



# CONGRESO DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

## LIBRO DE COMUNICACIONES



**SOMUFARH**  
SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ISBN 978-84-09-63372-2

# ÍNDICE

<b>COMITÉS</b>	<b>8</b>
<b>PROGRAMA</b>	<b>11</b>
<b>COMUNICACIONES</b>	<b>16</b>
<b>ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO</b>	<b>17</b>
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA	18
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INTERFERÓN ALFA-2A PEGILADO EN POLICITEMIA VERA Y TROMBOCITEMIA ESENCIAL. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA	19
ESTUDIO DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ISAVUCONAZOL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	21
EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DISFAGIA E IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	22
EVALUACIÓN DE LOS INICIOS DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LA CONSULTA DE DISPENSACIÓN	24
EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN INFECCIONES CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES	25
INTERACCIONES DETECTADAS EN LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS EN TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN CON METADONA ORAL	27
MONITORIZACIÓN DEL AMBIENTE EN LAS CABINAS DE SEGURIDAD BIOLÓGICA DE UNA SALA BLANCA	28
PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON ESKETAMINA INTRANASAL DISPENSADA A PACIENTES AMBULATORIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL	30
RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRAS LA CREACIÓN DE LA NUEVA CONSULTA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO	31
SEGURIDAD Y EFICACIA DEL USO DE BROLUCIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	33
<b>ENSAYOS CLÍNICOS, EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	<b>35</b>
COMPARACIÓN INDIRECTA DE ANTICUERPOS FRENTE PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (ANTI-CGRP) Y FRENTE A RIMEGEPANT EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA EPISÓDICA	36

REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE JAK QUINASA, BARICITINIB Y UPADACITINIB, EN INDICACIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA	37
TERAPIA ANTI-FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR EN OFTALMOLOGÍA: ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?	39
<b>ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS</b>	<b>41</b>
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ÁCIDO OBETICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	42
<b>FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA. ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS</b>	<b>44</b>
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OFATUMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE	45
EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA, EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA	46
EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA VALLE DE RISPERIDONA + 9-HIDROXI-RISPERIDONA DE UNA GUÍA DE CONSENSO EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA	48
MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VORICONAZOL Y SU EFECTO EN EL HÍGADO Y RIÑÓN DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS	49
<b>FARMACOTECNIA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS</b>	<b>51</b>
DESARROLLO GALÉNICO DE ÓVULOS VAGINALES DE CIDOFOVIR 1% PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO PRODUCIDAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	52
DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO	53
EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE DISULFIRAM 25MG/ML SUSPENSIÓN ORAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	55
ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL GEL DE ANFOTERICINA B 3% EN INFECCIONES VAGINALES RESISTENTES A OTROS TRATAMIENTOS	56
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LAS PREPARACIONES NO ESTÉRILES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	58
FORMULACIÓN DE ENEMA DE ÁCIDOS GRASOS DE CADENA CORTA EN COLITIS ULCEROSA CON COLECTOMÍA SUBTOTAL E ILEOSTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO	59
FORMULACIÓN MAGISTRAL: ANÁLISIS DE INCIDENCIA Y CLASIFICACIÓN DE ERRORES EN LA PREPARACIÓN DIARIA	60
HIPERSENSIBILIDAD CUTÁNEA INMEDIATA DEBIDO A ¿TERAPIAS BIOLÓGICAS O POLISORBATO 80?	62

MONITORIZACIÓN DEL AMBIENTE EN LAS ÁREAS DE ELABORACIÓN DE LA SALA BLANCA	63
PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN MICROBIOLÓGICA MEDIANTE PLACAS DE CONTACTO DE LA SALA BLANCA DE UN SERVICIO DE FARMACIA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	64
<b>NUTRICIÓN</b>	<b>66</b>
CONTROL DE CALIDAD EN LA REALIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL CON BOMBA DE INFUSIÓN MULTIVÍA MEDIMIX MULTI®MF 4120R	67
REGISTRO DE CONTROL DE INGESTA COMO HERRAMIENTA DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE INGRESADO	68
<b>FARMACOTERAPIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS</b>	<b>70</b>
ANÁLISIS DE LAS ALERTAS DE TERAPIA SECUENCIAL EMITIDAS POR EL SISTEMA DE APOYO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS	71
ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMARCAL	72
ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PREVIAS A LA PUBLICACIÓN DE UNA GUÍA DE TRATAMIENTO EMPÍRICO REGIONAL	73
ANÁLISIS DEL USO DE CEFTAZIDIMA AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	75
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO FUERA DE INDICACIÓN DE LETERMOVIR EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO	76
EXPERIENCIA DE USO DE CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS	78
EXPERIENCIA DEL USO DE CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA. VALORACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD	79
FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE SARM Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	80
MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE B-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO	82
MANEJO HOSPITALARIO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO	83
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA E INFECCIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL GENERAL	84
PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS	85
TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE UN HOSPITAL COMARCAL	87

<b>GESTIÓN Y DESARROLLO ORGANIZATIVO, NUEVAS TECNOLOGÍAS Y PRODUCTOS SANITARIOS</b>	<b>89</b>
ADAPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES E INDICADORES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	90
EVALUACIÓN DE LA RETIRADA Y DEVOLUCIÓN DE MEDICACIÓN DISPENSADA EN CARROS DE UNIDOSIS TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE PREVISIÓN DE ALTAS: ESTUDIO PILOTO	91
EVALUACIÓN DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA: IMPACTO ECONÓMICO Y ACCIONES DE MEJORA	93
EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADOS POR TÉCNICOS DE FARMACIA	95
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN INTEGRADO CON LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	96
IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDOS DE TELE FARMACIA EN EL ÁREA DE ONCO-HEMATOLOGÍA	98
REPOSICIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS REALIZADA POR EL TÉCNICO DE FARMACIA	99
REUTILIZACIÓN Y AHORRO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN FARMACIA HOSPITALARIA	100
<b>SEGURIDAD, CALIDAD ASISTENCIAL Y HUMANIZACIÓN</b>	<b>102</b>
ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN LA CUSTODIA DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES	103
ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE FARMACIA EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE PETICIONES DE MEDICACIÓN INDIVIDUALIZADA	104
CARACTERÍSTICAS DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA	106
EL TÉCNICO DE FARMACIA "A PIE DE SILLÓN" EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO ONCOHEMATOLÓGICO	107
RECOMENDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA	108
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL GENERAL	109
SEÑALIZAR Y ANALIZAR LAS UBICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO POR RADIOFRECUENCIA DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	111
<b>PACIENTE CRÓNICO, CONTINUIDAD ASISTENCIAL, ATENCIÓN PRIMARIA Y SOCIOSANITARIOS</b>	<b>113</b>
ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS EN DOS CENTROS SOCIOSANITARIOS	114
ANÁLISIS DEL SWITCH DE COMPRIMIDOS SUBLINGUALES DE BUPRENORFINA A LA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE OPIOIDES	115

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	117
CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS VINCULADOS AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO	118
EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON PALMITATO DE PALIPERIDONA SEMESTRAL EN UN ÁREA DE SALUD	120
OPTIMIZACIÓN DE PRESCRIPCIONES DE VITAMINA D: UN ABORDAJE EFECTIVO A TRAVÉS DE LA REVISIÓN, NOTIFICACIÓN Y CORRECCIÓN DE PAUTAS POSOLÓGICAS	121
PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	122
PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	124
VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS RESIDENTES DE UN CENTRO SOCIO SANITARIO	125
VISITAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS PROCEDENTES DE UN CENTRO SOCIO SANITARIO: MOTIVO DE CONSULTA, FRECUENCIA Y RESOLUCIÓN	126
<b>ONCO-HEMATOLOGÍA</b>	<b>128</b>
EFFECTIVIDAD DE TRABECTEDINA EN SARCOMA DE PARTES BLANDAS	129
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABOZANTINIB EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO	130
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB DERUXTECÁN EN CÁNCER DE MAMA HER2+ NO RESECABLE O METASTÁSICO	131
ESTUDIO DE LA EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB-DERUXTECÁN PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA HER2+ LOW NO RESECABLE/METASTÁSICO	132
EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA LUMINAL ESTADIO IIIA Y IIIC	134
IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MÚLTIPLE	135
INCIDENCIA DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A PACLITAXEL EN PACIENTES PREMEDICADOS CON RANITIDINA	137
OSIMERTINIB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD	138
REACCIONES INFUSIONALES A PACLITAXEL TRAS RETIRADA DE LA PREMEDICACIÓN CON RANITIDINA	139
<b>TERAPIAS AVANZADAS</b>	<b>141</b>
SEGURIDAD EN VIDA REAL DE ANTICUERPOS BIESPECÍFICOS: SERIE DE CASOS	142



OTROS	144
ESTUDIO DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA FINANCIACIÓN Y EL USO DE MEDICAMENTOS EXCLUSIVOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD	145
<b>ÍNDICE DE AUTORES</b>	<b>147</b>



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

# COMITÉS

# COMITÉ ORGANIZADOR

## Presidenta:

M. Carmen Mira Sirvent  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

## Secretaría:

Ana Aranda García  
*Servicio de Gestión Farmacéutica. Servicio Murciano de Salud*

M<sup>a</sup> Mar Galindo Rueda  
*Hospital Virgen de la Arrixaca*

Mónica Martínez Penella  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

Inmaculada Gema Pérez Pérez  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

Elena Urbietta Sanz  
*Hospital General Universitario Reina Sofía*

# COMITÉ CIENTÍFICO

## Presidenta:

Amelia Chica Marchal  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

## Secretario:

Eduardo González Lozano  
*Consejería de Salud. Región de Murcia*

Miguel Almanchel Rivadeneyra  
*Hospital General Universitario Reina Sofía*

José María Alonso Herreros  
*Hospital Los Arcos Mar Menor. San Javier*

Vicente Arocas Casañ  
*Consejería de Salud. Región de Murcia*

María José Blázquez Álvarez  
*Hospital Virgen de la Arrixaca*

Elena Conesa Nicolás  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

Juan José Fernández Ávila  
*Hospital Virgen de la Arrixaca*

Isabel M<sup>a</sup> Fernández Martínez  
*Hospital de Orihuela*

Eva María García Martínez  
*Hospital Morales Meseguer*

Celia González Ponce  
*Hospital Virgen de la Arrixaca*

Andrea Lázaro Cebas  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

Ana Laorden Carrasco  
*Hospital Virgen de la Arrixaca*

Francisco de Asís López Guerrero  
*Hospital de Molina*

María del Mar Sánchez Catalicio  
*Complejo Hospitalario Santa Lucía*

Inmaculada Sánchez Martínez  
*Hospital de la Vega Lorenzo Guirao*

Eduardo Salas Martín  
*Hospital Rafael Méndez. Lorca*

Pablo Selvi Sabater  
*Hospital General Universitario Reina Sofía*

José Carlos Titos Arcos  
*Hospital Morales Meseguer*

Aina Tomás Luiz  
*Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca*

Javier Velasco Costa  
*Hospital Psiquiátrico Román Alberca*



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

# PROGRAMA



## Viernes, 31 de mayo 2024

9:00 Entrega Documentación

9:30-10:00 Inauguración congreso

10:15-11:30 **Mesa: Atención Farmacéutica, Calidad, Innovación y Humanización**

Moderador: Joaquín Plaza Anierte. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer.

**Mapex y Certificaciones de Calidad.**

Begoña Tortajada Goitia. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Victoria.

**Innovación y Tecnología.**

Emilio Monte Boquet. Servicio de Farmacia. H.U.P. La Fe.

**Experiencias humanización.**

María del Mar Galindo Rueda. Servicio de Farmacia. H.G.U. Virgen de la Arrixaca.

11:30-12:00 Café

12:00-13:45 **Mesa: Programa de Optimización de Antibióticos PROA**

Moderadora: Carmen Caballero Requejo. Servicio de Farmacia. Hospital Reina Sofía.

**Resistencias a los antibióticos y estrategias nacionales del PRAN.**

Antonio López Navas. Coordinación PRAN.

**Programa IRAS-PROA del SMS. Estrategias regionales.**

M. Mar Alcalde Encinas. Coordinación Regional Programa IRAS PROA.

**El día a día de un PROA en un hospital.**

María Sergia García Simón. Servicio de Farmacia. H.G.U. Santa Lucía.

13:45-14:00 **El día a día de un servicio de Farmacia Hospitalaria (Video).**

Josefa León. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

14:00-15:30 Comida

15:30-16:45 **Mesa: Nuevos horizontes en la farmacia hospitalaria**

Moderador: Vicente Arocas Casañ. Subdirección General de Farmacia. Consejería de Salud.

**Inteligencia artificial aplicada al proceso farmacoterapéutico.**

Ana Herranz Alonso. Servicio de Farmacia H.G. Gregorio Marañón.

**Datos en vida real para la toma de decisiones, BIFAP.**

María José Peñalver Jara. Centro de Farmacovigilancia de la Región de Murcia.

**Terapias celulares avanzadas.**

Ginés Luengo Gil. Servicio Anatomía Patológica H.G.U. Santa Lucía.

- 16:45-18:00 **Chester con la Farmacia Hospitalaria: ¿Hacia dónde navegamos?**  
 Moderadora: Cecilia Martínez Fernández-Llamazares. *Presidenta SEFH*  
 Alberto Espuny Miró. *Presidente SOMUFARH*  
 Raúl Ferrando Piqueres. *Presidente SVFH*  
 Juan Enrique Martínez de la Plata. *Presidente SAFH*
- 15:30-16:30 **Taller: "Desarrollo de habilidades y comunicación del técnico de (SALA 305) farmacia en la dispensación a pacientes externos".**  
 Raúl Prats Ortega. *Servicio de Farmacia Hospital de Manises.*
- 16:30-17:30 **Taller: "Aplicación de nuevas tecnologías en elaboración y control (SALA 305) de calidad"**  
 Moderadora: Amelia María Chica Marchal. *Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Santa Lucía.*  
**Montserrat Cutillas Milán.**  
*Enfermera Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Santa Lucía.*  
**José Joaquín Nicolás Martínez.**  
*Enfermero Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer.*
- 21:00 **Cena Congreso**

## Sábado, 1 de junio 2024

- 09:30-11:15 **Mejores comunicaciones de Farmacéuticos, Técnicos/Enfermeros/ Otros**

Moderadora: Inmaculada Sánchez Martínez. *Servicio de Farmacia. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.*

### COMPARACIÓN INDIRECTA DE ANTICUERPOS FRENTE PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (ANTI-CGRP) y FRENTE A RIMEGEPANT EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA EPISODICA

Selvi Sabater, Pablo; Meroño Saura, María Antonia; Ortiz Fernández, Patricia; Fernández-Viallacañas Fernández, Pilar; Castejón Castillejo, Ana; Urbieto Sanz, Elena  
*Hospital Reina Sofía. Murcia.*

### ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Hernández Sánchez, María; Díaz Ramón, Marta; Gutiérrez Sánchez, Juan Antonio Fructuoso González, Lydia; Torrano Belmonte, Paula; Guillén Díaz, María  
*Hospital Morales Meseguer. Murcia.*

### EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABOZANTINIB EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO

Pérez López, Clara; Olmos Jiménez, Raquel; Torró García, Lola; Céspedes Sánchez, Cristina; Gil Almela, Josá; Fernández Martínez, Raúl  
*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL GENERAL**

Varea Béjar, Ángela; Muñoz Celdrán, Dolores; Fernández Vela, Julia; López Carrasco, Cristina; Pérez Pérez, Inmaculada Gema; Sánchez Catalicio, María del Mar

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

**EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA VALLE DE RISPERIDONA + 9-HIDROXI-RISPERIDONA DE UNA GUÍA DE CONSENSO EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA**

Ruiz Ramirez, Juan Carlos; Ródenas García, Sandra; Viney, Alice Charlotte; González Pérez-Crespo, María Cristina; Alonso Herreros, José María; Soler Soler, María del Mar

*Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor.*

**SEÑALIZAR Y ANALIZAR LAS UBICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO POR RADIOFRECUENCIA DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**

García Iborra, María Esmeralda; Celma Martínez, Ariadna; Ortega Sánchez, Laura; Aledo Martínez, Josefa; Casero Lara, Ana María; Lázaro Cebas, Andrea

*Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

**EVALUACIÓN DE LA RETIRADA Y DEVOLUCIÓN DE MEDICACIÓN DISPENSADA EN CARROS DE UNIDOSIS TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE PREVISIÓN DE ALTAS: ESTUDIO PILOTO**

Cutillas Milán, Montserrat; Ortiz Valderas, Vanesa; Meroño Fernandez, María Dolores

Hernández Moreno, María; Merlos Maestre, Ángel; Lázaro Cebas, Andrea;  
*Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LAS PREPARACIONES NO ESTÉRILES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

Castejón Castillejo, Ana; Meroño Saura, María Antonia; Selvi Sabater, Pablo; Tesón Hernández, Alba; Santos López, Eva; Urbieta Sanz, Elena  
*Universidad de Murcia.*

**PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN MICROBIOLÓGICA MEDIANTE PLACAS DE CONTACTO DE LA SALA BLANCA DE UN SERVICIO DE FARMACIA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Fajardo Meroño, María Carmen; Martínez Sequero, María Carmen; Tomás Luiz, Aina; Martínez Fajardo, David; García Rodríguez, Sandra  
*Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.*

**EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADOS POR TÉCNICOS DE FARMACIA**

Rodríguez Rojo, María Victoria; García Matillas, Carmen Natividad; Fernández Tomás, Juana Dolores; López García, Raquel; Font Caja, Mercedes; López Conesa, Ana Belén

*Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.*

11:15-11:45 Café

11:45-13:00 **Mesa: Experiencias en medicina personalizada**

Moderadora: Mónica Martínez Penella. *Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Santa Lucía.*

**Individualización de tratamientos en oncología: cáncer de pulmón.**  
José Balsalobre Yago. *Servicio Oncología H.G.U. Santa Lucía.*

**Optimización farmacocinética oncohematología.**  
Fernando Gutiérrez Nicolás. *Unidad Investigación C.U. de Canarias.*

**Tratamientos personalizados en psiquiatría.**  
Eva Legido Perdices. *Servicio Farmacia Hospital Arnau de Vilanova.*

**Enfermedades inmunomediadas: optimización farmacocinética de medicamentos biológicos.**

Carles Iniesta Navalón. *Servicio de Farmacia HGU Reina Sofía.*

13:00-13:45 **Conferencia de Clausura "¿Sabes comunicar para conseguir tus objetivos? Herramientas de comunicación para el éxito en farmacia hospitalaria"**

D. Jacobo Ducay. *Director de desarrollo de negocio de SAI, consultora internacional especializada en venta y comunicación.*

14:00-14:15 **Clausura**





CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

# COMUNICACIONES



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA

# ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO

# EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Gil Almela, J.; De Gorostiza Frías, I. F.; Torró García, L.; Ramón Pérez, M.; Villa Carpes, J.; Céspedes Sánchez, C.

