NPIS)*.
- Se buscó información sobre **nuevos antídotos** para el tratamiento de las intoxicaciones más frecuentes.

**Criterios de exclusión:** Antídotos del botiquín de extravasaciones.

## RESULTADOS

Se revisaron los 36 antídotos de la Guía y los stock de los 16 antídotos incluidos en el botiquín:

**Lista A NPIS:** acetilcisteína 20% vial 2g (40 viales), etanol absoluto (60 ampollas), anticuerpos antidigoxina (20 viales), atropina, bicarbonato sódico 1M y 1/6 M, carbón activo, dantroleno (72 viales), deferoxamina (20 viales), edetato de cobalto (12 ampollas), flumazenilo, glucagón, glucosa 33%, naloxona, piridoxina, pralidoxima (130 viales), protamina, suero antiofídico (4).

**Lista B NPIS:** edetato cálcico-disódico (40 ampollas), dimercaprol (36 ampollas), suero antibotulínico (2).

**Lista C NPIS:** hidroxibalamina (6 viales), penicilamina (30 cápsulas), fisostigmina (10 ampollas).

**Lista D NPIS:** sulfato de magnesio.

**Sin clasificación:** aceite de parafina, ácido ascórbico, azul de metileno, cloruro de amonio 1/6 M, *Tierra de Füller®* (7 envases), neostigmina, nitroprusiato sódico, silibinina (16 viales), suero antirrábico (15 viales), sugammadex, sulfato sódico, vacuna antirrábica (3).



- Las indicaciones, posologías, vías de administración y recomendaciones de conservación y administración coincidieron ampliamente con la información consultada. No se encontraron recomendaciones de amplia aceptación para el stock mínimo.
- Se añadieron **nuevas indicaciones** para **bicarbonato sódico**: cardiotoxicidad de **antidepresivos tricíclicos/antiarrítmicos Ia y Ic**
- Las últimas recomendaciones no incluyen el **aceite de parafina** como antídoto de la intoxicación por **hidrocarburos**.
- Se incorporaron **posologías pediátricas** de los antídotos que las referenciaban.
- Se incluyeron **nuevas relaciones antídotos-tóxicos: emulsión lipídica intravenosa** – fármacos **cardiotóxicos** liposolubles, **azul de Prusia- talio, fomepizol- metanol**.
- Se detalló **el orden de selección** de antídotos en la intoxicación por cianuro (primera elección: **hidroxibalamina**; alternativas: **EDTA dicobalto** y **nitritos**), **arsénico** y **mercurio** (primera elección: **dimercaprol**, alternativa: **penicilamina**).
- **Fomepizol** (lista B NPIS), considerado 1ª elección por algunos autores, debería ser evaluado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica para su inclusión en el botiquín.
- El botiquín de antídotos se ajusta en un **96,7%** a las **recomendaciones de dotación mínima de la AETOX**.

## CONCLUSIONES

El botiquín y Guía de antídotos no necesitan importantes cambios desde su última revisión en 2010. La actualización continuada de esta Guía garantiza la correcta atención toxicológica del paciente intoxicado.

## OBJETIVOS

La Agencia Española del Medicamento ha publicado varias alertas y notas informativas sobre la seguridad de fingolimod, desde su comercialización en 2011. En ellas concluye que la relación beneficio/riesgo es favorable, pero se recomienda que se refuercen las medidas de monitorización cardiaca. Además, se debe vigilar la función hepática, los linfocitos y hacer controles oftalmológicos. El objetivo principal del estudio es describir el perfil de efectos adversos de pacientes en tratamiento con fingolimod y si estos han sido causa de suspensión de tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con fingolimod.

**Periodo de estudio:** enero de 2012 a octubre de 2013.

**Ámbito:** hospital general universitario de tercer nivel.

**VARIABLES ESTUDIADAS:** sexo, edad, fármaco inmunomodulador previo (interferon beta), determinaciones analíticas: leucocitos, neutrófilos, GOT, GPT, GGT, ALP y, datos de seguridad registrados en la historia clínica: monitorización cardiaca, controles oftalmológicos y otros efectos secundarios.

**Fuentes de información:** módulo de pacientes externos de la aplicación informática del Servicio de Farmacia (Farmatools), Historia Clínica Electrónica y aplicación informática del Laboratorio.

**Análisis estadístico:** se realizó con el programa Minitab 16.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 10 pacientes (5 varones).

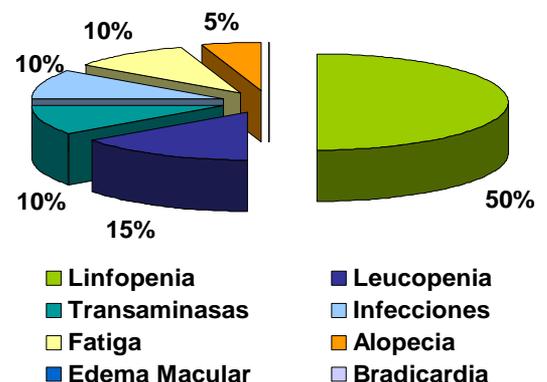
**Tiempo medio de estudio** 10.2 meses (SD = 2,93).

**Mediana de edad** 35 años (19-45).

El 100% de los pacientes estuvo en tratamiento previo con interferon beta.

### Resultados de seguridad:

- El 100% de los pacientes desarrolló linfopenia, pero en ningún caso se obtuvo un recuento absoluto de linfocitos  $<0,2 \times 10^9/L$  y, en sólo dos casos infecciones.
- En todos los casos se cumplió el protocolo de monitorización cardiaca sin tener que interrumpir tratamiento.
- En el 20% de los pacientes se produjo un aumento de las transaminasas hepáticas; pero, sin superar 5 veces el límite superior normal (LSN). La ALP en ningún caso superó el LSN.
- No se observaron casos de edema macular durante el periodo de estudio. Dos pacientes manifestaron fatiga y en un solo caso se produjo alopecia.



## CONCLUSIONES

En los pacientes estudiados, el efecto adverso observado con mayor frecuencia fue la linfopenia. Ni el descenso de los leucocitos ni ninguno de los demás efectos adversos observados llegaron a ser motivo para suspender tratamiento. No obstante, para generar conclusiones más firmes se requiere un mayor tamaño de muestra y tiempo de seguimiento.

# SOPORTE NUTRICIONAL Y PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



Alaón Pardo, MM; Vila Torres, E; Blázquez Romero, C; Muñoz Cejudo, BM; Martín Siguero, A; Encinas Barrios, C.  
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



## OBJETIVOS

- Describir el perfil de pacientes ingresados en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) de un hospital de tercer nivel.
- Analizar las prescripciones de soporte nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), así como evaluar su adecuación a las recomendaciones postuladas en el NICE.

## MATERIAL Y METODOS

- Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en una UTCA durante enero-diciembre 2013.
- **Fuentes consultadas:** historias clínicas e informes de resumen de tratamiento del programa de prescripción electrónica.
- **Variables registradas:** edad, sexo, diagnóstico, número de días de hospitalización, consumo de tóxicos, intento autolítico, comorbilidades mentales y orgánicas, tipo de nutrición (natural/artificial (enteral ó parenteral), completa/suplemento, forzada/no forzada), suplementos vitamínicos y minerales.
- **Recomendaciones del NICE** (enero 2004, última revisión 2013) referentes al soporte nutricional en los TCA:

- ❖ Tratamiento con suplementos vitamínicos y/o minerales orales en pacientes con anorexia nerviosa (AN)
- ❖ Administración oral antes que intravenosa de electrolitos deficitarios en pacientes con bulimia nerviosa (BN) y desequilibrio electrolítico.
- ❖ Evitar la nutrición parenteral (NP) y utilizar la alimentación forzada como último recurso en pacientes con AN.



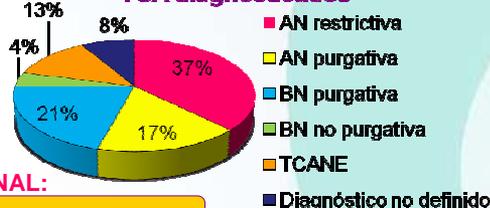
- Se definió "adecuación" como el cumplimiento de todas estas recomendaciones.

## RESULTADOS

### PERFIL DE PACIENTES

- 48 pacientes (97,9% mujeres)
- Edad media: 29,9 años (DE: 10,7 años)
- Estancia hospitalaria media: 59,5 días
- 52,1% había consumido tóxicos
- 18,9% con intento autolítico previo al ingreso
- 37,5% con comorbilidad mental
- 62,5% con comorbilidad orgánica (las más frecuentes las alteraciones hematológicas)