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

## Objetivos

Analizar la efectividad y seguridad de dupilumab como tratamiento del asma grave no controlada (AGNC).

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con dupilumab desde enero de 2022 hasta febrero de 2023 en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas para determinar el perfil de los pacientes fueron: edad, sexo, presencia de poliposis nasal, recuento de eosinófilos (Eos), concentración plasmática de inmunoglobulina E (IgE) y tratamiento previo con otro anticuerpo monoclonal (AcM).

La efectividad se evaluó midiendo cuatro variables principales: volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) como indicador de la función pulmonar, inflamación de la vía aérea a través de la fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) y puntuación del Asthma Control Test (ACT) y de la versión reducida del Asthma Quality of Life Questionnaire (mini-AQLQ). Se recogieron datos previos al inicio, así como a las 24 y 52 semanas.

Además, se analizó si los pacientes cumplían los criterios de respuesta a fármaco biológico definidos por la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.3):

- Puntuación en ACT  $\geq 20$ .
- Ausencia de ingresos hospitalarios o visitas a urgencias.
- Reducción de las exacerbaciones > 50%.
- Supresión del uso de glucocorticoides orales.

La seguridad se midió por la aparición de reacciones adversas (RA) y la necesidad de discontinuación del tratamiento.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del sistema de gestión y dispensación de medicamentos y se procesaron mediante Excel®. Los resultados se expresaron en mediana y rango intercuartílico (RIQ).

## Resultados

Se incluyeron 20 pacientes, de 57 (RIQ=51-64) años, 9 (45%) mujeres. Doce (60%) presentaban poliposis nasal. La mediana basal de Eos era de 570 (RIQ=415-983) células/ $\mu$ l, y la de IgE de 182 (RIQ=127-362) UI/ml. Ocho pacientes recibieron tratamiento previo con otro AcM: 4 omalizumab, 2 mepolizumab y 2 benralizumab.

En cuanto a la efectividad, se presentan los resultados de las variables principales, previo al inicio y a las 24 y 52 semanas, respectivamente:

1. FEV1 (%): 69,0 (RIQ=50,8-85,5); 80,0 (RIQ=65,0-88,5); 81,0 (RIQ=74,0-90,0).
2. ACT (puntuación): 13 (RIQ=10-14); 21 (RIQ=18-22); 23 (RIQ=22-24).
3. mini-AQLQ (puntuación): 3,47 (RIQ=2,85-3,77); 4,59 (RIQ=4,05-5,98); 5,67 (RIQ=4,50-6,42).

El FeNo disminuyó desde 42 (RIQ=36-55) ppb antes del inicio de dupilumab hasta 13 (RIQ=9-23) ppb al cabo de un año de tratamiento, de forma que el número de pacientes con FeNO > 25 ppb se redujo en un 76,5% (17 vs 4), y con FeNO > 50 ppb en un 100% (7 vs 0).

Por otro lado, todos los pacientes cumplieron los criterios de respuesta a fármaco biológico definidos por la GEMA 5.3, excepto un paciente en el que se retiró el fármaco a los 6 meses por falta de respuesta y necesidad de visita a urgencias.

En cuanto a la seguridad, un paciente presentó prurito en miembros inferiores y en otro se observó un aumento transitorio del recuento de Eos (hasta 3400 células/ $\mu$ L), pero sin repercusión clínica alguna. Ningún paciente abandonó el tratamiento por aparición de RA.

## Conclusiones

Los resultados indican que dupilumab es un medicamento seguro que mejora la función pulmonar (aumento del 12% en FEV1), los marcadores de inflamación tipo 2 (disminución del 70% en el FeNO) y el control de los síntomas en pacientes con AGNC, aumentando de esta forma su calidad de vida (incremento de 10 y 2,2 puntos en los cuestionarios ACT y mini-AQLQ, respectivamente).

---

# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INTERFERÓN ALFA-2A PEGILADO EN POLICITEMIA VERA Y TROMBOCITEMIA ESENCIAL. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA

**Ramón Pérez, M.; Villa Carpes, J.; Torró García, L.; Céspedes Sánchez, C.; Fernández Martínez, R.; González Ponce, C. M.**

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar la efectividad y seguridad de interferón alfa-2A pegilado (PEG-IFN alfa-2A) en pacientes diagnosticados de policitemia vera (PV) o de trombocitemia esencial (TE).

## Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a pacientes en tratamiento con PEG-IFN alfa-2A desde febrero de 2023 a enero de 2024.

Los datos demográficos se recogieron de la historia clínica electrónica del paciente y del programa de prescripción electrónica. Los tratamientos fueron aprobados por la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica al ser utilizados en una indicación de uso fuera de ficha técnica y los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de iniciarlo.

La efectividad del tratamiento fue evaluada según la respuesta hematológica a los 6 meses de tratamiento.

Se definió como respuesta completa (RC) hematológica a la presencia de un porcentaje de hematocrito (HCT) <45% en hombres y <42% en mujeres, ausencia de esplenomegalia, recuento de leucocitos <10x10<sup>9</sup>/L y a un recuento de plaquetas <400x10<sup>9</sup>/L; se definió como respuesta parcial (RP) hematológica a un HCT <45% en hombres y <42% en mujeres, recuento de leucocitos <10x10<sup>9</sup>/L, presencia de esplenomegalia durante el tratamiento y a un recuento de plaquetas >400x10<sup>9</sup>/L; se definió como respuesta hematológica nula o fallo total a la realización de 2 flebotomías o más para mantener el HCT en rango a pesar del tratamiento.

La seguridad se midió por la aparición de efectos adversos (EA) y la gravedad de los mismos.

## Resultados

Se analizaron 8 pacientes, de los cuales 2 eran hombres y 6 mujeres. 5 fueron diagnosticados de PV y 3 de TE. La mediana de edad fue de 66 años (rango 48-83). Todos los pacientes fueron tratados con hidoxicarbamida con una mediana de dosis máxima de 5,5 g/día (rango 0-8 g/día), todos los pacientes suspendieron hidoxicarbamida al iniciar PEG-IFN alfa-2A y fueron tratados con un antiagregante plaquetario oral concomitante a PEG-IFN alfa-2A. La pauta de tratamiento en todos los pacientes fue inicialmente de 90 mg por vía subcutánea semanal y solo en un paciente se incrementó la dosis a 135 mg semanales.

Al inicio de tratamiento la mediana de concentración de hemoglobina en sangre fue de 13,5 g/dL (rango 12-15,8), la mediana de HTC fue de 40% (rango 33-47%), la mediana de leucocitos fue de 10,3x10<sup>9</sup>/L (rango 4,85-15,17x10<sup>9</sup>/L), la mediana de plaquetas fue de 455x10<sup>9</sup>/L (rango 211-1403x10<sup>9</sup>/L) y ningún paciente presentaba esplenomegalia.

A las 6 meses todos los pacientes continuaban con PEG-IFN alfa-2A, 5 obtuvieron una RC hematológica, 1 una RP hematológica y 2 requirieron más de 2 flebotomías, por lo que se determinó respuesta nula. La mediana de la concentración de hemoglobina en sangre fue de 13 g/dL (rango 11-15,2 g/dL).

Respecto a la seguridad, solo un paciente presentó prurito en ambas rodillas y antebrazos.

## Conclusiones

El objetivo del tratamiento con PEG-IFN alfa-2A es disminuir las concentraciones de parámetros hematológicos y evitar o reducir el número de flebotomías realizadas en pacientes diagnosticados de PV y TE refractarios a otros tratamientos.

En la mayoría de los pacientes tratados con PEG-IFN alfa-2A se logró una respuesta completa hematológica y unos niveles de hemoglobina en rango; además no se notificó ninguna reacción adversa relevante; por lo tanto, la utilización de PEG-IFN alfa-2A en esta indicación podría ser una alternativa segura y efectiva.

---

## ESTUDIO DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ISAVUCONAZOL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Añez Castaño, R.; Herreros Fernández, A.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Ortiz Fernández, P.; Almanchel Rivadeneyra, M.; Urbieta Sanz, E.**

*Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

### Objetivos

Describir el perfil de utilización de isavuconazol en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

### Material y Métodos

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con isavuconazol durante el periodo de enero de 2021 a enero de 2024 en una unidad de cuidados intensivos.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, indicación terapéutica, posología, vía de administración, duración del tratamiento, tratamiento previo y motivo de suspensión de isavuconazol. Estos datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de gestión de farmacia.

### Resultados

Se incluyeron 13 pacientes (76.92% hombres) con una mediana de edad de 68 años [60-69]. La mediana de duración del tratamiento fue de 4 días [3-9]

Isavuconazol se prescribió en primera línea en 10 pacientes (76.92%) y en segunda línea en 3 pacientes (23.08%) En los pacientes que se utilizó en segunda línea el tratamiento anterior fueron dos casos de voriconazol y un caso de fluconazol.

Se utilizó para las siguientes indicaciones: aspergilosis pulmonar invasiva (API) en 2 pacientes (15.39%) y API probable tras la aplicación de algoritmos diagnóstico en 11 pacientes con síndrome de distrés respiratorio por COVID-19 (84.61%). Todos los pacientes recibieron la pauta intravenosa recogida en ficha técnica.

Del total 10 pacientes fueron exitus y 3 fueron altas a planta. De los pacientes exitus, 6 pacientes mantuvieron isavuconazol hasta la fecha de éxitus, 4 con cultivos negativos para aspergillus y 2 con diagnóstico de API y 4 pacientes suspendieron el tratamiento ante falta de respuesta.

De los 3 pacientes dados de alta, 2 suspendieron el tratamiento en planta ante cultivo negativo para aspergillus y 1 paciente mantuvo el tratamiento al alta durante dos meses más hasta negativización de cultivos para aspergillus.

## Conclusiones

La gravedad de los pacientes incluidos en este estudio no permite demora en el inicio de tratamiento antifúngico ante sospecha de API, por lo que se aplicaron los algoritmos que establecen el manejo de API asociada a ventilación mecánica en pacientes con COVID-19.

En todos los pacientes de nuestro estudio se prescribió isavuconazol asociado a síndrome de distrés respiratorio agudo por COVID-19, basando esta decisión en el diagnóstico de API probable descrito en las guías 2. Sin embargo, la confirmación del

diagnóstico mediante cultivos microbiológicos fue muy baja (15%), inferior a las reportadas en otro estudio (20-33%)<sup>1</sup> suspendiendo el tratamiento en la mayoría de pacientes tras el resultado de los cultivos negativos que descartan el diagnóstico de API o por éxitus.

Ante estos resultados, queda patente la necesidad de desarrollar modelos con una mayor probabilidad de acierto.

## Referencia

1. Sánchez Martín C, Madrid Martínez E, González Pellicer R, Armero Ibáñez R, Martínez González E, Llau Pitarch JV. Invasive pulmonary aspergillosis in patients with acute respiratory syndrome by COVID-19. *Rev Esp Anestesiol Reanim (Engl Ed)*. enero de 2022;69(1):48-53.
2. Armstrong-James D, Youngs J, Bicanic T, Abdolrasouli A, Denning DW, Johnson E, et al. Confronting and mitigating the risk of COVID-19 associated pulmonary aspergillosis. *Eur Respir J*. octubre de 2020;56(4):2002554.

---

# EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DISFAGIA E IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Viney, A. C.; Esparza Jover, S.; Alonso Herreros, J. M.; Ruiz Ramírez, J. C.; González Pérez-Crespo, M. C.; Soler Soler, M. M.

*Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.*

## Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos evaluar la prevalencia de disfagia en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel e identificar oportunidades de mejora en la adaptación de la farmacoterapia a la situación clínica del paciente.

La disfagia es una condición clínica habitualmente infradiagnosticada que se estima prevalente en el 10-15% de los pacientes hospitalizados. Se asocian factores de riesgo como el envejecimiento, la polimedicación y la presencia de patologías como la enfermedad cerebrovascular y neurodegenerativa. Por ello, una detección precoz resulta fundamental para asegurar un correcto manejo terapéutico de estos pacientes y evitar errores de medicación que puedan repercutir en la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico.

## Material y Métodos

Estudio transversal, descriptivo y observacional que incluyó a todos los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel durante un periodo de 24 horas.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico o sospecha de disfagia, antecedentes de trastornos deglutorios, uso de espesante y/o agua gelificada, causa de la disfagia, necesidad de realizar interconsultas (ITC) a la unidad de nutrición o al servicio de otorrinolaringología (ORL), número total de fármacos prescritos, número total de fármacos susceptibles a intervención farmacéutica (IF), grupo farmacoterapéutico, tipo de IF [cambio de forma farmacéutica (CFF), cambio de principio activo (CPA) o instrucciones administración (IA)].

Los datos se obtuvieron de los programas corporativos de historia clínica y prescripción electrónica (Selene® y MIRA®) cruzados con la aplicación ALTO® y recogidos en una hoja de cálculo EXCEL. La adecuación del tratamiento farmacológico se realizó siguiendo diversas guías de administración, la aplicación móvil Deglufarm® y artículos revisados en PUBMED.

## Resultados

Se incluyeron 180 pacientes (53% hombres) con una mediana de edad de 73 años (rango: 0-96 años).

Se identificaron un total de 18 pacientes (10%) con un diagnóstico (44%;n=8) o sospecha de disfagia (56%;n=10), de los cuales 8 (44%) tenían antecedentes de problemas de deglución y 11 (61%) ya usaban espesante y/o agua gelificada. En 11 pacientes (61%) la causa principal de la disfagia fue una enfermedad de tipo neurológico. Se consideró necesario realizar ITC a la unidad de nutrición en 7 pacientes (39%) para el uso de espesante y al servicio de ORL en 10 pacientes (56%) para su estudio.

De un total de 113 fármacos prescritos, se identificaron 25 (22%) susceptibles de IF, siendo los grupos farmacoterapéuticos principales los antiinflamatorios no esteroideos (20%;n=5), antagonistas  $\alpha_1$  adrenérgicos (12%;n=3), hipnóticos y sedantes (12%;n=3), antiépilépticos (12%;n=3), fármacos antidemencia (8%;n=2), antiácidos (8%;n=2), y antidiabéticos orales (8%;n=2). Los tipos de intervención fueron: CFF (44%;n=11), CPA (16%;n=4) e IA (40%;n=10).

## Conclusiones

- La prevalencia de disfagia detectada en el estudio (10%) fue en concordancia con los datos descritos en la bibliografía e infradiagnosticada.
- Los factores de riesgo más prevalentes fueron la edad avanzada y enfermedades de tipo neurológico.

- Se identificaron numerosas oportunidades de mejora tanto a nivel asistencial comunicando con diferentes profesionales sanitarios como a nivel farmacológico.
- La implantación de programas para detectar pacientes con disfagia y optimizar su tratamiento mejoraría la calidad de la asistencia sanitaria en estos pacientes.

---

## EVALUACIÓN DE LOS INICIOS DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LA CONSULTA DE DISPENSACIÓN

Fernández-Villacañas Fernández, P.; Ortiz Fernández, P.; Herreros Fernández, A.; Añez Castaño, R.; Rentero Redondo, L.; Urbieta Sanz, E.

*Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

### Objetivos

El Servicio de Farmacia (SF) del hospital cuenta con una consulta de atención farmacéutica donde el farmacéutico realiza el inicio de los tratamientos con fármacos biológicos (FB): explicación de estos y las posibles reacciones adversas relacionadas con el medicamento (RAM). Además, se les administra la 1ª dosis presencialmente. Tras esta, el paciente debe esperar 30 minutos en la sala de espera, cuando cumplimenta el cuestionario.

El objetivo es analizar los inicios de tratamiento con FB de los pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) y medir la calidad de vida al inicio de tratamiento a través del cuestionario de calidad de vida BASDAI.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo durante el año 2023 seleccionando los inicios de FB a lo largo de 6 meses. Se midió la adecuación al consenso de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT), el cual indica que el primer biológico en pacientes naive debe ser un anti-TNF $\alpha$  biosimilar.