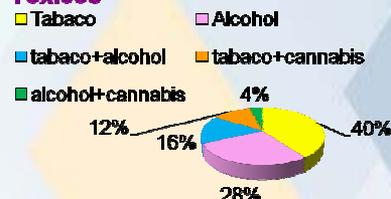
### TCA diagnosticados



### comorbilidades mentales



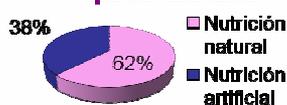
### Tóxicos



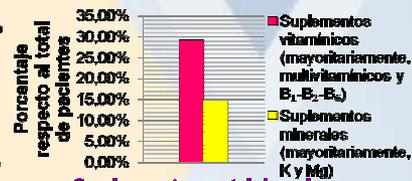
### SOPORTE NUTRICIONAL:

Grado de adecuación al NICE: **83,3%**

### Tipo de Nutrición



- La nutrición artificial fue siempre enteral (NE). Nunca se utilizó la NP
- El 93,8% de las NE fueron fórmulas poliméricas normoproteicas hipercalóricas sin fibra
- En el 16,6% de pacientes se realizó alimentación forzada mediante SNG



Orales en el 87,5% de pacientes

## CONCLUSIONES

- En la población estudiada, existe un predominio de los TCA en el sexo femenino y en la edad adulta. El TCA mayoritario es AN restrictiva. Son pacientes complejos, por el elevado número de comorbilidades mentales y orgánicas.
- La alimentación natural es el tipo de soporte nutricional más común. La adecuación de las prescripciones de soporte nutricional a las recomendaciones del NICE es elevada.

# UREA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA



Sánchez Gundín J., Martí Gil C., Recuero Galve L., Mejía Recuero M., Marcos Pérez G., Barreda Hernández D.  
Servicio Farmacia Hospitalaria, Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

## Objetivo

Evaluar efectividad, seguridad y coste de urea oral (UO) en el tratamiento de la hiponatremia.

## Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con hiponatremia tratados con UO. Datos recopilados:

Edad

Sexo

Filtración glomerular (FG)

Creatinina plasmática ( $Cr_p$ )

Sodio plasmático ( $Na_p$ )

Urea plasmática ( $U_p$ )

Osmolalidad plasmática ( $Osm_p$ )

## Resultados

4 pacientes (A,B,C y D):

- 3 hombres (A,B y D)/1mujer (C)
- $77.7 \pm 3.6$  años
- Función renal normal ( $FG > 60$  mL/min y  $Cr_p = 0.45 \pm 0.18$  mL/min)

### 1. Al ingreso

$U_p = 16-64$  mg/dL

$Na_p = 120.7 \pm 4.5$  mEq/L → se pautan sueros hipertónicos + restricción hídrica a los 4 pacientes

### 2. A los $9 \pm 0.8$ días del ingreso y tras fracaso terapéutico

Pacientes A,B y C:  $Na_p = 130.7 \pm 1.26$  mEq/L

UO 30g c/24h (1.6 € diarios)

Paciente D:  $Na_p = 129$  mEq/L → UO 15g c/24h

### 3. A los 3 días de iniciar el tratamiento

Pacientes A,B y C:

- $Na_p = 135.3 \pm 1.1$  mEq/L
- Aumento de  $U_p$  entre 18-58 unidades
- $Osm_p$  valor normal

Paciente D:

- No se aprecia aumento de  $Na_p$  (126 mEq/L)
- $U_p$  disminuye
- $Osm_p$  se mantiene baja

### 4. Diagnóstico

Paciente A y C: HIPONATREMIA MULTIFACTORIAL CON RESOLUCIÓN TRAS UO

Paciente B: SIADH → inicio Tolvaptán 30mg c/24h (75 € diarios)

Paciente D: HIPONATREMIA SECUNDARIA AL USO DE DIURÉTICOS

## Conclusiones

UO es una alternativa terapéutica efectiva, barata y segura para el tratamiento de la hiponatremia, patología que requiere principalmente restricción de líquidos, poco aplicable a este tipo de pacientes que frecuentemente requieren medicación intravenosa, sueroterapia y/o aporte nutricional parenteral.

Conflicto de intereses: No.

# USO DE INFLIXIMAB: OPTIMIZACIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA



Marcos Pérez G, Mejía Recuero M, Sánchez Gundín J, Recuero Galve L, Mulet Alberola A, Barreda Hernández D.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

## Objetivo

Evaluar la reducción en el coste del tratamiento con infliximab tras la implantación de una iniciativa centrada en la elaboración individualizada de los tratamientos de infliximab en el Servicio de Farmacia.

## Material y métodos

### Previo a la implantación del proyecto:

Dispensación de viales completos de infliximab por paciente  
y  
Reconstitución de los viales en Hospital de Día Quirúrgico (desechando el medicamento sobrante).