Se recogieron variables demográficas y farmacoterapéuticas: tratamiento iniciado, paciente naive a FB, tratamientos previos, duración del tratamiento y motivos de suspensión y RAM.

### Resultados

Se incluyeron 26 pacientes (68% hombres y 42% mujeres) con una mediana de edad de 49 años. Los fármacos empleados fueron: adalimumab (ADA) (46%), certolizumab (16%), etanercept (ETA) (16%), golimumab (GOL) (8%), y el 14% entre secukinumab (SEC), ixekizumab (IXE), guselkumab (GUS) y upadacitinib (UPA).

El 100% de los inicios se adecuaban al protocolo de la CRFT (80% de pacientes con ADA y 20% con ETA). De los tratados con ADA, el 67% eran naïve y el 33% no naïve, habiendo llevado todos previamente infliximab (IFX). Entre los no tratados con ADA (54%), el 14% era naïve a FB y el 86% no lo era, y entre estos el 92% había sido tratado en primera línea con ADA y el 8% con ETA.

El 73% presentó un BASDAI  $>5$  y el 27%  $\leq 5$ .

El 62% de los pacientes continúan en tratamiento y el 38% lo han suspendido, con una mediana de duración de 4 meses. Entre los motivos de suspensión encontramos: fallo primario (60%), fallo secundario (20%) uno de ellos con presencia de anticuerpos anti-ADA y efectos adversos (20%).

El 48% de los pacientes eran naïve a FB y del 62% restante, el 40% era en 2ª línea, el 35% en tercera y el 25% en cuarta.

En cuanto a la seguridad, el 30% de los pacientes presentó RAM: tres pacientes fatiga, dos pacientes reacción en el punto de inyección, uno cefalea, uno erupción y uno infección. Alguno refirió además náuseas y mareo.

## Conclusiones

Tras este estudio, se puede concluir que la utilización de FB en EA se hace de manera adecuada de acuerdo con el consenso de la CRFT utilizando en primera línea fármacos anti-TNF $\alpha$ .

En cuanto a los resultados en salud medidos con el cuestionario BASDAI, la mayoría de los pacientes presentaban un BASDAI  $>5$ , es decir, su enfermedad afecta considerablemente en su calidad de vida.

Consideramos que la mediana de duración es adecuada para evaluar la eficacia o no de estos FB, y por tanto la continuidad o necesidad de suspensión o cambio de estos tratamientos.

Asimismo, se corrobora el hecho de que estos fármacos son bastante seguros, ya que entre nuestros pacientes los RAM son prácticamente inexistentes o en caso de existir, son leves.

Como limitación, el número de pacientes es reducido, por lo que sería interesante ampliar el periodo de estudio y reevaluar la eficacia de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes mediante la cumplimentación de nuevo del cuestionario BASDAI.

---

## EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN INFECCIONES CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRRESISTENTES

**Añez Castaño, R.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Ortiz Fernández, P.; Herreros Fernández, A.; Almanchel Rivadeneyra, M.; Urbieto Sanz, E.**

*Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

## Objetivos

Describir el perfil de utilización de ceftazidima/avibactam en un Hospital de tercer nivel en el que está implantado el Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA)

## Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que recibieron ceftazidima/avibactam desde febrero de 2022 hasta febrero de 2024.

Para la recogida de datos se utilizaron la Historia Clínica Electrónica y el programa de Prescripción Electrónica. Las variables recogidas fueron demográficas (edad, sexo) y clínicas relativas a la infección (microorganismo aislado, diagnóstico infeccioso principal).

La adecuación del tratamiento se definió como terapia dirigida activa frente al microorganismo aislado positivo para bacterias gram negativo multiresistentes tomando como referencia las guías de terapia antimicrobiana.

## Resultados

Se incluyeron 28 pacientes tratados con ceftazidima/avibactam, el 60,7% fueron hombres. La mediana de edad fue 65 años [60-75].

Ceftazidima/avibactam se utilizó como tratamiento dirigido en 18 pacientes (64,3%) con microorganismo productor de betalactamasas (BLEE) y empírico en 10 pacientes (35,7%), en los cuales se aislaron: una cepa de *Proteus mirabilis*, una cepa de *Streptococcus aureus*, dos cepas de *Enterococcus faecalis*, una cepa de *Enterococcus faecium*, dos cepas de *Staphylococcus epidermidis*, una cepa de *Haemophilus influenzae* y dos pacientes con cultivos negativos, todos ellos microorganismos resistentes intrínsecos a ceftazidima/avibactam.

En los tratamientos dirigidos se aislaron: 7 cepas (38,88%) de *Klebsiella pneumoniae* de los cuales dos (28,5%) fueron cepas productoras de carbapenemasas KPC, y una cepa productora de betalactamasas AmpC. Se aislaron 10 cepas (55,55%) de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente y una cepa (5,55%) de *Escherichia coli* BLEE.

Los focos de infección fueron: urinario en 8 pacientes (28,57%), intraabdominal en 7 pacientes (25%), respiratorio en 12 pacientes (48,85%) y no filiado en 1 paciente (3,57%).

## Conclusiones

Ceftazidima/avibactam se está utilizando en más un tercio de los pacientes de manera empírica, en cuadros infecciosos con cultivos positivos para microorganismos intrínsecamente resistentes a ceftazidima/avibactam o bien con cultivo negativo. Estos resultados, junto con el perfil de resistencias de nuestro hospital, nos permiten concluir que se debería evitar el uso empírico de ceftazidima/avibactam, y pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando con el equipo PROA para optimizar su uso y evitar la aparición de resistencias, reservando este antibiótico ante la creciente aparición de cepas multiresistentes de bacterias gram negativas.



# INTERACCIONES DETECTADAS EN LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS EN TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN CON METADONA ORAL

Guillén Díaz, M.; Manresa Ramón, N.; Martínez Orea, A.; Hernández Sánchez, M.; Torrano Belmonte, P.; León Villar, J.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Conciliación al alta hospitalaria de los pacientes en terapia activa con metadona oral y clasificación de sus interacciones farmacológicas.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes en tratamiento de deshabituación en terapia activa con metadona tras el ingreso hospitalario desde enero de 2021 hasta enero 2024 (duración de 37 meses).

Se registró los siguientes datos: sexo, edad, número de ingresos por paciente, medicación crónica del paciente, interacciones farmacológicas y recomendación por parte del Servicio de Farmacia. Los datos fueron obtenidos mediante el informe de alta y Selene®.

Los programas utilizados fueron Lexicomp® y Drugs.com para el estudio de las interacciones. Dichas interacciones con la metadona solución oral fueron clasificadas en tres grupos: C, D y X, siendo las recomendaciones descritas respectivamente monitorizar la terapia, modificar tratamiento y, evitar combinación respectivamente. Esta información fue notificada mediante el formulario de atención farmacéutica colgado en Ágora.

## Resultados

De los 14 pacientes (21% mujeres) con una edad media de 47 años, la media de ingresos hospitalarios fue de 2 por paciente durante el periodo del estudio. La media de fármacos prescritos en la receta electrónica por paciente fue de 6. En cuanto a las interacciones farmacológicas con metadona oral, registramos 60 interacciones, siendo la clasificación: un 21% (13) tipo C, 72% (43) tipo D y (4) 7% tipo X.

De las interacciones farmacológicas tipo C, se observó en las prescripciones de un 43% de los pacientes en tratamiento activo con metadona durante el periodo del estudio y, de ellos, una media de 2 interacciones tipo C por paciente. Del total de interacciones tipo C, un 31% fue representado por dos fármacos: sertralina y metamizol. Las recomendaciones fueron monitorizar la terapia en función del efecto terapéutico y con especial precaución del uso de metadona en su uso concomitante con otros medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT.

Con respecto a las interacciones farmacológicas tipo D, fueron detectadas en un 93% de los tratamientos de los pacientes en deshabituación durante el periodo del estudio. Se observó una media de 3,3 interacciones tipo D por paciente. Un 31% del total de interacciones tipo D fue representado por benzodiazepinas, antiepilépticos y neurolépticos. Las recomendaciones fueron valorar beneficio-riesgo y especial precaución por posible efecto depresor del sistema nervioso central (SNC).

Las interacciones farmacológicas tipo X detectadas fueron metadona con domperidona, quetiapina y buprenorfina. Dichas interacciones fueron detectadas en un 21% de los pacientes y, de ellos, una media de 1 interacción tipo X por paciente. Las recomendaciones fueron: evitar el uso concomitante por presentar un alto riesgo de prolongación del intervalo QT. No asociar con buprenorfina por su efecto agonista/antagonista opioide, pudiendo disminuir el efecto de la metadona.

## Conclusiones

Tras la realización de las recomendaciones farmacoterapéuticas individualizadas al alta hospitalaria en los pacientes en tratamiento de deshabituación con metadona oral, concluimos que la interacción farmacológica más frecuentemente involucrada fue la D, observándose el grueso de las interacciones en fármacos del grupo farmacoterapéutico: ansiolíticos (benzodiazepinas). El grado de aceptación fue elevado, siendo estadísticamente mayor en las interacciones tipo X.

---

# MONITORIZACIÓN DEL AMBIENTE EN LAS CABINAS DE SEGURIDAD BIOLÓGICA DE UNA SALA BLANCA

Ruiz Palao, C.; Haro Lozano, R.; Meroño Saura, M. A.; Urbietta Sanz, E.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## Objetivos

Determinar el nivel de Bioseguridad Ambiental en cabinas de seguridad biológica vertical (CFLV) y horizontal (CFLH), ubicadas en un servicio de farmacia hospitalaria, según las directrices de la norma UNE 171340:2020.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo (Enero-Junio 2023).

1. Muestreo ambiental.
  - Muestreo estático, volumétrico, con un muestreador de aire por impacto en medio semisólido, con un volumen por muestra de 0,5 m<sup>3</sup>. El punto de muestreo se ubicó en el centro de la zona de trabajo, se tomaron 4 muestras, 2 con medios para identificación de bacterias y otras 2 con medios para identificación de hongos. Como medios de cultivo utilizaron placas de Agar-sangre para cuantificación de bacterias, incubadas a 37±1 °C y Sabouraud-dextrosa-cloranfenicol para hongos, incubadas a 37±1 °C 7 días. La toma de muestras realizó con las salas limpias.

- Los resultados se expresaron en UFC/m<sup>3</sup>. Los umbrales recomendados fueron: 0 UFC/m<sup>3</sup> Aspergillus, Rhizopus, Scedosporium, Mucor para hongos y para bacterias en salas de muy alto riesgo < 10UFC/m<sup>3</sup>, salas de alto riesgo < 100 UFC/m<sup>3</sup>, salas de riesgo intermedio < 200 UFC/m<sup>3</sup>.
2. Temperatura (T°) y humedad relativa del aire (Hr).
- Se ha utilizado un termo-higrómetro, situando esté en el centro de la CFL.
  - Los resultados de la T° se expresaron en grados centígrados (°C) y los de Hr en (%). Umbral T° 20-26°C y Hr 40-60%. Muestreo realizado de forma trimestral

## Resultados

### 1. Muestreo ambiental.

Se realizaron 3 muestreos en la CFLV con un total de 12 placas, encontrando cultivos positivos en 3 placas (25%).

En abril, se obtuvo 1 (25 %) resultado de 0,5 UFC/m<sup>3</sup> (Aspergillus Flavus) en uno de los medios para hongos de la CFLV, considerándose no adecuado y 1 (25%) resultado de 1,5 UFC/m<sup>3</sup> de bacterias, no superando el umbral límite.

En mayo, se determinó 1 (25%) resultado de 3,5 UFC/m<sup>3</sup> en uno de los medios para la identificación de bacterias de la CFLV, no superando el umbral límite.

Se realizaron 2 muestreos en la CFLH con un total de 8 placas, encontrando resultados positivos, aunque en rango, en 1 (12,5%) placa.

En abril, se obtuvo 1 (25 %) resultado de 1,5 UFC/m<sup>3</sup> en uno de los medios para la identificación de bacterias de la CFLH, no superando el umbral límite.

### 2. T° y Hr.

Se realizaron 3 muestreos en la CFLV con 6 determinaciones, con resultados fuera de rango en 1(16,67 %) medición. En enero, se obtuvo 1 (50%) resultado de 36,7% de humedad relativa en la CFLV.

Se realizaron 2 muestreos en la CFLH con 4 determinaciones, con resultados fuera de rango en 1(25%) medición. En enero, se obtuvo 1 (50%) resultado de 27,1% de humedad relativa en la CFLH.

En ambos casos, se recomendó avisar a mantenimiento para ajustar el nivel de humedad.

## Conclusiones

Determinar el nivel de biocontaminación ambiental es de suma importancia en el trabajo habitual en cabinas de seguridad biológica. En nuestro caso, no se han superado los límites recomendados para la monitorización microbiológica según la "Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria", sin embargo, sí que se observó crecimiento de Aspergillus, no cumpliendo la norma UNE 171340:2020. Esto ha permitido desarrollar acciones de mejora como revisión de los filtros de las cabinas periódicamente, buscando la mayor calidad durante el proceso de trabajo y la mayor seguridad para los pacientes. El crecimiento de Aspergillus, supuso suspender la actividad de la CFLV hasta un nuevo cultivo negativo y se revisión de filtros de la CFLV.

# PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON ESKETAMINA INTRANASAL DISPENSADA A PACIENTES AMBULATORIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL

Guillén Díaz, M.; Muros Ortega, M.; Martínez Orea, A.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Fructuoso González, L.; León Villar, J.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Describir la implicación del farmacéutico y los resultados obtenidos en el tratamiento con esketamina intranasal para los pacientes con trastorno depresivo mayor resistente, pertenecientes al centro de salud mental de nuestra área de salud.

Detallar los motivos de intervención farmacéutica en las prescripciones al inicio y seguimiento, los efectos secundarios registrados en la historia clínica y la efectividad del tratamiento.

## Material y Métodos

Desde mayo de 2023 se ha implantado un circuito de trabajo que implica: solicitud de inicio de tratamiento por psiquiatría a través de interconsulta en Selene, y validación, autorización del tratamiento, confirmación telefónica con el paciente, dispensación, y seguimiento, por parte de farmacia.

Se realizó un seguimiento prospectivo de los pacientes que han iniciado tratamiento con esketamina desde el mayo del 2023 hasta febrero 2024.

Se realizaron las siguientes recomendaciones antes del tratamiento: confirmación de indicación financiada, fracaso a 3 terapias previas a dosis máximas de antidepresivos y/o potenciadores, duración de tratamiento apropiada con antidepresivos, revisión de la medicación crónica para detectar interacciones, revisión de factores de riesgo o contraindicaciones y recabar el consentimiento informado, especialmente con patologías cardiovasculares.

Se realizó un seguimiento del tratamiento, evaluando su efectividad y efectos adversos registrados a través de los formularios de enfermería de salud mental. Se contactó con el facultativo para comentar los casos. Los resultados obtenidos se registraron en una hoja de recogida de datos.

## Resultados

Durante el periodo de seguimiento se recibieron 12 solicitudes de tratamiento. De las cuales 10 fueron autorizadas (83%). 8 pacientes habían iniciado tratamiento en el momento del estudio. De los 8 pacientes en tratamiento, el 63% fueron hombres, la media de edad fue de 56 años (43-68).

Los pacientes recibieron una media de 49 días de inducción (21-75), 160 días de mantenimiento (260-49) y 189 días de media de tratamiento hasta la fecha (292-21).

Se analizaron las prescripciones en todas las interconsultas de inicio y se realizaron intervenciones. Se realizaron 42 intervenciones (3,5 intervenciones por paciente): 12 (29%) de revisión de interacciones, de las cuales, un 17% fue por riesgo de depresión del SNC, 9 (21%) por contraindicación/factores de riesgo, 9 (21%) de recomendaciones de retirada (7 por interacción, 1 falta de eficacia y 1 por efectos adversos inaceptables), 5 (12%) de aumento de dosis antidepresivos, 4 (10%) de solicitud de consentimiento informado y 3 (7%) de cambios de pauta de inducción a mantenimiento. La aceptación de las intervenciones fue del 97%.

## Conclusiones

Podemos concluir que, a pesar de haber utilizado dosis máximas y tiempos superiores a los recomendados en ficha técnica, tanto en inducción como en mantenimiento, los resultados clínicos han sido satisfactorios solo en el 75% de los pacientes tratados.

Las intervenciones fueron aceptadas en un 97%, lo que manifiesta la importancia de la implicación farmacéutica en la dispensación y seguimiento del paciente, sobre todo en medicamentos sujetos a seguimiento adicional, contribuyendo a detectar nueva información sobre su seguridad.

Como propuesta en la mejora del circuito, consideramos que sería conveniente realizar nuevas intervenciones en las duraciones de tratamiento ya que, en varios pacientes, se han superados los 6 meses en estabilidad clínica.

---

# RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRAS LA CREACIÓN DE LA NUEVA CONSULTA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

**Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.; Guillén Díaz, M.; Martínez Orea, A.; Gutiérrez Sánchez, J.; Domínguez Leñero, V.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes externos de oncología y hematología tras la creación de la nueva consulta de farmacia en hospital de día médico (HDM) y dispensación a pie de sillón.

## Material y Métodos

Desde el equipo de farmacia oncológica diseñamos una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la nueva consulta creada en el HDM. El periodo de entrega y recogida de encuestas fue 2 meses (octubre y noviembre de 2023).

La encuesta constaba de 17 preguntas. Las dos primeras preguntas eran sobre el sexo (mujer/hombre) y la edad de los pacientes (menos de 18 años, 18-35 años, 36-64 años, más de 65 años). Las doce preguntas siguientes fueron:

- Frecuencia con la que visitan la farmacia
- Comodidad en la atención
- Tiempo de espera
- Utilidad de la información recibida por parte del técnico auxiliar (TA)
- Identificación del personal
- Privacidad durante la dispensación
- Disponibilidad del farmacéutico para preguntar dudas
- Satisfacción con la información por parte del personal farmacéutico sobre reacciones adversas, pauta,...
- Satisfacción con el trato recibido por el farmacéutico
- Tiempo dedicado por el personal
- Puntuación general que le da al servicio

Nos interesaba conocer también la opinión de los pacientes que recogían medicación en el servicio anterior y su opinión comparada con el nuevo. Para ello, indicamos la pregunta de si "siempre había recogido la medicación en HDM" con respuesta de si o no y a continuación tres preguntas que comparaban ambos servicios.

- Opinión sobre la nueva apertura de la consulta
- Cambio para la situación personal del paciente, estado de ánimo y comodidad
- Puntuación general que le daba al servicio anterior comparado con el nuevo

Las respuestas sobre la frecuencia fueron: menos de una vez al mes, una vez al mes, más de una vez al mes. Las catorce preguntas siguientes tenían respuestas predefinidas en escala de excelente, muy bien, bien, regular y mal.

## Resultados

Se recogieron un total de 19 encuestas. El 31.6% eran hombres y el 68.4% mujeres.

El 68.42% tenían más de 65 años y el 36% acudían a la farmacia más de una vez al mes.

El grado de excelente fue conseguido para el 84% en la comodidad, el 57.8% en tiempo de espera, el 73.7% en la utilidad de la información del TA, el 73.7% del personal correctamente identificado, el 73.6% en la privacidad, el 78.9% en la disponibilidad del farmacéutico para preguntar dudas, 68.4% por la información recibida, el 78.9% por el trato recibido y el 68% por el tiempo dedicado.

El 84.2% puntuó de excelente de manera global la creación de la nueva consulta en HDM.

El 37% de los encuestados recibió medicación previamente en el servicio de farmacia. Para ellos, el 85% considera excelente la creación de la nueva consulta, para el 71% ha supuesto un cambio excelente en su situación personal y el 42,85% califica de "bien" el servicio anterior, mientras que el 28% lo considera de malo.

## Conclusiones

Destacamos la alta satisfacción general de los pacientes con la nueva consulta, sobre todo en aspectos como comodidad, atención recibida, información proporcionada y trato del personal farmacéutico. A pesar de haber recogido sólo 19 encuestas, los resultados son muy positivos y motivan al equipo de farmacia oncológica a seguir mejorando por y para el paciente.

---

# SEGURIDAD Y EFICACIA DEL USO DE BROLUCIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Guillén Díaz, M.; Ventura López, M.; Martínez Orea, A.; Sánchez Blaya, A.; Hernández Sánchez, M.; León Villar, J.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Los fármacos anti-factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) administrados por vía intravítrea son el tratamiento de elección para ciertas patologías. Brolucizumab está indicado en adultos para el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y edema macular diabético (EMD). El objetivo del estudio consiste en describir el uso y el grado de seguridad de brolucizumab en el hospital.

## Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron los 28 pacientes que habían recibido tratamiento con brolucizumab desde la introducción del fármaco en el hospital hasta diciembre 2023. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, patología ocular, tratamientos intravítreos previos, número de administraciones y posología, mejoría o motivo de suspensión, cambio a faricimab y adecuación de su uso a la pauta de ficha técnica así como comparar los resultados de eficacia y seguridad obtenidos con los estudios pivotales.

## Resultados

Se incluyeron 28 pacientes, siendo el 46% mujeres. La media de edad fue de 73,1 años. El 71% de los pacientes con diagnóstico de DMAE y el resto, 29% EMD. Respecto a los tratamientos intravítreos previos: el 75% de los pacientes recibieron ranibizumab y aflibercept, el 11% ranibizumab y el 14% aflibercept. En cuanto al tratamiento con brolucizumab: el número de administraciones totales fue de 110. El número medio de administraciones por paciente es de 3,9 (1-10). El intervalo medio de tiempo entre las administraciones fue: 29% de los pacientes cada 28 días, 53% cada 56 días, 18% cada 84 días. Tras la primera administración, 64% de los pacientes no presentó mejoría. Tras la cuarta administración, en el 71% de los pacientes

se suspendió brolucizumab por falta de eficacia. El 21% del total de pacientes suspendió por reacciones adversas de tipo inflamatorias como uveítis. El 29 % de los pacientes pasó a faricimab intravítreo.

Si comparamos los efectos secundarios observados con los del ensayo pivotal, obtuvimos que un 21% de pacientes suspendió por reacciones adversas (7% graves). En el ensayo pivotal de aquellos pacientes con DMAE, el 28,7% presentó reacciones adversas (3% graves) y con EMD, el 32,3% presentó reacciones adversas (11,4% graves).

En cuanto a los resultados en eficacia, en los estudios pivotaes con pacientes con DMAE, el 32,9% presentó mejoría en agudeza visual y con EMD, el 41,7%. Si los comparamos con nuestros resultados, un 25% del total mejoró. Se realizó la evaluación a las 16 semanas por recomendación de la ficha técnica.

## Conclusiones

El uso de este medicamento se ha reservado a pacientes que, tras recibir otros tratamientos sin mejorías, requieren una nueva opción. Todos los pacientes tratados con brolucizumab habían recibido tratamiento intravítreo previo. La capacidad del fármaco para ser tolerado por los pacientes ha sido generalmente buena y similar a los estudios pivotaes. Sería beneficioso llevar a cabo un seguimiento prolongado para determinar de manera efectiva la tolerancia y eficacia del tratamiento en el tiempo.

La discrepancia observada entre la eficacia de los estudios pivotaes y la nuestra puede deberse a distintos criterios de análisis en términos de agudeza visual, número de muestra, periodo de administración o dosis o a la falta de seguimiento con brolucizumab tras la cuarta dosis sin mejoría y a que los pacientes de los ensayos clínicos no habían sido tratados con otra terapia anti-VEGF.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA  
ENSAYOS CLÍNICOS,  
EVALUACIÓN Y SELECCIÓN  
DE MEDICAMENTOS

# COMPARACIÓN INDIRECTA DE ANTICUERPOS FRENTE PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (ANTI-CGRP) Y FRENTE A RIMEGEPANT EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA EPISÓDICA

Selvi Sabater, P.; Meroño Saura, M. A.; Ortiz Fernández, P.; Fernández-Viallacañas Fernández, P.; Castejón Castillejo, A.; Urbieto Sanz, E.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## Objetivos

Comparación indirecta de eficacia (reducción de 50% días de migraña) de los anticuerpos anti-CGRP frente a rimegepant.

## Material y Métodos

Se incluyeron aquellos fármacos anti-CGRP con indicación aprobada en la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) y que están financiados en el Sistema Nacional de Salud para la profilaxis de migraña episódica (erenumab, galcanezumab, fremanezumab, eptinezumab y rimegepant).

Para comparar los datos se utilizaron los datos publicados en los ensayos clínicos pivotaes para la profilaxis de migraña episódica. En caso de varias dosis se utilizó el brazo de la dosis mínima que tienen indicación aprobada.

La comparación indirecta se realizó para la variable reducción de 50% de días de migraña mediante el método Bucher, y se considera que las diferencias son estadísticamente significativas cuando la  $p < 0,05$ .

## Resultados

Previamente, y para poder realizar la comparación indirecta, se calculó el riesgo relativo (RR), los intervalos de confianza al 95% (IC95%) y la significación estadística ( $p$ ) de cada tratamiento frente a placebo y en caso de disponer de varios ensayos para esa indicación se metanalizaron los datos:

Para rimegepant frente a placebo RR 1,18 (IC95% 1 a 1,39) con una  $p=0,044$ .

Para erenumab frente a placebo RR 1,63 (IC95% 1,30 a 2,03) con una  $p < 0,001$ .

Para galcanezumab frente a placebo RR 1,63 (IC95% 1,46 a 1,83) con una  $p < 0,001$ .

Para fremanezumab frente a placebo RR 1,71 (IC95% 1,37 a 2,13) con una  $p < 0,001$ .

Para eptinezumab frente a placebo RR 1,33 (IC95% 1,07 a 1,65) con una  $p=0,005$ .

Todos los fármacos demostraron ser superior a placebo en sus respectivos ensayos para esta variable.

A continuación, se presentan dos datos (RR, IC95% y p) de la comparación indirecta de los distintos fármacos frente a rimegepant:

Para erenumab frente a rimegepant RR 1,38 (IC95% 1,05 a 1,82) con una  $p=0,022$ .

Para galcanezumab frente a rimegepant RR 1,38 (IC95% 1,13 a 1,69) con una  $p=0,002$ .

Para fremanezumab frente a rimegepant RR 1,45 (IC95% 1,10 a 1,91) con una  $p=0,008$ .

Para eptinezumab frente a rimegepant RR 1,13 (IC95% 0,86 a 1,48) con una  $p=0,39$ .

Un  $RR>1$  indicaría un mejor resultado del comparador activo frente a rimegepant (mayor probabilidad de alcanzar un 50% de reducción de días de migraña) siempre y cuando exista significación estadística ( $p<0,05$ ).

## Conclusiones

Todos los fármacos demostraron diferencias estadísticamente significativas frente a placebo, siendo superiores a este.

Existen diferencias estadísticamente significativas a favor de galcanezumab, erenumab y fremanezumab frente a rimegepant, pero no para eptinezumab frente a rimegepant en la profilaxis de migraña episódica.

Se debe tener en cuenta otras características de los fármacos como vía de administración, posología, reacciones adversas y/o eficiencia al seleccionar el tratamiento más adecuado.

---

# REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE JAK QUINASA, BARICITINIB Y UPADACITINIB, EN INDICACIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA

Portero Ponce, C.; Sánchez Blaya, A.; Nájera Pérez, M. D.; Hernández Sánchez, M.; Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Evaluar la efectividad y seguridad de dos inhibidores de JAK quinasa: baricitinib y upadacitinib, durante su uso en indicaciones fuera de ficha técnica (FFT).

## Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo para identificar a los pacientes que desde enero de 2023 hasta marzo de 2024 iniciaron tratamiento con baricitinib o upadacitinib en indicaciones FFT.

Se elaboró un archivo Excel en el que se recogieron los siguientes datos de cada paciente, procedentes del programa informático Selene®: Diagnóstico, fecha de inicio, posología, meses de tratamiento, respuesta

clínica y reacciones adversas. Una vez obtenidos los datos, se eliminaron los números de historia clínica, de manera que no se trabajó con datos personales identificables.

## Resultados

Respecto a baricitinib, desde enero de 2023 hasta marzo de 2024, se han aprobado 6 solicitudes para su uso FFT en 4 indicaciones diferentes: Granuloma anular, liquen plano oral, alopecia areata en pacientes pediátricos y eccema de manos. La dosis para todas las indicaciones es de 4 mg al día. El nivel de evidencia según los estudios publicados es de 2B para todas las indicaciones menos para eccema de manos, que es de 3D.

El paciente con diagnóstico de granuloma anular tras 9 meses de tratamiento con baricitinib, ha obtenido una buena respuesta al fármaco.

El paciente que padece liquen oral plano, tras sufrir eritrodistingias durante el tratamiento con ciclosporina, comenzó con baricitinib. Tras 6 meses se ha observado una notable mejoría, aunque persisten algunas lesiones en la lengua.

Dos pacientes pediátricos comenzaron con baricitinib para el tratamiento de alopecia areata, tras el fracaso de corticoides. El primero tras 6 meses ha conseguido una repoblación capilar progresiva en cuero cabelludo y cejas, y completa en las pestañas. El segundo paciente después de 2 meses de tratamiento refiere no haber notado ningún cambio por el momento.

Los dos pacientes restantes, con diagnóstico de eccema de manos, iniciaron tratamiento con baricitinib tras fracaso con ciclosporina y corticoides en enero de 2024. Uno de ellos no ha observado mejoría hasta el momento, y el otro refiere haber notado mejoría aunque no de manera completa.

Por otro lado, en 2023, se tramitaron y aprobaron 2 solicitudes para el uso de upadacitinib FFT. Una de ellas fue para un paciente con enfermedad de Crohn y artritis reumatoide que comenzó hace 5 meses con dosis de 45 mg/día durante 12 semanas, y después continuó con 30 mg/día como tratamiento crónico. El paciente ha obtenido una excelente respuesta clínica.

La otra solicitud fue para un paciente con psoriasis eritrodérmica que inició tratamiento con upadacitinib con 30mg/día en enero de 2024 con buena mejoría clínica.

Los pacientes no tuvieron reacciones adversas con ninguno de los dos fármacos.

## Conclusiones

En general, los pacientes mostraron mejoras clínicas significativas con ambos tratamientos, por lo que pueden ser opciones terapéuticas prometedoras en pacientes con patologías refractarias a otros tratamientos. Sin embargo, la mayoría de las indicaciones carecen de un nivel de evidencia óptimo, por lo que se necesitan más estudios clínicos para respaldar su uso en indicaciones FFT.

Los servicios de farmacia desempeñan un papel fundamental en los tratamientos que se solicitan como FFT, desde la evaluación de cada caso para tramitar la solicitud a la Comisión Regional de Farmacia, la dispensación de la medicación al paciente y el seguimiento de la evolución de los resultados.

# TERAPIA ANTI-FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR EN OFTALMOLOGÍA: ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?

Meroño Saura, M. A. (1); Ibañez Caturla, J. (2); Selvi Sabater, P. (1); Fernández-Villacañas Fernández, P. (1); Ortiz Fernández, P. (1); Urbieta Sanz, E. (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.; (2) Servicio de Gestión Farmacéutica. Murcia.

## Objetivos

La terapia anti-factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) ha revolucionado el tratamiento de diversas enfermedades oftalmológicas como la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) o el edema macular diabético (EMD). El objetivo del presente trabajo fue evaluar la evolución del uso de terapia anti-VEGF en patología oftalmológica en un hospital terciario.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron las dispensaciones de ranibizumab, aflibercept y brolucizumab realizadas entre enero de 2020 y diciembre de 2023. Las variables analizadas fueron el número de pacientes tratados, envases dispensados, tratamiento recibido, diagnóstico y el coste por envase. Se estimó el coste/paciente-año y el coste anual total del tratamiento.

Los datos de dispensaciones y consumos se obtuvieron del programa Oracle Discoverer®.

## Resultados

A lo largo del estudio se realizaron 17.980 dispensaciones de fármacos anti-VEGF a 1.812 pacientes diferentes. Anualmente se distribuyeron de la siguiente manera: en 2020 fueron 2.905; en 2021 4.323; en 2022 5.082; y en 2023 5.670 dispensaciones.

Durante el intervalo de cuatro años el número de pacientes ascendió linealmente de 789 en 2020 a 1128 en 2023. Paralelamente, se dispensaron 3417 unidades en 2020, y aumentaron hasta 5963 en 2023.

En cuanto a la utilización de los diferentes principios activos, se trataron con ranibizumab 644, 774, 718 y 555 pacientes en 2020, 2021, 2022 y 2023 respectivamente, 217, 291, 438 y 686 pacientes con aflibercept en 2020, 2021, 2022 y 2023 respectivamente, y 1 y 2 pacientes con brolucizumab en 2022 y 2023.

Los diagnósticos más frecuentes durante todos los años fueron la DMAE (48-56%) y EMD (39-44%).

El coste medio por envase fue de 266±14€ para ranibizumab, 211,63±1€ para aflibercept y 272,56 ±6,56 para brolucizumab. El coste paciente/año osciló durante el periodo de forma variable entre 1140€-1380€ para ranibizumab, 743€-1093€ para aflibercept y 535-831€ para brolucizumab.

En cuanto al coste total anual, fue de 906.500 € en 2020, incrementándose paulatinamente hasta 1.369.800€ en 2023.