### Proyecto: optimizar el aprovechamiento de los viales de infliximab

- Reconstitución de viales en CFLH en el Servicio de Farmacia
- Creación agenda citas específicas para estos pacientes:  
2 días a la semana cada 15 días

**CALCULO AHORRO: N° teórico viales utilizados\* – n° real viales utilizados**

\*(si se hubiera desechado el medicamento sobrante de cada paciente)

### Datos recogidos:

- ☞ N° pacientes tratados con infliximab
- ☞ Servicio clínico prescriptor
- ☞ Diagnóstico
- ☞ N° real de viales utilizados
- ☞ N° supuesto de viales que se habrían utilizado previamente al proyecto (sin aprovechamiento de viales; con dispensación de viales enteros por paciente)

## Resultados

61 pacientes

S° clínico

29 Reumatología  
20 Digestivo  
12 Dermatología

Diagnóstico

18 Artritis reumatoide  
15 Enfermedad de Crohn  
10 Psoriasis  
7 Espondilitis anquilosante  
5 Colitis ulcerosa  
5 Otras enfermedades autoinmunes  
1 Artritis psoriásica

185 perfusiones IV

Ahorro  
73 viales

Ahorro  
36.154 €

696 teóricos vs 623 reales

11% coste total infliximab

Los costes relativos a recursos personales no se tuvieron en cuenta, pues no se requirió más personal sanitario para llevar a cabo el proyecto

## Conclusiones

La puesta en marcha de esta iniciativa dirigida a la optimización en la elaboración y uso de infliximab es una estrategia efectiva para disminuir los costes de forma significativa. Es por ello, que el farmacéutico del hospital puede jugar un importante papel en el control de los recursos sanitarios





# UTILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA AMBULATORIA EN LA ACTIVIDAD DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO INTEGRADO EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Mejía Recuero M, Marcos Pérez G, Lázaro Moreno T, Recuero Galve L, Martí Gil C, Barreda Hernández D, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

**OBJETIVO** Evaluar la utilidad de la prescripción electrónica del Tratamiento Domiciliario Prescrito (TDP) integrado en la Historia Clínica Informatizada (HCI) como herramienta de conciliación farmacoterapéutica. Detección de Problemas Relacionados con la medicación (PRM) y de Resultados Negativos a la Medicación (RNM). Describir las intervenciones realizadas sobre los RNM detectados.

**MATERIAL Y MÉTODO** Estudio prospectivo comparativo del TDP incorporado en la HCI Mambrino XXI®, en el apartado “Visor Clínico”, con el tratamiento domiciliario validado (TDV) mediante entrevista clínica e informes previos.

**Criterios de inclusión:** pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna desde 01-02-2014 hasta 10-03-2014.  
**Criterios de exclusión:** pacientes en los que no se pudo recoger datos de TDV mediante entrevista clínica.  
**Variables recogidas:** edad, sexo, TDP y TDV.

Para evaluar la utilidad del TDP se registraron las discrepancias detectadas respecto al TDV, clasificándose en:

- A:** medicamento extra.
- B:** omisión de medicamento.
- C:** diferente dosis.
- D:** diferente pauta posológica.

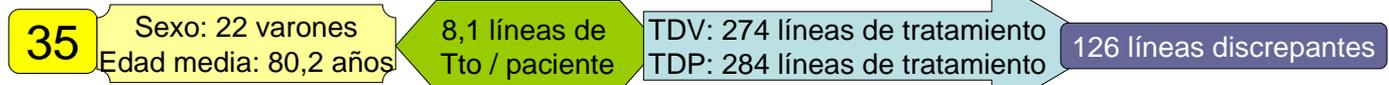
**Discrepancias justificadas:**

- Debidas a modificaciones adoptadas por el paciente según su situación clínica.
- Medicamentos excluidos del Sistema Nacional de Salud o de dispensación hospitalaria

**Gravedad de RNM:**

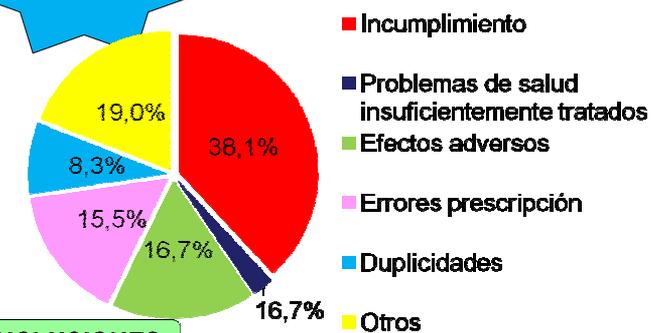
- 0-Sin relevancia
- 1-Alteración de parámetros analíticos.
- 2-Necesidad de monitorización/modificación del tto
- 3-Motivan/prolongan ingreso.