## Conclusiones

---

Al tratarse de una enfermedad crónica, el número de pacientes muestra un incremento a lo largo de los años, al igual que el número de envases dispensados y coste anual del tratamiento. El mayor intervalo terapéutico, y la sustitución del vial precargado en el Servicio de Farmacia por la jeringa precargada de aflibercept ha aumentado su prescripción, siendo el principio activo mayoritario en 2023, en cuanto a brolocizumab, su mayor perfil de efectos adversos ha limitado su uso a pesar de los buenos resultados en los ensayos clínicos. La variabilidad de coste/paciente entre años pudo ser debida al uso de intervalos "treat and extend", por lo que el número de envases dispensados por paciente es variable, y, en cuanto a aflibercept al paso a jeringa precargada comercial, mientras que en brolocizumab fue debido a una inducción a un paciente uno de los años. Es importante realizar estudios de resultados en salud ante el elevado impacto de estas terapias y la aparición de nuevas alternativas terapéuticas y biosimilares de las existentes.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA

ENFERMEDADES RARAS  
Y MEDICAMENTOS  
HUÉRFANOS



# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ÁCIDO OBETICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Martínez Marcos, J. M.; Asensi Cantó, A.; Fernández Vela, J.; Varea Béjar, A.; Lago Ballester, F.; Bosó Ribelles, A.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Evaluar la efectividad y seguridad del medicamento huérfano ácido obeticólico(OCA) en pacientes con colangitis biliar primaria(CBP) según el estudio pivotal POISE. Como objetivo secundario, evaluar el mantenimiento de la respuesta en pacientes tratados más de 12 meses.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de octubre de 2018 a febrero de 2024 de los pacientes con CBP tratados con OCA. Se excluyeron los pacientes en tratamiento menos de 6 meses. Los datos se recogieron desde el programa de gestión de farmacia y el de historia clínica. Las variables clínicas recogidas fueron: edad, sexo, fosfatasa alcalina(FA) y bilirrubina basales y de cada revisión médica, posología de OCA, terapia concomitante y duración de tratamiento. La efectividad se midió a los 6 y 12 meses a través de la respuesta bioquímica: porcentaje de pacientes que logró alcanzar una  $FA < 1,67 \times \text{límite superior de normalidad(LSN)}$ , disminución de  $FA \geq 15\%$  y disminución de FA respecto a la basal y bilirrubina total. Para comprobar la seguridad se recogieron los datos de reacciones adversas(RA). Para evaluar la efectividad a largo plazo se comprobó la respuesta bioquímica frente a la basal en los pacientes tratados más de 12 meses en el segundo y cuarto año de tratamiento.

## Resultados

Se incluyeron 7 pacientes con una mediana de edad de 64 años(59-66)(100% mujeres) en tratamiento con OCA al menos 6 meses. La mediana de FA basal fue 227 UI/L(175-270) y de la bilirrubina total basal 0,47mg/dL(0,45-0,54). 4(57,1%) pacientes llevaban 10 mg/24h, 3(42,9%) mantenían 5 mg/24h. 6 pacientes llevaban ácido ursodesoxicólico como terapia concomitante y 1 paciente no lo tomaba por intolerancia. La mediana de duración de tratamiento fue 34 meses(12-56).

A los 6 meses, la mediana de FA fue 185 UI/L(156-189). El 42,9% de las pacientes alcanzaron una  $FA < 1,67 \times \text{LSN}$ , el 57,1% disminuyeron la  $FA > 15\%$  con una mediana de disminución del 18%(13-41%). La bilirrubina total se encontraba dentro de los valores normales (VN) con una mediana de 0,56 mg/dL(0,36-0,58). A los 12 meses, 5(71,4%) pacientes continuaban el tratamiento con una mediana de FA de 170 UI/L (161-170), el 80% redujo la  $FA < 1,67 \times \text{LSN}$  y el 80% disminuyeron la  $FA > 15\%$  con una mediana de disminución del 33%(24-47%). La bilirrubina total se encontraba dentro de los VN con una mediana de 0,48 mg/dL(0,47-0,51).

En seguridad, 5(71,4%) pacientes notificaron RA: 2(28,6%) elevación de enzimas hepáticas, 2(28,6%) prurito y 1(14,3%) diarrea y dolor abdominal. 1 paciente abandonó el tratamiento por intolerancia.

4 pacientes superaron los 12 meses de tratamiento: al segundo año el 50% redujeron la FA < 1,67xLSN y el 100% redujeron la FA > 15% con una mediana de reducción del 32% (26-41). 3 pacientes completaron 4 años de tratamiento, el 100% disminuyeron la FA < 1,67xLSN y redujeron la FA > 15% con una mediana de reducción del 50% (45-54). Los valores de bilirrubina total se mantuvieron dentro de los VN en el segundo y cuarto año de tratamiento.

## Conclusiones

El tratamiento con OCA redujo los niveles de FA y mantuvo la bilirrubina dentro de los VN, como en el estudio POISE. En seguridad, un alto número de pacientes informaron RA leves- moderadas, el prurito y las alteraciones hepáticas fueron las más frecuentes. La efectividad fue mayor a largo plazo, obteniéndose mejoría en los datos analíticos tras el año de tratamiento. Las limitaciones del estudio fueron el bajo número de pacientes al ser una patología con baja incidencia y la dificultad de diferenciar RA de los síntomas de la enfermedad.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA  
FARMACOCINÉTICA  
Y FARMACOGENÉTICA.  
ENFERMEDADES  
INMUNOMEDIADAS



# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OFATUMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE

Varea Béjar, Á.; Martínez Madrid, M. E.; Sevilla Alarcón, E. J.; Asensi Cantó, A.; Martínez Marcos, J. M.; Sánchez Catalicio, M. M.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con ofatumumab en pacientes con esclerosis múltiple recurrente (EMR) activa comparándolas con el estudio Asclepios.

## Material y Métodos

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con EMR activa tratados con ofatumumab hasta febrero de 2024. Para evaluar la efectividad se requirió un mínimo de 12 semanas de tratamiento.

Datos recogidos:

1. Demográficos: sexo y edad.
2. Clínicos: Diagnóstico, tiempo desde diagnóstico, Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) al inicio y al final del seguimiento y brotes en los 2 años previos.
3. Farmacoterapéuticos: Historial de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), tiempo de seguimiento, interrupción del tratamiento y causa.
4. De seguridad: Efectos adversos (EA).
5. De efectividad: Variación en la Tasa Anual de Brotes (TAB) antes y durante el tratamiento, proporción de pacientes con brotes antes y durante el tratamiento y variación en EDSS.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica digital mediante los programas informáticos Selene®, Savac® y Oncofarm®.

Análisis estadístico realizado con el módulo de estadística descriptiva de Excel®.

## Resultados

1. Demográficos: Se incluyeron 14 pacientes (57.1% mujeres) con una mediana de edad de 42.5 años [RIC: 32.7-49.2].

2. Clínicos: El diagnóstico de todos los pacientes (100%) fue esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR). Mediana de tiempo desde el diagnóstico: 9.5 años [RIC: 2.6-11.6]. Mediana EDSS al inicio: 1.75 [RIC: 0-2] y al final del seguimiento: 1.25 [RIC: 0-2]. Mediana brotes/año previos: 1 [RIC: 1-2].
3. Farmacoterapéuticos: El 85.7% de los pacientes recibieron FAME previos con una mediana de tratamientos de  $1.5 \pm 0.59$ , incluyendo interferon-beta 1a (57.1%), dimetilfumarato (28.6%), fingolimod (14.3%), glatirámero (14.3%), teriflunomida (14.3%), ocrelizumab (7.1%), fumarato de diroximel (7.1%) y cladribina (7.1%). Mediana seguimiento: 34.4 semanas [RIC: 16-44.1]. Se interrumpió el seguimiento de 3 pacientes (21.4%): uno por falta eficacia, uno por intolerancia a EA y uno por cambio de residencia.
4. De seguridad: Disminución de linfocitos B (55%), reacciones sistémicas postinyección (20%), cefaleas y disminución IgG (10%), fatiga y dolor inyección (5%).
5. De efectividad: TAB previo 0.7 y 0.65 durante el tratamiento. Brotes: 92.3% vs 30.7% antes y durante el tratamiento respectivamente. EDSS se mantuvo en el 71.4% de los pacientes y disminuyó en el 28.6%.

## Conclusiones

En nuestro estudio, la proporción de pacientes tratados con ofatumumab como primera línea fue menor que en el estudio Asclepios (14,3% vs. 40,1%). La mayoría recibió al menos 1 FAME previamente, siendo el más utilizado interferón-beta 1a.

En cuanto a la efectividad: considerando el breve tiempo de seguimiento (0.65 vs 1.6 años en Asclepios), la TAB mostró una ligera mejora pero no alcanzó los valores del estudio pivotal (0.10-0.11). No obstante, se observó una reducción significativa en el porcentaje de pacientes con brotes tras el tratamiento con ofatumumab y el EDSS mejoró o se mantuvo estable.

Respecto a la seguridad, los EA fueron en general manejables y similares a los del estudio pivotal, siendo los más frecuentes: disminución de la población de linfocitos B y reacciones postinyección. Sólo en un paciente motivaron la suspensión del tratamiento.

Sería interesante replicar el estudio con una muestra más amplia y prolongar el periodo de seguimiento para alcanzar conclusiones definitivas.

---

## EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA, EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Fernández Vela, J.; Martínez Madrid, M. E.; Asensí Cantó, A.; Martínez Marcos, J. M.; Tamboleo Sánchez, I. J.; García Simón, M. S.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de guselkumab en Artritis Psoriásica (APs).

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de pacientes con APs tratados con guselkumab desde enero de 2022 hasta mayo 2023. Los pacientes incluidos en este estudio han presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a FAMEs, tales como metotrexato (MTX), leflunomida, sulfasalazina y/o otros tratamientos biológicos (FAMEb).

Variables a medir: edad, sexo, FAME previos, FAMEb previos, tratamiento concomitante con corticoides, duración del tratamiento con guselkumab, Proteína C Reactiva (PCR) y Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) al inicio del tratamiento y al finalizar, presencia de dactilitis y efectos adversos.

Evaluación de la eficacia: mejora de los parámetros analíticos inflamatorios: PCR y VSG.

Evaluación de la respuesta: RC: (Completa), mejoría tanto a nivel cutáneo como articular, RP (Parcial) mejoría a nivel cutáneo, pero no articular, RN (nula) no mejoría en ningún aspecto.

## Resultados

Se evaluó un total de 11 pacientes, edad media  $53,54 \pm 13,98$  años, de los cuales el 81,81% son mujeres. La media de duración del tratamiento es de  $8,66 \pm 4,82$  meses. El 90,90% (n=10) de los pacientes continúan con el tratamiento, uno de ellos suspendió por falta de eficacia.

FAME previos: MTX 72,72% (N=8) y Leflunomida 18,18% (n=2)

Número de FAMEb previos: uno 18,18% (n=2); dos 27,27% (n=3); tres 36,36% (n=4) y cuatro o más 27,27% (n=2).

Pacientes refractarios FAMEb: Secukinumab 45,45% (n=5); Adalimumab 45,45% (n=5); Certolizumab 36,36% (n=4); Etanercept 27,27% (n=3); Ustekinumab 27,27% (n=3); Golimumab 18,18% (n=2); Apremilast e Ixekizumab (n=1).

El 45,45% (n=5) recibieron tratamiento concomitante con glucocorticoides.

El 54,54% (n=6) presentó mejoría en el valor de PCR respecto al inicial (antes de recibir el tratamiento con guselkumab). Las respuestas al tratamiento con Guselkumab fueron: RC: 45,45% (n=5); RP: 27,27% (n=3); RN: 27,27% (n=3).

Dos pacientes sufrieron elevación de gamma-glutamil transferasa (GGT). El 27,27% (n=3) de los pacientes presentaba dactilitis antes de iniciar el tratamiento y todos mejoraron.

## Conclusiones

Guselkumab muestra mejoría en aproximadamente la mitad de los pacientes de este estudio, logrando la remisión de los síntomas articulares y cutáneos de los pacientes con APs moderada-grave, lo que supone un gran impacto en su calidad de vida.

El perfil de seguridad es bueno, ya que apenas se han detectado reacciones adversas. Es conveniente un estrecho seguimiento de los pacientes, monitorizar sus parámetros analíticos y evaluar la eficacia y seguridad de guselkumab en una cohorte más amplia de pacientes a largo plazo.

---

## EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA VALLE DE RISPERIDONA + 9-HIDROXI-RISPERIDONA DE UNA GUÍA DE CONSENSO EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA

Ruiz Ramírez, J. C. (1); Ródenas García, S. (2); Viney, A. C. (1); González Pérez-Crespo, M. C. (1); Alonso Herreros, J. M. (1); Soler Soler, M. M. (1)

(1) Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia; (2) Universidad de Murcia.

### Objetivos

Evaluar la capacidad predictiva de la concentración valle de risperidona (RIS) más 9-hidroxi-risperidona -paliperidona (PAL)- en relación con los criterios establecidos en la Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology (CGTDMN), Update 2017.

### Material y Métodos

Estudio prospectivo, analítico y observacional de pacientes en tratamiento con PAL palmitato intramuscular concomitante o no con RIS oral, en situación farmacocinética de estado estacionario. Se seleccionaron secuencialmente los 30 pacientes, mayores de edad, que acudieron a consulta de revisión, desde el día de inicio del estudio.

El estudio se enmarcó dentro de un trabajo inicial, encaminado a implementar la monitorización de los niveles plasmáticos de los fármacos antipsicóticos en un área de salud de la Región de Murcia.

La CGTDMN fue elaborada por el grupo de trabajo del Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP). En 2017 se publicó una nueva guía que fue la que se utilizó como referencia para este estudio.

Se programó una extracción de sangre, para la determinación de la concentración plasmática valle de PAL y RIS (en caso de tratamiento concomitante con este principio activo) y se comparó con la concentración valle predicha por la guía. También se evaluó cómo eran clasificados los niveles predichos, con respecto a los encontrados en los pacientes, calculando el índice Kappa de Cohen (KC) como medida de la concordancia.

La evaluación de la capacidad predictiva de la guía se realizó calculando la exactitud expresada como el error medio de predicción (EMP), la precisión como el error absoluto medio (EAM) y la raíz cuadrada del error cuadrático medio (RECM) como medida compuesta de la precisión y exactitud. Para ello se utilizó el método propuesto por Sheiner y Beal.



## Resultados

En cuanto a los resultados de la capacidad predictiva de la guía, se observó un EMP de -59,12 ng/mL (IC95%: -21,94 a -96,30), un EAM de 73,18 ng/mL (IC95%: 39,81 a 106,56), con un coeficiente de variación del 122,13% y un valor de RECM de 114,36 ng/mL (IC95%: 16,74 a 160,86).

En cuanto a la concordancia, la KC obtuvo un valor de 0,571, siendo estadísticamente significativa ( $p=0,002$ ).

## Conclusiones

Respecto a la capacidad predictiva de la guía, se ha encontrado un sesgo por infraestimación de las concentraciones plasmáticas. En cuanto a la precisión de la predicción se observa una variabilidad muy alta, lo que evidencia una baja precisión.

Existe una concordancia moderada y estadísticamente significativa entre cómo se clasifican los niveles plasmáticos valle predichos y los encontrados en el plasma de los pacientes.

Puede concluirse que a la vista de los resultados encontrados en este estudio preliminar, con las reservas derivadas de un tamaño muestral pequeño, la utilización de la guía de consenso puede servir como documento orientativo inicial, al comienzo del tratamiento, para posteriormente proceder a una monitorización y ajuste de la dosis, si procede, mediante la predicción individualizada de la evolución de la concentración valle de PAL, utilizando un modelo farmacocinético validado.

Sería recomendable, desarrollar un programa de intervención en pacientes actualmente en tratamiento con PAL, priorizando aquellos con niveles valle con alto riesgo de toxicidad, seguido de aquellos que presentan concentraciones valle por encima del límite superior del rango terapéutico (60 ng/mL) y por debajo del límite de alerta (120 ng/mL).

---

# MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VORICONAZOL Y SU EFECTO EN EL HÍGADO Y RIÑÓN DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS

**Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Hernández Sánchez, M.; Sánchez Blaya, A.; Manresa Ramón, N.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Analizar las concentraciones plasmáticas de voriconazol en pacientes hematológicos hospitalizados y el efecto del mismo en la función hepática y renal del paciente.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo durante el último año (de febrero 2022 hasta enero 2023), que incluyó a pacientes hematológicos ingresados a los que se les administró voriconazol. La monitorización de voriconazol se realizó una vez alcanzado el estado estacionario tras una dosis de carga y dos días de mantenimiento. El análisis fue mediante cromatografía líquida de alta presión con detector de fluorescencia. El margen terapéutico está establecido entre 1-4 mcg/ml. Se recogieron las variables sociodemográficas (sexo y edad), vía de administración, concentraciones mínimas, parámetros de función renal o hepática antes y 7 días después de iniciar el tratamiento con voriconazol. Para evaluar la función renal, se revisaron los niveles de creatinina y se consideró normal el rango entre 0,5-1,1 mg/dL. En el caso de la función hepática, se estudiaron los datos de las enzimas hepáticas con los rangos de normalidad a continuación indicados: Fosfatasa alcalina- FA (46-116 U/L), Aspartato aminotransferasa -GOT (8-30 U/L), Alanina aminotransferasa -GPT (7-35 U/L) y Gamma-glutamil transferasa- GAMMA GT (2-38 U/L). Los datos fueron recogidos de las historias clínicas disponibles en el programa Selene® y registradas en una base de datos Excel®.

## Resultados

Se evaluaron 24 pacientes, distribuidos igualmente hombres y mujeres. La edad promedio fue de 60 años. Las muestras analizadas fueron 59 con una media de 2,45 extracciones por paciente (1-5 extracciones). El 27% de los niveles fue obtenido tras la administración intravenosa y el 73% por administración oral.

El 50,85% de los niveles se encontraba dentro del rango terapéutico (0,95-3,8 mcg/ml). El 27,12% estaban por encima del margen terapéutico (4,17-12,17 mcg/ml). El 13,56% de los niveles estaban por debajo de rango (0,95-3,8 mcg/ml). Hubo errores de determinación por la técnica en el 8,47% de los niveles.

Al estudiar los cambios en la función renal, el 50% de los pacientes presentaban una función renal normal, mientras que el 18,2% tenían alteración en la función renal. Tras 7 días, la creatinina fue normal en el 32% y se presentó alterada en el 24%.

En cuanto a la función hepática, previo al inicio de voriconazol, las cifras de FA, GOT, GPT y GAMMA GT estaban dentro de los rangos de normalidad en el 60%, 56%, 68% y 12% respectivamente. Sin embargo, después de siete días de tratamiento, los valores analíticos fueron normales para FA en el 40% de los casos, para GPT en el 60% y GAMMA GT en el 8%. Sin embargo, los valores normales de GOT se encontraron en el 64%. También se comprobaron los niveles enzimáticos que estaban por encima del límite superior de normalidad previos al inicio del voriconazol. En estos casos los valores de FA, GOT, GPT y GAMMA GT fueron 32%, 40%, 28% y 88% respectivamente. Las analíticas 7 días después reflejaron una empeoramiento de la función hepática para FA en el 44%, GPT en el 32% y GAMMA GT en el 92% y mejoraron ligeramente en el caso de GOT, en el 32% de los datos.

## Conclusiones

Con estos hallazgos destacamos la necesidad de monitorizar las concentraciones plasmáticas de voriconazol por la alta variabilidad entre los pacientes y además es fundamental controlar la función hepática y renal en pacientes hematológicos hospitalizados por verse fácilmente afectada por la administración de voriconazol.



# ÁREA TEMÁTICA FARMACOTECNIA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS



# DESARROLLO GALÉNICO DE ÓVULOS VAGINALES DE CIDOFOVIR 1% PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO PRODUCIDAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Sevilla Alarcón, E. J.; Varea Béjar, Á.; Martínez Madrid, M. E.; Lago Ballester, F.; Fernández Vela, J.; Chica Marchal, A. M.

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

## Objetivos

Diseñar una fórmula magistral de óvulos de cidofovir 1% solicitada por ginecología para una paciente con lesiones escamosas de alto grado (H-SIL) derivadas de una infección por virus papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) persistente, y valorar su eficacia y seguridad.

## Material y Métodos

Se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica en la Farmacopea Española, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y webs relacionadas con formulación magistral con el fin de encontrar información sobre el material y excipientes necesarios para su elaboración. Se utilizó el programa COPA® para el diseño de la fórmula.

El control de calidad de la disgregación de los óvulos se hizo en base al ensayo descrito en la Farmacopea Española (2ªed, apartado 2.9.2), de cada lote formulado se controlaron caracteres organolépticos y se estableció la caducidad según la matriz de riesgo de medicamentos no estériles de la guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria publicada en junio de 2014. La eficacia y seguridad del tratamiento se valoró en base a la evolución de la paciente y los efectos adversos que pudiese presentar utilizando el programa de historia clínica electrónica Selene®.

## Resultados

Para la realización de la fórmula se utilizó Cidofovir 375mg/5mL como principio activo, como excipientes una combinación de polietilenglicol (PEG) 400 y PEG 4000, moldes de óvulos desechables de 12 g, vaselina líquida, baño termostático, elaborándose en cabina de flujo laminar tipo 1 ya que el cidofovir pertenece a la lista 2 NIOSH de medicamentos peligrosos. Una vez realizados los cálculos y establecido en base a la bibliografía un porcentaje de sobrellenado por pérdidas del 5%, para la formulación de 6 óvulos de 12 g se siguió el siguiente esquema:

1. Preparación del excipiente:
  - En dos vasos de precipitados y por separado pesar 30,5 g de PEG 400 y 30,5 g de PEG 4000. Calentar en el baño termostático a 100° C.
  - En el vaso del PEG 400 añadir el cidofovir y mezclar bien.

- Mezclar el contenido de los dos vasos de precipitados vertiendo la mezcla de PEG 400 + cidofovir en el del PEG 4000.
- 2. Llenar los moldes, previamente lubricados con vaselina líquida, con la mezcla de excipiente más principio activo.
- 3. Meter al frigorífico durante unos 20 minutos y una vez solidificado, desmoldar.
- 4. Envolver en papel de aluminio y etiquetar.

Los 6 óvulos fabricados fueron de color blanco, con aspecto uniforme sin grietas y cumplieron con el ensayo de uniformidad de masa (desviación de  $\pm 5\%$ ). Se estableció una caducidad de 6 meses según la matriz de riesgo de medicamentos no estériles.

La paciente de 41 años inició el tratamiento en septiembre de 2023 con una aplicación diaria durante 5 días, descansando 10 días, durante 12 semanas (6 ciclos). Durante el tratamiento, la paciente no evolucionó favorablemente ya que mostró aumento de dolor, sangrado vaginal y lesiones en la zona llegando incluso a tener que retrasar el inicio del tercer ciclo cinco días. Una vez finalizados los 6 ciclos, la biopsia vaginal mostró tejido de granulación con persistencia de VPH-AR y H-SIL que tras una nueva biopsia en febrero de 2024 evolucionó a carcinoma de células escamosas infiltrante VPH dependiente.

## Conclusiones

La formulación de óvulos vaginales de cidofovir es sencilla de elaborar y de llevar a cabo su control de calidad. Los resultados muestran que el sobrellenado del 5% de los óvulos es el correcto. No obstante, los resultados en la paciente no fueron los esperados.

---

# DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

**Fernández-Villacañas Fernández, P.; Meroño Saura, M. A.; Ortiz Fernández, P.; Herreros Fernández, A.; Añez Castaño, R.; Urbieta Sanz, E.**

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

## Objetivos

Asegurar una adecuada utilización de los medicamentos administrados de forma ambulatoria en Hospital de Día Médico (HDM) mediante la elaboración de una Guía de Administración de Medicamentos (GAM) compuesta por fichas de información (FI) de los distintos fármacos con siguientes objetivos:

- Disponer de un catálogo completo y actualizado de los fármacos administrados en HDM.
- Suministrar al personal de enfermería una GAM revisada y fiable que facilite la correcta administración de los medicamentos.

- Generar una fuente de información accesible e intuitiva que mejore la eficiencia en el manejo diario de estos medicamentos.

## Material y Métodos

Se constituyó un grupo de trabajo (GT) formado por las farmacéuticas del área de elaboración de mezclas intravenosas del Servicio de Farmacia (SF), la supervisora y una enfermera de HDM para establecer las necesidades a cubrir con la guía, los medicamentos susceptibles de inclusión, así como el formato y diseño de las FI.

Se siguieron los siguientes pasos:

- Identificación de los fármacos administrados en HDM, tanto aquellos elaborados en el SF, como los dispensados sin elaboración previa.
- Selección de la información relevante para inclusión en las FI.
- Diseño y elaboración de la plantilla.
- Identificación de las fuentes de información.
- Asignación a los miembros del GT los medicamentos a revisar.
- Revisión por parte del farmacéutico adjunto.
- Establecimiento de la periodicidad de revisión.

Las fuentes de información utilizadas fueron fichas técnicas de medicamentos, la Guía de Administración de Medicamentos Vía Parenteral (Hospital Universitario Son Dureta), la base de datos UpToDate®, así como diferentes publicaciones científicas.

Durante el año 2022 se comenzó la elaboración de la GAM, finalizando en marzo de 2023, quedando pendiente de publicación en formato guía.

## Resultados

Se identificaron 28 fármacos susceptibles de incluir en la GAM, el 64% de ellos requerían elaboración en SF y el 36% no requerían elaboración.

Se seleccionó la información a incluir y se diseñó una plantilla de Microsoft Word® que recogía estos apartados:

Descripción del fármaco y mecanismo de acción, indicaciones aprobadas en ficha técnica, y aquellas de uso habitual fuera de ficha técnica (indicado en la FI), presentaciones disponibles en la Guía Farmacoterapéutica del hospital, posología, cuidados previos del paciente, premedicación, modo de preparación (en los dispensados directamente), forma de administración, estabilidad y conservación (fotosensibles, de nevera...), monitorización farmacocinética en caso necesario, precauciones, reacciones adversas y consejos al paciente.

Las FI fueron revisadas por cada uno de los miembros del GT.

Aquellos fármacos disponibles en diferentes dosis y presentaciones se unificaron en una única ficha.

## Conclusiones

La GAM realizada por un equipo multidisciplinar ayudará a un manejo seguro y adecuado de los fármacos que se administran en HDM, constituyendo una herramienta útil para su utilización, facilitando el trabajo al personal sanitario y disminuyendo los posibles errores en la administración.

---

# EFFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE DISULFIRAM 25MG/ML SUSPENSIÓN ORAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

**González Pérez-Crespo, M. C.; Ortega Fernández-Henarejos, L.; Alonso Herreros, J. M.; Viney, A. C.; Ruiz Ramírez, J. C.; Soler Soler, M. M.**

*Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar la efectividad y tolerabilidad de una suspensión de disulfiram 25mg/ml (DFM) preparada para facilitar la administración supervisada y la adherencia terapéutica en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol (TCA).

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de una muestra de pacientes que recibieron DFM (nov20-dic23). Fuente de datos: historia clínica de Selene®, registro de dispensaciones de Savac®. Variables recogidas: sociodemográficas, diagnóstico, comorbilidad psiquiátrica, policonsumo, tratamientos previos, duración tratamiento, abstinencia, recaídas, efectos adversos, adherencia, psicoterapia y datos analíticos (al inicio y al final del tratamiento): Gamma glutamiltanspeptidasa (GGT), Volumen corpuscular medio (VCM), transaminasas (cociente GOT/GPT), Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT).

## Resultados

La DFM se elabora en el servicio de farmacia desde noviembre 2020 y se dispensa en la unidad de salud mental del propio hospital. Posología: 1 jeringa oral disulfiram 25mg/ml 20ml (500mg de disulfiram) 2 días/semana separados por un intervalo de 3 días.

Procedimiento elaboración: Dispersar disulfiram 250mg 100 comprimidos en 250ml de agua. Disolver benzoato sódico 250g en 30ml de agua. Pesar 20g de goma arábiga y mezclar con la disolución de benzoato sódico. Añadir esta solución al mortero con disulfiram hasta obtener una mezcla homogénea. Transferir a un matraz aforado (1000ml) y completar volumen con agua destilada. Voltear para homogeneizar. Aspecto: suspensión blanca homogénea, con tendencia a sedimentar con el tiempo, pero que se resuspende fácilmente. Envasado: jeringas orales topacio 20ml. Conservación: Temperatura ambiente. Proteger de la luz y aire. Plazo validez según bibliografía 60 días.

87 pacientes recibieron tratamiento con DFM, de los que se analizó una muestra de 20 (14 hombres, 6 mujeres). Mediana de evolución TCA 15 años (1-42), con una mediana de edad de 48,5 años (20-74). 13 pacientes presentaban comorbilidad psiquiátrica (4 trastorno depresivo, 1 trastorno esquizoafectivo, 7 trastorno personalidad, 1 ludopatía), 15 pacientes consumían otras sustancias (9 tabaco, 11 cocaína, 8 marihuana), 13 tenían apoyo familiar y 11 presentaban problemas sociales. 5 pacientes recibieron tratamiento previo con disulfiram comprimidos.

La mediana de duración del tratamiento con DFM fue de 24 semanas (2-120). 6 pacientes estaban en tratamiento concomitante con psicoterapia. En una paciente depresiva se requirió asistencia en urgencias por presentar una reacción etanol-disulfiram.

Datos analíticos: media al inicio tratamiento (GGT:119,55 , GOT/GPT:37/41,77, VCM:99,4). Media al finalizar: (GGT:63,75 , GOT/GPT:49,33/40,83, VCM:94,36). No existen datos de CDT.

De los 20 pacientes, 5 consumieron alcohol durante el tratamiento, 6 recayeron tras finalizarlo y reiniciaron DFM. Actualmente 4 pacientes continúan en tratamiento con una mediana de abstinencia de 38 semanas (28-128).

## Conclusiones

- DFM presenta ventajas frente a otras presentaciones de disulfiram (intramuscular o comprimidos diarios) facilitando la administración supervisada y la adherencia terapéutica, factor de gran relevancia para alcanzar el objetivo terapéutico.
- A pesar de ser considerado uno de los mejores indicadores para monitorizar la abstinencia, el CDT no se determinó en ningún caso
- Se observó una disminución de GGT, GOT/GPT y VCM tras el tratamiento.

---

## ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL GEL DE ANFOTERICINA B 3% EN INFECCIONES VAGINALES RESISTENTES A OTROS TRATAMIENTOS

Céspedes Sánchez, C. (1); Bosó Ribelles, A. (2); Pérez López, C. (1); Villa Carpes, J. (1); Ramón Pérez, M. (1); Conesa Nicolás, A. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Murcia; (2) Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Las candidiasis vaginales son producidas habitualmente por la especie *Candida albicans*, siendo *Candida glabrata* la segunda especie más frecuente, seguido de *Candida krusei*.

Las infecciones por *C.glabrata* son un reto terapéutico ya que es resistente, en la mayoría de casos, al tratamiento con azoles. Una posible alternativa en estas infecciones sería el tratamiento con un gel vaginal de anfotericina B.

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de una fórmula magistral de anfotericina B 3% en forma de gel vaginal en pacientes con candidiasis vaginales resistentes a antifúngicos orales y vaginales.

## Material y Métodos

Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de candidiasis vaginal refractaria tratadas con el gel vaginal desde el año 2020 hasta 2023.

Para la elaboración del gel de anfotericina B al 3%, pesamos la cantidad de anfotericina B necesaria según PNT (para el cálculo de la cantidad de polvo necesario, hay que tener en cuenta la potencia antibiótica del lote de materia prima indicada por el fabricante). Lo colocamos en un mortero y humectamos con la mínima cantidad de propilenglicol necesaria para formar una pasta homogénea. Posteriormente pesamos y agregamos el gel lubricante, mezclando hasta obtener un gel untuoso y homogéneo. Por último, envasamos en tubos de aluminio.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, microorganismo causante de la infección, antibiograma, duración, resultado del cultivo posterior al tratamiento y reacciones adversas.

## Resultados

Se incluyeron 7 mujeres con mediana de 46 (39-65) años de edad.

En 4 de ellas la infección vaginal fue producida por *C.glabrata*, en otras 2 la infección fue por *C.krusei*, y la restante presentó infección combinada por ambos microorganismos. En cuanto a sensibilidad se refiere, en 4 de las pacientes el microorganismo fue sensible a anfotericina B y tras 14 días de tratamiento se observó crecimiento de *C.glabrata* en 2 de ellas. Sin embargo, en 2 de las pacientes en las que el microorganismo presentó sensibilidad a flucitosina desconociéndose la sensibilidad a anfotericina, el cultivo negativizó tras el tratamiento. En la restante no se realizó antibiograma por motivos que desconocemos y el cultivo tras tratamiento fue positivo. Por tanto, se consiguió una flora normal en 4 de las 7 pacientes, siendo un tratamiento con mejor efectividad que otros geles vaginales.

Ninguna de las pacientes presentó efectos adversos.

## Conclusiones

Esta fórmula magistral podría ser una alternativa en el tratamiento de las candidiasis vaginales resistentes a las primeras líneas de tratamiento. Además, se podría considerar un tratamiento seguro.

No obstante, sería conveniente ampliar el número de sujetos para afianzar estos resultados.

# EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LAS PREPARACIONES NO ESTÉRILES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Castejón Castillejo, A. (1); Meroño Saura, M. A. (2); Selvi Sabater, P. (2); Tesón Hernández, A. (1); Santos López, E. (1); Urbieta Sanz, E. (2)

(1) Universidad de Murcia; (2) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## Objetivos

Evaluar el riesgo que supone la elaboración de diversas preparaciones no estériles mediante la aplicación de una matriz de riesgo.

## Material y Métodos

Se identificaron las fórmulas magistrales (FM) no estériles elaboradas en el área de farmacotecnia de un hospital terciario durante el año 2023. Los datos se extrajeron de una base de datos Microsoft Access® de elaboración propia. Haciendo uso de la "Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria" (GBP) se aplicó la matriz de riesgo para preparaciones no estériles.

Se revisó exhaustivamente el proceso de elaboración y materiales utilizados de cada FM. Las categorías abarcadas fueron las siguientes: (1) Proceso de preparación, (2) Vía de administración, (3) Perfil de seguridad del medicamento, (4) Cantidad de unidades preparadas, (5) Vulnerabilidad de la preparación y (6) Distribución.

Se creó una base de datos Microsoft Excel© diseñada específicamente para esto y se clasificó cada preparación asignando y combinando letras (A-D) según los criterios de riesgo de la matriz. La clasificación final fue: riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto según la GBP.

## Resultados

Se identificaron un total de 95 FM no estériles diferentes. Ninguna preparación fue clasificada como "preparación de riesgo alto". Un 92,6% (88/95) se consideraron "preparaciones de riesgo medio" y un 7,3% (7/95) como "preparaciones de riesgo bajo".

De las preparaciones de riesgo medio, el 36,8% (35/95) contienen al menos una letra C en alguna de las categorías, el 52,6% al menos 2 "C" (50/95) y el 13,7% (13/95) contienen 3 "B" (sin ninguna C). Entre las categorías de la matriz de riesgo: Proceso de preparación contiene 57 "C", Vía de administración contiene 4 "C", Perfil de seguridad del medicamento contiene 42 "C" y Cantidad de unidades preparadas 34 "C".

Las combinaciones más frecuentes fueron: "CBBCAA" (19/95) correspondientes a cápsulas de fármacos estupefacientes principalmente (15/19), "CBACAA" (11/18) cápsulas principalmente de placebo (6/11), y "AACABA" (14/18) principalmente soluciones tópicas de ácidos (7/14).