**RESULTADOS**

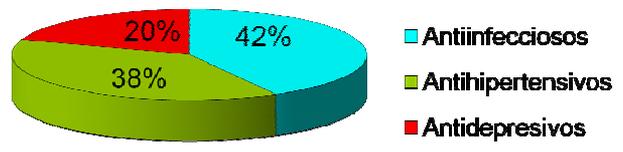


**DISCREPANCIAS** 73 injustificadas (2,1/paciente):  
A: 50,7% B: 39,7% C: 6,8% y D: 2,8%

**84 PRM** PRM: 3er Consenso de Granada



**Medicamentos implicados**



Gravedad RNM: 0 (50,0%), 1 (13,6%), 2 (22,8%) y 3 (13,6%)

| 22 RNM      | %    | 22 intervenciones | Tipo Intervención                    | %    |
|-------------|------|-------------------|--------------------------------------|------|
| Necesidad   | 63,6 |                   | Educación en salud                   | 63,6 |
| Seguridad   | 27,3 |                   | Retirada/sustitución del medicamento | 22,8 |
| Efectividad | 9,1  |                   | Modificación pauta/dosis             | 13,6 |

**CONCLUSIONES**

El TDP puede resultar útil como herramienta de conciliación, ya que presenta un alto porcentaje de discrepancias por omisión o medicamento extra. Constituye una herramienta de apoyo para la detección de PRM y RNM, muchos de ellos graves, que permiten al farmacéutico hospitalario integrado en el equipo interdisciplinar gestionar los riesgos asociados al uso del medicamento, mejorando la seguridad y calidad de la farmacoterapia del paciente al alta hospitalaria

Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Luz



# UTILIZACIÓN DE OSELTAMIVIR EN PACIENTES INGRESADOS DURANTE LA CAMPAÑA DE GRIPE 2013-2014

Blázquez Romero C\*, Franco Sereno MT\*, Pérez Serrano R\*, Abdel-Hadi Álvarez H\*\*, Muñoz Cejudo BM\*, Encinas Barrios C\*.

\*Servicio de Farmacia. \*\*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

## OBJETIVO

Analizar las prescripciones de Oseltamivir en pacientes ingresados durante la campaña de gripe 2013-2014 en un hospital de tercer nivel y evaluar los factores de riesgo (FR) asociados, resultado virológico y resultados en salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 5 meses de duración (octubre 2013-Febrero 2014) en el que se revisan todos los pacientes que ingresan en el hospital por sospecha de gripe y se les prescribe Oseltamivir.

### Recogida de datos

APD Prisma®  
Mambrino®  
SigloWeb®

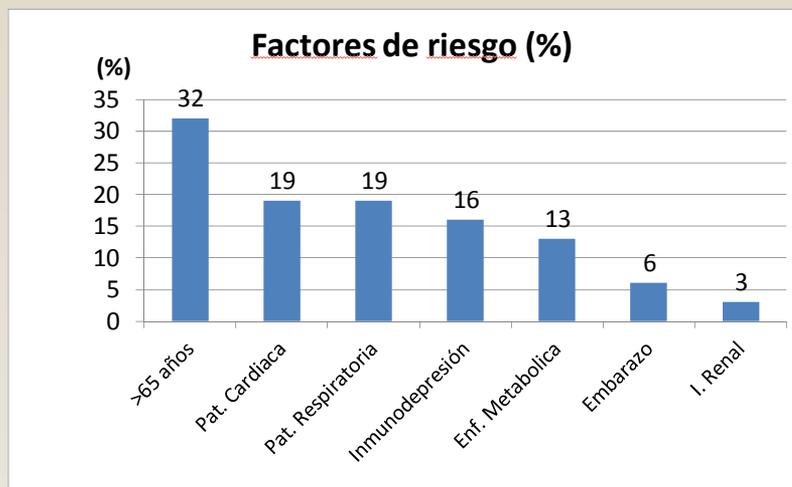
**Variables:** Edad, sexo, servicio prescriptor, resultado PCR, FR asociados (>65 años, inmunodepresión, embarazo, patología cardiaca, patología respiratoria, enfermedad metabólica y/o insuficiencia renal), tratamiento antibiótico concomitante, estancia hospitalaria, necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y mortalidad por cualquier causa.