## Conclusiones

La matriz de riesgo de preparaciones no estériles ha sido una herramienta sumamente útil para conocer el riesgo de las preparaciones y poder gestionarlas adecuadamente.

La mayoría de preparaciones no estériles son consideradas de "riesgo medio" según la GBP.

La mayoría de preparaciones contenían al menos una "C" en alguna de sus categorías y una menor parte de las preparaciones fueron catalogadas como riesgo medio por contar con tres "B".

Las categorías más relevantes para la clasificación de los medicamentos como riesgo medio fueron Proceso de preparación y Perfil de seguridad del medicamento.

---

# FORMULACIÓN DE ENEMA DE ÁCIDOS GRASOS DE CADENA CORTA EN COLITIS ULCEROSA CON COLECTOMÍA SUBTOTAL E ILEOSTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Fernández Martínez, R.; Conesa Nicolás, A.; Villa Carpes, J.; Ramón Pérez, M.; Pérez López, C.; Robles García, I. S.**

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

## Objetivos

Describir la elaboración de una fórmula magistral en forma de enema de ácidos grasos de cadena corta (AGCC) y valorar la efectividad y seguridad en un caso de colitis ulcerosa (CU) con colectomía subtotal e ileostomía.

## Material y Métodos

Los AGCC, como el acetato y el butirato, son productos de la fermentación de hidratos de carbono, proteínas y fibra por parte de bacterias anaerobias comensales de la luz intestinal. Los AGCC desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la barrera y motilidad intestinal y son una fuente importante de energía para los colonocitos. Además presentan notables propiedades antiinflamatorias, inmunomoduladoras y estimulantes del crecimiento de bacterias beneficiosas como Bifidobacterium y Lactobacillus al reducir el pH del colon. A su vez, una menor producción de estos AGCC se ha relacionado con el agravamiento de patologías inflamatorias crónicas del tracto gastrointestinal, como enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y rectitis por derivación.

El servicio de cirugía general solicitó una formulación de enema de AGCC para paciente adulta con CU y colectomía subtotal e ileostomía, con antecedentes de episodios rectorrágicos e inflamación persistentes y fracaso primario a enemas de budesonida y supositorios de ácido 5-aminosalicílico. Tras consultar bibliografía disponible, en diciembre de 2023 se decide la elaboración desde el Servicio de Farmacia de enemas



de AGCC como fórmula magistral. El enema se administró cada 12 horas los meses de diciembre y enero y cada 24 horas el mes de febrero. Se evaluó la disminución de episodios de rectorragia como variable

## Resultados

La fórmula seleccionada consta de 1 enema fisiológico comercializado de 66ml, 1 cápsula blanda de butirato y 0,08 ml (=0,08meq) de acetato sódico 1M en ampollas.

Revisando la bibliografía se encontró la fórmula original, compuesta por acetato sódico: propionato sódico: n-butilato sódico en relación 60:30:40mM en solución de cloruro sódico 280mM. Por imposibilidad de prepararla se contactó con el Hospital Universitario Fundación Alcorcón que nos facilitó la actual fórmula. Debido a problemas por desabastecimiento con la materia prima se decidió prescindir del propionato sódico, pues de los tres ACGC que componen el enema original, se comprobó que la actividad del propionato sobre el colonocito es bastante escasa en comparación con el acetato y el butirato.

Se observó una leve mejoría inicial con ligera disminución en el número de episodios de rectorragia. Sin embargo, a partir del segundo mes de tratamiento desapareció esta mejora e incluso la paciente precisó enemas de budesonida en alguna exacerbación. Finalmente tras tres meses se discontinuó el tratamiento a pesar de que los enemas fueron bien tolerados y no se observara ningún efecto adverso relacionado con la medicación.

## Conclusiones

La elaboración de la fórmula magistral permitió disponer de una opción terapéutica para la nutrición y protección del colonocito en CU refractaria a tratamiento convencional.

El enema de AGCC ha resultado efectivo en la reducción de los episodios de rectorragia a corto plazo en nuestro caso.

No obstante son necesarios más estudios con más pacientes para valorar la efectividad y seguridad del enema a medio y largo plazo en pacientes con CU.

---

# FORMULACIÓN MAGISTRAL: ANÁLISIS DE INCIDENCIA Y CLASIFICACIÓN DE ERRORES EN LA PREPARACIÓN DIARIA

**Martínez Orea, A.; Manresa Ramón, N.; Guillén Díaz, M.; Hernández Sánchez, M.; Sánchez Blaya, A.; Portero Ponce, C.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Análisis de incidencia y tipo de errores en la elaboración de fórmulas magistrales (FM) por parte de enfermería tras la validación farmacéutica.

## Material y Métodos

Estudio descriptivo y prospectivo realizado en todos los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de las FM durante dos meses (01-05-2023 al 30-06-2023) en el Área de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia.

Las variables recogidas fueron: principio/s activo/s, vía de administración, tipo de error [falta de registro de datos demográficos del paciente, error en la selección de los componentes, pesada o unidades de viales o comprimidos/capsulas incorrecta, características organolépticas y pH no apto, error en el etiquetado, falta de control microbiológico (si precisa), falta de registro de firma de enfermería elaboradora u otro error de registro en el PNT].

Se registran todas las FM elaboradas y los errores detectados se registraron en una base de datos (Excel®).

## Resultados

Se incluyeron un total de 284 FMs, de las cuales: 34.5% vía oral, 27.5% vía oftálmica, 21.5% parenteral y el 16.5% tópicas.

Se detectaron 50 errores en total, lo que representa una tasa de incidencia del 17.6% indicando que aproximadamente 1 de cada 6 FMs presentó algún tipo de error en el PNT durante su elaboración. Los errores se clasificaron:

- 42% asociados a la falta de registro de datos demográficos del paciente (especialmente número de historia clínica).
- 4% selección errónea de los componentes para elaborar la FM.
- 10% pesada o unidades de viales incorrectos.
- 16% en el etiquetado.
- 4% a la falta de firma de enfermería elaboradora.
- 24% se asoció a diversos errores en el registro del PNT: 14% error en el registro del lote, 4% caducidad incorrecta, 2% ausencia de pegatinas indicativas de las condiciones de conservación y el 4% restante se debe a la falta de la firma del personal elaborador.

No detectamos ningún error en los caracteres organolépticos o pH de las FM.

Todos los errores fueron resueltos, de los cuales el 4% de las FM fueron desechadas, precisando una segunda elaboración.

## Conclusiones

Destacamos la importancia de la validación farmacéutica en el Área de Farmacotecnia y el análisis de los errores siendo los tres errores más frecuentes: la falta de registro de datos demográficos seguido de errores en el etiquetado y finalmente, pesada o unidades erróneas.



# HIPERSENSIBILIDAD CUTÁNEA INMEDIATA DEBIDO A ¿TERAPIAS BIOLÓGICAS O POLISORBATO 80?

Sánchez Blaya, A.; Manresa Ramón, N.; Portero Ponce, C.; Martínez Orea, A.; Hernández Sánchez, M.; Torrano Belmonte, P.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Analizar la causa de la reacción de hipersensibilidad y diseñar la elaboración de prick test/intradérmicas seriadas que contenga polisorbato 80 y terapias biológicas relacionadas con el diagnóstico de psoriasis y artritis psoriásica (AP).

## Material y Métodos

Presentamos a una paciente de 58 años con uveítis, psoriasis y artritis psoriásica (AP) en tratamiento biológico desde 2020 a 2022 con fracaso secundario a adalimumab. En octubre 2022 recibe guselkumab (anti-IL 23) presentando reacción local exagerada en el punto de inyección. Se cambia a risankizumab con falta de respuesta, y en diciembre 2023, se administra ixekizumab (anti-IL 17), presentando una reacción de hipersensibilidad cutánea inmediata en el sitio de inyección en el primer día.

El Servicio de Dermatología contacta con Servicio de Alergias y Servicio de Farmacia (SF) para consensuar y elaborar pruebas cutáneas para descartar si las reacciones son debidas al polisorbato 80 o a los propios principios activos y además, seleccionar la futura terapia biológica de la paciente (secukinumab, ustekinumab o certolizumab, este último no contiene polisorbato 80).

## Resultados

Se elaboraron 21 preparaciones en el SF en la cabina de flujo horizontal excepto docetaxel trabajando en vertical. Para descartar alergia a polisorbato 80, elegimos docetaxel partiendo de la dilución con suero fisiológico a 10 mg/ml elaboramos prick-test e intradermos seriadas (1:10, 1:100) y, triamcinolona 40 mg/ml (Trigon depot®) elaborando prick-test e intradermos seriadas con agua para inyección "API" (1:100, 1:1000). Elaboramos prick-test e intradermo seriadas (1:100, 1:1000) utilizando API de guselkumab 100 mg/ml, ixekizumab 80 mg/ml, secukinumab 150 mg/ml, ustekinumab 90 mg/ml y certolizumab 200 mg/ml. La estabilidad fue de 24 horas en nevera y protegida de la luz.

Las pruebas cutáneas fueron positivas con guselkumab e ixekizumab descartando la posible alergia a polisorbato 80 y resto de biológicos. Por lo que se decide iniciar con secukinumab administrando la primera dosis en consulta de alergia.

## Conclusiones

Las terapias biológicas son tratamientos innovadores y es importante valorar cada paciente individualmente mediante un equipo multidisciplinar (alergología, dermatología y farmacia) para poder destacar posibles reacciones adversas y/o alergias y seleccionar la mejor opción terapéutica en cada caso.



# MONITORIZACIÓN DEL AMBIENTE EN LAS ÁREAS DE ELABORACIÓN DE LA SALA BLANCA

Ruiz Palao, C.; Haro Lozano, R.; Meroño Saura, M. A.; Sabuco Tebar, E.; Navarro Martín, J. M.; Urbieto Sanz, E.

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

## Objetivos

Determinar el nivel de Biocontaminación de superficies inertes e internas de las cabinas de seguridad biológica, tanto horizontal como vertical, ubicadas en un servicio de farmacia hospitalaria.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo (Enero 2023–Diciembre 2023). Se realizó un muestreo redundante en las superficies internas de las cabinas de seguridad biológica vertical (CFLV) y horizontal (CFLH). Como medio de cultivo se utilizaron placas de Agar tripticosa soja de contacto tipo Rodac (Replicate Organism Detection And Counting). Los resultados se expresaron en UFC/placa. Se consideró resultado fuera de límite  $>1$  UFC/placa.

Se recogieron las intervenciones realizadas tras cada resultado.

## Resultados

Se realizaron 55 muestreos con un total de 220 placas, encontrando resultados fuera de rango en 15 (6,82%) placas.

En enero, se obtuvieron 2 (8,33%) resultados de 1 UFC/placa en la CFLV. Se realizó una limpieza exhaustiva y nueva toma de muestras con resultados adecuados.

En abril, se obtuvo 1 (5 %) resultado de 2 UFC/placa la CFLH. Se recomendó una limpieza exhaustiva de las superficies y nueva toma de muestras, con resultado negativo. Se revisó el protocolo de limpieza de las cabinas de seguridad biológica. El servicio de medicina preventiva incorporó en la metodología de recogida de muestras el uso del SAS para la transferencia de todos los equipos y medios de cultivo.

En mayo, se determinó 1 (6,25%) resultado de 1 UFC/placa en las placas situadas en la CFLV. Se realizó limpieza exhaustiva de la CFLV y nueva toma de muestras, con resultado negativo. Se modificó el formato del desinfectante utilizado, pasando de la utilización en formato líquido a toallitas.

En junio, se obtuvieron 6 (30%) resultados que superaban el límite. Tres cultivos con 30, 2 y 1 UFC/placa respectivamente en la CSBH y 1, 4 y 1 UFC/placa en las placas ubicadas en la CFLV. Se realizó una limpieza exhaustiva de las superficies de ambas cabinas. Se revisó y reforzó la metodología de limpieza y desinfección empleada. Se corroboró que las toallitas desinfectantes se conservaban adecuadamente cerrando los envases para evitar su secado.

En agosto, se obtuvo 1 (5%) resultado de 1 UFC/placa CFLV. Se realizó limpieza terminal y nuevo muestreo con resultados adecuados.

En septiembre, se obtuvieron 2(12,5%) resultados de 1UFC/placa en la CFLV. Se realizó una limpieza profunda y se revisaron los parámetros ambientales.

En octubre, se obtiene 1 (5%) resultado de 11 UFC/placa en la situadas en la CFLV. Se realizó limpieza terminal y nueva toma de muestras con resultado correcto.

En diciembre se obtuvo 1(6,25%) resultado de 23 UFC/placa en la CFLH. Se realizó limpieza terminal y nueva toma de muestras con resultado correcto.

## Conclusiones

Determinar el nivel de biocontaminación de superficies es de suma importancia en el trabajo habitual en cabinas de seguridad biológica. En nuestro caso, se han superado los límites recomendados para la monitorización microbiológica según la "Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria" en varias ocasiones. Esto ha permitido desarrollar acciones de mejora como revisión de protocolos o reforzar la formación del personal. Por ejemplo, se detectó una oportunidad de mejora respecto a la elección del desinfectante de superficies, recomendando el cambio a uno de mayor espectro. Desde el Servicio de Farmacia se está trabajando en reforzar todos los circuitos, desde la limpieza de las CFL hasta la recogida de muestras para evitar resultados anómalos.

---

# PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN MICROBIOLÓGICA MEDIANTE PLACAS DE CONTACTO DE LA SALA BLANCA DE UN SERVICIO DE FARMACIA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Fajardo Meroño, M. C.; Martínez Sequero, M. C.; Tomás Luiz, A.; Martínez Fajardo, D.; García Rodríguez, S.

*Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.*

## Objetivos

Describir el procedimiento técnico de control microbiológico con placas de detección y recuento de organismos replicados (RODAC) de la sala blanca del Servicio de Farmacia. Analizar los resultados obtenidos con estos controles para evaluar la efectividad del proceso y garantizar la esterilidad en el área de elaboración de preparaciones estériles.

## Material y Métodos

Se describe el nuevo procedimiento técnico de monitorización microbiológica con placas RODAC **basado en la "Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia hospitalaria"**.

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de los resultados tras la implantación del nuevo sistema de controles durante un periodo de 3 meses (noviembre 2023 - enero 2024). Los resultados se obtuvieron del Sistema de información del Laboratorio de Microbiología del hospital.

## Resultados

Semanalmente se ubican dos placas RODAC en la cabina de flujo laminar horizontal y dos en la cabina de flujo laminar vertical, colocadas a la derecha y a la izquierda de la superficie de trabajo. Mensualmente se ubican seis placas en cada cabina, dos en el Sistema de Acceso de Seguridad (SAS), dos en la mesa del material, y dos en el suelo de la cabina.

Antes de introducir las placas en las cabinas a través del SAS, se limpian con tetras impregnadas con alcohol, asegurando que no se abran accidentalmente. Una vez distribuidas dentro de la cabina correspondiente, cada placa se presiona suavemente sobre las superficies designadas durante aproximadamente 5 segundos para garantizar la transferencia efectiva de posibles microorganismos, y se cierran de forma meticulosa para evitar cualquier contaminación adicional.

Posteriormente, se crea una petición del Servicio de Farmacia al Laboratorio de Microbiología para cada placa, especificando el número de control y la zona de muestreo. Cada petición se etiqueta con un código de barras para su posterior procesamiento en el laboratorio.

Durante el periodo de estudio, se realizaron un total de 168 controles microbiológicos (72 controles mensuales y 96 controles semanales). El análisis de los resultados reveló que el 85,7% de los cultivos aerobios y el 98,8% de los cultivos micológicos dieron como resultado una ausencia total de contaminación; en el resto de muestras los resultados estuvieron por debajo de los límites recomendados de contaminación microbiológica para placas de contacto de diámetro 55 mm y sala de grado B ( $< 5$  ufc/placa).

## Conclusiones

La monitorización regular del entorno es esencial para asegurar la garantía de calidad de los productos de preparación estéril. Es importante analizar los resultados obtenidos, estudiar las tendencias y establecer valores internos y límites de acción. Cada unidad debe disponer de un programa de ensayos periódicos con todos los resultados documentados y mantenidos para su inspección. El programa de monitorización aplicado confirma que la superficie de trabajo y el entorno de la zona de trabajo cumple las normas pertinentes.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

# ÁREA TEMÁTICA NUTRICIÓN

# CONTROL DE CALIDAD EN LA REALIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL CON BOMBA DE INFUSIÓN MULTIVÍA MEDIMIX MULTI®MF 4120R

**Merlos Maestre, A.; Meroño Fernández, M. D.; Cutillas Milán, M.; Hernández Moreno, M.; Ortiz Valderas, V.; García Matillas, C. N.**

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

## Objetivos

Realizar diferentes y estrictos controles de calidad para fomentar la seguridad y la protección del paciente que recibe la NP.

## Material y Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de 5 meses (agosto-diciembre 2023) en un hospital de tercer nivel, en el cual se han incluido todas las NP de adulto y pediátricas realizadas en este periodo. Se evaluarán, mediante los controles de calidad, 4 aspectos imprescindibles que deben cumplir para que éste sea apto, como son gravimetría, control microbiológico, inspección visual, así como un correcto etiquetado.