## RESULTADOS

**103 pacientes** (55% mujeres) con una media de edad de 59,82 años (SD: 17,68). La mayoría (80,58%) en los Servicios de Medicina Interna y Neumología.

Se solicitó PCR en 71 pacientes (68,93%) de los cuales 31 tuvieron un resultado positivo (43,66%)

De los 31 pacientes con PCR positiva.....



- El **41,93%** no presentaba **ningún FR** y el 32,25% presentaban dos o más FR.
- Tres pacientes llevaron Oseltamivir en monoterapia sin antibioticoterapia.
- **Ingreso en UCI:** 9 pacientes (29,03%).
- La media de **estancia hospitalaria** fue de 11,22 días (SD: 7,83).
- **Fallecieron** 5 pacientes (16,13%).

\* De los pacientes con **PCR negativa**, la media de estancia hospitalaria fue de 9,51 días (SD: 5,05) y fallecieron 3 pacientes (7,69%).

## CONCLUSIONES

Destaca el porcentaje de pacientes que inician tratamiento con Oseltamivir sin solicitud previa de PCR. La edad junto con la inmunodepresión son los factores de riesgo más prevalentes.

Existe un alto porcentaje de pacientes con confirmación de gripe A y tratados con el antivírico que no presentaban factores de riesgo, lo que hace necesario una revisión más exhaustiva de dichos factores.

La estancia hospitalaria y la mortalidad fue menor en el grupo de pacientes con PCR negativa, lo que hace cuestionarse si la instauración del tratamiento antivírico ha sido óptima (< 48 horas desde el inicio de los síntomas).



# UTILIZACIÓN DE TETRAHIDROCANNABINOL-CANNABIDIOL EN UN HOSPITAL GENERAL



Recuero Galve L, Flor García A, Mulet Alberola A, Gómez Romero L\*, Martínez Valdivieso L, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia Hospitalaria. \*Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

## OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del uso de tetrahidrocannabinol (THC) en el tratamiento de la espasticidad.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (Junio 2011-Julio 2013) pacientes tratados con THC. Variables recogidas en historia clínica (HC) (Mambrino XXI®) e historia farmacoterapéutica del módulo de Gestión de Pacientes Externos (Farmatools-Dominion®):

Demográficas:  
Edad  
Sexo

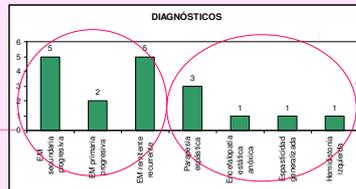
Clínicas:  
Diagnóstico    Fecha inicio THC    Número pulverizaciones/día  
Escala EDSS    Duración del tratamiento    Tratamiento previo/concomitante  
Efectos Adversos (EA)

Para evaluar la efectividad del tratamiento se ha valorado la disminución de la espasticidad/rigidez.

## RESULTADOS

18 pacientes recibieron THC, 10 mujeres con edad media 53±13 años.

12 pacientes con Esclerosis Múltiple (EM).  
16% del global de Pacientes con EM.  
EDSS medio 7.4±1.1



Tramitado como indicación fuera de ficha técnica (Real Decreto 1015/2009 19 de Junio)

Al cierre del estudio: 10 pacientes continuaban (6 EM) con número medio de pulverizaciones/día 6±2, tiempo medio de tratamiento 16±10 meses. Resto de pacientes abandonaron tratamiento por:

|            |              |                           |              |
|------------|--------------|---------------------------|--------------|
| INEFICACIA | INTOLERANCIA | COMORBILIDAD INCOMPATIBLE | OTRAS CAUSAS |
| 2          | 2            | 1                         | 3            |

|                          |                  |                 |         |
|--------------------------|------------------|-----------------|---------|
| TRATAMIENTO CONCOMITANTE | Tizanidina (T) 5 | Baclofeno (B) 4 | Ambos 4 |
| TRATAMIENTO ANTERIOR     | TBotulínica 3    | T y/o B 8       |         |

**EFFECTIVIDAD** 10 pacientes  
- Disminución espasticidad: 8 pacientes  
- Disminución rigidez: 2 pacientes.

**SEGURIDAD** 4 pacientes con EA  
- 2 suspendieron (EA cognitiva y entumecimiento)  
- 1 intolerancia y 1 efecto euforizante

## CONCLUSIONES

THC ha demostrado efectividad en la espasticidad de pacientes con EM en más de la mitad de los casos. No se ha podido reflejar una escala de medición de espasticidad (no recogida en HC). Seguridad: sólo 4 pacientes presentaron EA, 2 de ellos abandonaron tratamiento. Pero, los pacientes que utilicen este tratamiento deben ser monitorizados por los profesionales de la salud.

Son necesarios más estudios para identificar los grupos de pacientes que pueden obtener beneficios del tratamiento con THC.

Conflicto de intereses: Ninguno



IX Jornada Científica SCMFH. Guadalajara 16 y 17 de Mayo de 2014

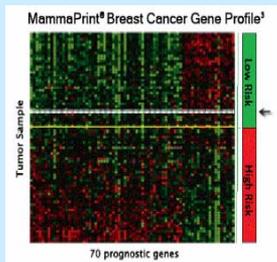


Martín Sigüero A<sup>1</sup>, García López MJ<sup>2</sup>, Franco Sereno MT<sup>1</sup>, Muñoz Cejudo BM<sup>1</sup>, Rodríguez Martínez M<sup>1</sup>, Encinas Barrios C<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

## OBJETIVO

El test genético Mammaprint® analiza la actividad de 70 genes directamente implicados en la evolución del cáncer de mama precoz (CMP), permitiendo estimar la probabilidad de recaída a los 10 años (pronóstico) y añadiendo información adicional respecto a factores clínico-patológicos.

Los objetivos del estudio son: conocer el riesgo de recaída y analizar la decisión terapéutica tras el resultado de Mammaprint® en mujeres en las que el beneficio de administrar QT adyuvante planteaba dudas al clínico responsable.



## MATERIAL Y MÉTODOS

✓ Estudio observacional retrospectivo de todas las pacientes que se realizaron Mammaprint® entre Mayo de 2012 y Febrero de 2014 en un hospital de tercer nivel tras selección y valoración por parte del oncólogo médico, además de firma del consentimiento informado y del pago del test (2.675 euros) por la propia paciente.

✓ Los requisitos establecidos para la realización del test fueron:

Se analizaron:

- **Edad.**
- **Riesgo de recaída** (bajo o alto) obtenido tras el test.
- **Tratamiento prescrito** tras conocer el riesgo.

- CMP operado.
- Edad menor de 75 años.
- Buen estado funcional, sin contraindicaciones para QT.
- Sin afectación de ganglios linfáticos (pN0) o con micrometástasis (pNm1c).
- Receptores estrogénicos (RE) positivos.
- HER-2 negativo.
- Tumor de 1-5 cm con algún factor de riesgo (expresión RE entre 10% y 60%, expresión RP menor o igual del 20%, índice proliferativo medido por Ki67: 14-30%, grado histológico 2-3).
- Tumor de 0,5-1 cm (con al menos 2 factores de riesgo).

## RESULTADOS

25 pacientes

17 (68%): BAJO RIESGO

8 (32%): ALTO RIESGO



### BAJO RIESGO (17)

- ✓ Media de edad: 52.41 años (DE:7.85).
- ✓ **Hormonoterapia (HT):** 12 pacs.
- HT+Radioterapia (RT):** 5 pacs.
- ✓ **HT premenopáusicas** (10): Antiestrógeno (tamoxifeno).
- \*En 4 casos se añadió un análogo de LHRH: goserelina en 3 y triptorelina en 1.
- HT postmenopáusicas** (7): Inhibidor de aromatasa (anastrozol en 4 y letrozol en 3).

### ALTO RIESGO (8)

- ✓ Media de edad: 52.63 años (DE:5.04).
- ✓ **QT+HT+RT:** 6 pacs.
- QT+HT:** 2 pacs.
- ✓ **QT:** - 4 ciclos AC (Adriamicina + Ciclofosfamida) cada 21 días+ 12 ciclos de paclitaxel semanal (5).  
 - 4 ciclos de FEC (Fluouracilo + Epirubicina + Ciclofosfamida) cada 21 días + 12 ciclos paclitaxel semanal (3).
- ✓ **HT premenopáusicas** (3): Antiestrógeno.
- HT postmenopáusicas** (5): Inhibidor de aromatasa (anastrozol en 2 y letrozol en 3).

## CONCLUSIONES

La utilización de Mammaprint® ayuda a identificar a aquellas pacientes con CMP que tendrán buena evolución con tratamiento hormonal, evitando tratamientos innecesarios con QT antineoplásica clásica que asocia una importante toxicidad y ocasiona costes tanto directos como indirectos.

Por ello, habría que valorar la financiación pública de su uso en la práctica clínica habitual.



## VALORACIÓN POST-IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Ruiz Martín de la Torre, R; Heredia Benito, Sánchez Ruiz de Gordo, M; Tenías Burillo, JM; Canales Ugarte, S; Valenzuela Gámez, JC. Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha-Centro. Alcazar de San Juan (Ciudad Real)

### INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio constituye un problema de salud no resuelto, de ahí la necesidad de la instauración de las Unidades de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP). El objetivo principal del estudio es describir el grado de satisfacción del personal sanitario con el trabajo realizado por la UDAP en un hospital general de 250 camas.

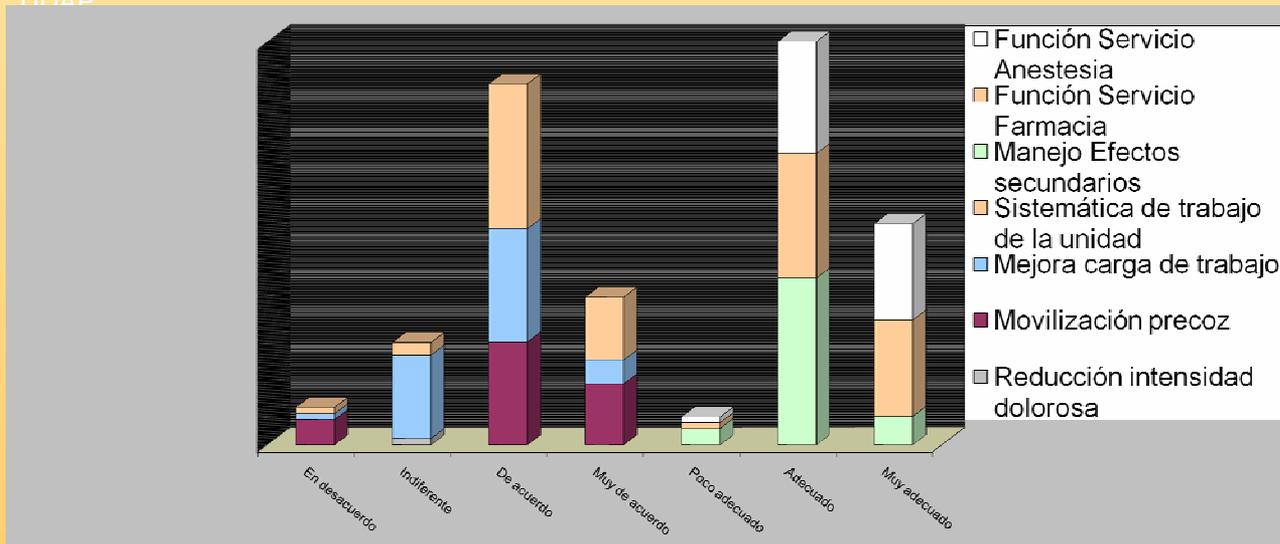
### MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevo a cabo un estudio observacional descriptivo mediante la cumplimentación de un cuestionario escrito dirigido a los Servicios quirúrgicos, Servicio de Anestesia y Reanimación, y al Servicio de Farmacia. El cuestionario constaba de 24 ítems: 5 relacionados con el perfil de los profesionales encuestados, 15 con la valoración y conocimiento del trabajo realizado por la UDA y los 4 últimos sobre la percepción subjetiva de la utilidad y accesibilidad de la unidad.

### RESULTADOS

Se cumplimentaron un total de 43 encuestas, 88,4 % mujeres y un 11,6 % hombres, con una edad media de  $35.8 \pm 7.4$  años (mediana de 35 años). Un 69,8 % de los encuestados estaban muy de acuerdo con la participación de la UDAP en el abordaje terapéutico de dolor postoperatorio. Los principales resultados obtenidos en cuanto a valoración asistencial y de la funcionalidad de los servicios integrantes de la UDAP ( Servicio de Farmacia y Servicio de Anestesia) se muestran en la figura 1.

Figura 1: Valoración asistencial y de funcionalidad de la UDAP



### CONCLUSIONES

La instauración de la UDAP podría suponer un valor añadido en la calidad de la asistencia a los pacientes hospitalizados, reduciendo la intensidad dolorosa con la consiguiente mejora del confort postoperatorio y reducción de la estancia, costes y comorbilidades asociadas. La realización de este tipo de encuestas es esencial en la instauración de nuevas UDAP y poder obtener información sobre los posibles puntos de mejora.