En cuanto a la gravimetría, mediante el programa Clinus® se realizan los ajustes necesarios de los nutrientes, en base a las necesidades del paciente, que se mezclarán para la elaboración de la NP en la bomba de infusión Medimix®. Tras la elaboración mediante la bomba se realiza una pesada en una balanza de alta precisión para comprobar que el peso obtenido entra dentro del rango establecido mediante los informes de elaboración de Medimix®. Se establece un error gravimétrico del  $\pm 3\%$ .

En lo que respecta al control microbiológico, se realizará una toma de muestra de la NP para su posterior control en medios de cultivo aerobios y anaerobios, para la recuperación de una amplia gama de organismos, incluyendo bacterias, hongos y micobacterias. Este control se realiza de forma aleatoria a una NP de adultos y una pediátrica diaria.

En referencia a la inspección visual, se observará la ausencia de precipitado, así como la integridad de la emulsión. Y por último, el etiquetado de cada bolsa de etileno-vinil-acetato (EVA) de NP, siguiendo el procedimiento normalizado de trabajo (PNT), debe contener el nombre del paciente, número de historia clínica (NHC), fecha de elaboración y caducidad, ubicación hospitalaria y número de serie de la NP.

## Resultados

Analizadas un total de 1635 nutriciones, en cuanto a gravimetría, observamos una desviación media total del 0.36% entre el peso esperado y el peso final de cada nutrición. En cuanto al control microbiológico, de 138 NP analizadas, solamente hay un 1.48% en las que se ha obtenido un resultado positivo después de los análisis de las muestras. Finalmente, un 100% de las nutriciones han pasado correctamente la inspección visual y un adecuado etiquetado.

## Conclusiones

Los resultados de estos controles de calidad han sido aptos, lo que supone la seguridad necesaria para la administración de este tipo de compuestos en condiciones óptimas al asegurar que la elaboración ha sido adecuada. Asimismo, el uso de la bomba de infusión multivía minimiza el riesgo de errores a la hora de la elaboración de la NP, ya que reduce la manipulación por el personal de enfermería.

# REGISTRO DE CONTROL DE INGESTA COMO HERRAMIENTA DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE INGRESADO

**Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.; Hernández Sánchez, M.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Guillén Díaz, M.; Ventura López, M.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

La disminución del consumo de alimentos durante la hospitalización se ha confirmado como factor de riesgo de mortalidad en el paciente ingresado. Este dato nos hace pensar en la gran importancia que tiene conocer la ingesta del paciente durante su hospitalización para garantizar un adecuado aporte nutricional en el paciente hospitalizado.

El objetivo de nuestro estudio fue cuantificar el registro de los cuestionarios de control de ingesta en los pacientes ingresados en el hospital para poder utilizarla como herramienta en la valoración nutricional, con el fin de evitar el gran problema de la desnutrición hospitalaria.

## Material y Métodos

Estudio trasversal observacional desarrollado en coordinación con la comisión de nutrición del hospital en el cual realizamos un análisis cuantitativo de los cuestionarios de control de ingesta. Para ello, realizamos un corte durante un día en el que revisamos el nivel de cumplimentación de los formularios de control de ingesta presentes en las historias clínicas de dos pacientes ingresados en cada planta. Los pacientes fueron elegidos de manera aleatoria.

Los registros de control de ingesta indican qué cantidad aproximada ingiere el paciente en cada comida principal: desayuno, comida, merienda y cena.

Los registros de control de ingesta son cumplimentados por el personal que atiende a cada enfermo, ya sea el personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Posteriormente, estos formularios son de gran utilidad para la unidad de nutrición hospitalaria a la hora de modificar el tipo de dieta y los suplementos nutricionales orales. Se han convertido en una herramienta para evitar la desnutrición hospitalaria.

## Resultados

Se revisaron 36 pacientes ingresados en las 6 plantas del hospital. En el desayuno y la comida, el 47% de los registros estaban cumplimentados. El 41% de los registros de la merienda estaban rellenos y el 44% de las cenas.

Los 76% de los pacientes ingirieron el 100% del desayuno. El 58% de los pacientes ingirieron la comida completa. El 80% de los pacientes tomaron toda la merienda. El 50% de los pacientes ingirieron el 100% de la cena.

Solo dos de los pacientes revisados estaban en ayunas por intervención.

## Conclusiones

Se observó que aproximadamente la mitad de los registros de desayuno y comida estaban completos, mientras que los de merienda y cena presentaban una menor tasa de cumplimentación. Es fundamental incentivar al personal responsable de los pacientes en las plantas (enfermería y auxiliares de enfermería) el registro de la ingesta para obtener datos precisos en la valoración nutricional.

Es crucial promover la educación continua sobre la importancia de seguir las pautas nutricionales y consumir los suplementos prescritos para mejorar el estado nutricional y el proceso de recuperación de los pacientes hospitalizados.

El análisis del control de ingesta en pacientes hospitalizados proporciona información valiosa para optimizar la valoración nutricional, personalizar el plan de alimentación y garantizar una atención integral centrada en las necesidades específicas de cada paciente.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA  
FARMACOTERAPIA  
EN ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS



# ANÁLISIS DE LAS ALERTAS DE TERAPIA SECUENCIAL EMITIDAS POR EL SISTEMA DE APOYO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS

Ortiz Fernández, P.; Herreros Fernández, A.; Añez Castaño, R.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Almanchel Rivadeneyra, M.; Urbietta Sanz, E.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## Objetivos

Analizar las alertas de terapia secuencial (TS) detectadas por la herramienta WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System) en nuestro hospital. Este sistema ha sido implantado en todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud para facilitar el trabajo de los equipos PROA (Programas de optimización del uso de antibióticos) con un sistema de alertas para optimizar la antibioterapia.

## Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo realizado durante un periodo de dos meses (enero-febrero 2024) de todas las alertas de prescripciones de antimicrobianos intravenosos (IV) con buena biodisponibilidad oral superiores a tres días de los pacientes hospitalizados emitidas por el sistema WASPSS. La aceptación del cambio a terapia secuencial se revisó a las 48h de la recomendación realizada a través del programa de prescripción electrónica. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad y sexo), clínicas (diagnóstico) y referentes al tratamiento (antibiótico y duración de tratamiento). Estas variables se recogieron de la historia clínica electrónica, del programa de prescripción electrónica del hospital y de la herramienta WASPSS.

## Resultados

Se incluyeron 69 alertas emitidas por el programa WASPSS de 60 pacientes ingresados. De estas alertas, se desestimaron el 33,3% (23) por alguno de los siguientes motivos: 78,3% (18/23) por problemas de absorción gastrointestinal o de tolerancia oral y 21,7% (5/23) por inestabilidad clínica. La mayoría en pacientes ingresados en medicina interna (12) y unidad de cuidados intensivos (4).

Se consideró necesario realizar TS en 46 (66,7%) alertas, siendo aceptadas por el médico 23 (50%) de las mismas, y no aceptadas 10 (21,7%). El resto fueron pacientes dados de alta o que cambiaron de antibiótico en 7 (15,2%) ocasiones y que suspendieron el antibiótico en 6 (13,1%).

Los servicios en los que se realizó un mayor número de intervenciones fueron: medicina interna con 12 (26,1%) de las 46 intervenciones, cirugía general con 8 (17,4%), neumología con 7 (15,2%) e infecciosas con 7 (15,2%); siendo los que más intervenciones aceptaron los servicios de medicina interna, infecciosas y cirugía con 7/12, 6/7 y 4/8 respectivamente.

Los antibióticos implicados fueron, linezolid en 10 (21,7%) alertas, levofloxacin en 9 (19,6%), metronidazol en 8 (17,4%), clindamicina en 7 (15,2%), sulfametoxazol-trimetoprim en 5 (10,9%), fluconazol en 2 (4,3%), ciprofloxacino en 2 (4,3%), azitromicina en 2 (4,3%), moxifloxacino en 1 (2,2%); siendo levofloxacino

6 (66,6%), linezolid 6 (60%) y sulfametoxazol- trimetoprim 4 (80%), los antibióticos con mayor porcentaje de cambio a vía oral.

La mediana de tiempo desde la emisión de la alerta hasta el momento de la intervención fue de 2 (DE: 2,53) días.

## Conclusiones

La utilidad de la herramienta WASPSS para simplificar la selección de pacientes candidatos a TS queda demostrada con este estudio, siendo necesario mejorar los tiempos de respuesta en algunos casos. Sin embargo, la elevada cantidad de alertas desestimadas señala la necesidad de mejorar la generación de estas alertas. En este sentido, se sugiere incorporar variables relacionadas con los problemas de absorción gastrointestinal, tales como vómitos, náuseas, diarrea, malabsorción, entre otros. Esto contribuiría a una identificación más precisa de los candidatos a TS.

---

# ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMARCAL

Cano Molina, J. Á.; Sánchez Martínez, I.; Abellón Ruiz, J.; Vidal Sánchez, M.; Rodríguez Molina, M. A.; Valiente Borrego, F.

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza.

## Objetivos

La infección por *Clostridoides difficile* (ICD) es una de las principales causas de diarrea en el entorno hospitalario. El manejo de la misma ha experimentado cambios sustanciales en los últimos años. En este trabajo se analiza la epidemiología de la ICD en pacientes tratados, así como la efectividad y seguridad del tratamiento.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de ICD en un hospital comarcal entre enero y diciembre del 2023. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, antígeno de *Clostridoides difficile* (CD) (GDH), PCR de toxina B de CD, negativización coprocultivo, adquisición nosocomial/comunitaria, recurrencia, tratamiento utilizado (dosis/duración), criterios de ICD grave (cumplir al menos uno): leucocitosis  $>15000\text{cel/mm}^3$ , creatinina sérica  $>1,5\text{mg/dL}$  y albuminemia  $\leq 3\text{g/dL}$ . También se evaluaron factores de riesgo que predisponían a mala evolución/recurrencia: edad  $\geq 65$  años, antibioterapia en los 3 meses previos, tratamiento previo con inhibidor de bomba de protones (IBP). Se consideró efectivo el tratamiento si no había recidiva en las 8 semanas tras inicio del mismo.

Los datos analizados se obtuvieron de la historia clínica digital (Selene®) y el programa de prescripción electrónica asistida (MIRA®).

## Resultados

Se incluyeron 17 pacientes (9 hombres-8 mujeres), mediana edad 76 (54-95) años. El GDH fue positivo en todos los pacientes, mientras que la PCR era positiva en 8 pacientes, negativa en 7 y no se realizó en 2 pacientes. La adquisición de la ICD fue comunitaria en 6 pacientes y nosocomial en 11 pacientes. Se trataba del primer episodio en 14 pacientes, y segundo episodio en 3 pacientes. Todos los pacientes requirieron ingreso hospitalario, con una duración media de 5,7 días, continuando el tratamiento de forma ambulatoria.

En 14 pacientes se prescribió únicamente vancomicina oral, siendo la media de duración 11,8 días y posología 125 mg/6 horas. Otros 2 pacientes recibieron vancomicina con cambio a fidaxomicina en los 3 primeros días. Solo 1 paciente fue tratado con fidaxomicina exclusivamente.

El episodio se definió como ICD grave en 10 pacientes (concurriendo 1, 2 o las 3 condiciones a la vez): leucocitosis >15000 cel/mm<sup>3</sup> en 4 pacientes, creatinina sérica >1,5mg/dL en 3 pacientes y albuminemia ≤3g/dL en 6 pacientes.

En relación con el riesgo de recurrencia/mala evolución, el 100 % de los pacientes tenían ≥1 factores relacionados con mala evolución: edad ≥65 años (11/17), antibioterapia 3 meses previos (16/17), inmunosupresión (3/17) e IBP en 4 semanas previas (15/17). En relación con la antibioterapia en los 3 meses previos, recibieron: 1 antibiótico (2/16), 2 antibióticos (1/16), 3 antibióticos (6/16) y ≥4 antibióticos (7/16). En orden descendente, se prescribió: grupo JO1D (14 pacientes), JO1C (11 pacientes), JO1M (7 pacientes), JO1F (5 pacientes), JO1X (5 pacientes) y JO1G (2 pacientes).

Según los criterios establecidos consideramos efectivo el tratamiento en 13/17 (76,5%) pacientes, aunque en ningún paciente se realizó coprocultivo en las 8 semanas posteriores para objetivar la negativización. Tanto vancomicina como fidaxomicina se toleraron adecuadamente en todos los pacientes.

## Conclusiones

El tratamiento de la ICD ha resultado efectivo y bien tolerado, a pesar de las limitaciones temporales y tamaño muestral. Destaca la relación entre la incidencia de ICD y el uso de antibióticos, resaltando la importancia de los equipos PROA y la participación del farmacéutico, para promover un uso seguro y racional de la antibioterapia.

---

# ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PREVIAS A LA PUBLICACIÓN DE UNA GUÍA DE TRATAMIENTO EMPÍRICO REGIONAL

**García Rodríguez, S. (1); Salvador García, C. (2); Sanz García, M. T. (3); Pérez Flores, E. (1); Yagüe Guirao, G. (4)**

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia; (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia; (3) Universidad Politécnica de Valencia. Valencia; (4) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## Objetivos

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes, siendo motivo habitual de consulta en el Servicio de Urgencias. La implantación de un tratamiento antibiótico precoz y eficaz es esencial para resolver este cuadro clínico. Por ello, desde el Servicio Murciano de Salud (SMS) se han elaborado guías de terapéutica antimicrobiana para mejorar la prescripción antibiótica ayudando al clínico en la elección del antibiótico, teniendo en cuenta el síndrome infeccioso y la epidemiología local de resistencias. El objetivo de este estudio fue analizar el tratamiento antimicrobiano empírico prescrito en las ITUs atendidas en un Servicio de Urgencias de un hospital comarcal previamente a la publicación de la guía del SMS.

## Material y Métodos

En el análisis se incluyeron los episodios de ITUs en pacientes adultos atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal de junio a diciembre de 2020. Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Las variables recogidas para determinar la adecuación al tratamiento según la guía fueron: tipo de patología urológica, antibiótico prescrito, dosis, periodicidad, vía de administración y, duración del tratamiento. Los datos se consultaron a través de la historia clínica del paciente, en el programa SELENE y el tratamiento fue comparado con el recomendado en la guía.

## Resultados

Se diagnosticaron un total de 479 episodios de ITU. La mitad de los pacientes (239) fueron diagnosticados de cistitis, 173 de pielonefritis, seguido de 48 ITU asociada a sonda, 10 de epididimitis y orquitis y, 5 pacientes con prostatitis. Un paciente se diagnosticó de pielonefritis y prostatitis. En 5 casos no se recogió este dato.

Los antibióticos prescritos con mayor frecuencia fueron cefalosporinas de tercera generación (CF3G) (33,75%), fosfomicina (25,26%), cefalosporinas de segunda generación (CF2G) (15,94%) y fluorquinolonas (13,25%). Entre las CF3G, la más prescrita fue cefixima (25,26%) seguida de ceftriaxona (4,97%) y en menor medida cefditoreno (3,11%) y cefotaxima (0,41%). Cefuroxima fue la única CF2G prescrita. En las fluorquinolonas se prescribió con más frecuencia ciprofloxacino (11,18%) que levofloxacino (2,07%).

Según estos datos, 63,67% de los tratamientos antibióticos prescritos en el Servicio de Urgencias no se ajustarían a las recomendaciones de la guía. Respecto a los cuadros urinarios, la baja adherencia se observó en las cistitis (39/279, 16,32%) y prostatitis (1/5, 20,00%). Por el contrario, en pielonefritis e ITU asociada a sonda el porcentaje de adecuación a la guía sería más elevada con un 60,69% (105/173) y 54,17% (26/48), respectivamente.

Entre las razones de inadecuación al tratamiento antibiótico, la principal sería la prescripción de un antibiótico diferente al recomendado (63,28%), seguido de la duración incorrecta del tratamiento (34,10%).

## Conclusiones

La cistitis fue la patología diagnosticada con mayor frecuencia (49,79%). La CF3G fue el grupo terapéutico más prescrito, siendo cefixima y ceftriaxona las más destacadas.

La patología urológica tratada más acorde a la guía sería la pielonefritis. En cambio, el tratamiento más inadecuado fue para la cistitis. La principal razón de inadecuación sería la prescripción de un antibiótico no recomendado. Según estos datos, el margen de mejora en la prescripción de tratamiento empírico en este síndrome es muy elevado en nuestro hospital.

---

## ANÁLISIS DEL USO DE CEFTAZIDIMA AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Gutiérrez Sánchez, J. A.; Nájera Pérez, M. D.; Hernández Sánchez, M.; Torrano Belmonte, P.; Martínez Orea, A.; Portero Ponce, C.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

### Objetivos

Analizar el uso de Ceftazidima/Avibactam (C/A) para determinar si su uso se ajusta a las condiciones establecidas para su correcta utilización.

### Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel sobre el antibiótico C/A, el cual tiene restringido su utilización y financiación en infecciones intrabdominales complicadas, infecciones complicadas del tracto urinario, neumonía adquirida en el hospital e infecciones por microorganismos aerobios Gram - bajo ciertas condiciones:

1. Tratamiento dirigido de infecciones muy graves producidas por cepas resistentes a carbapenems (Carbapenemasas de clase A de Ambler, por ejemplo, carbapenemasas de *K. pneumoniae* [KPCs]) y Betalactamasas clase D de Ambler (OXA- carbapenemasas, incluyendo OXA-48) cuando no exista una alternativa terapéutica.
2. Situaciones excepcionales de cuadro infeccioso grave en pacientes colonizados por *Klebsiella* productora de KPC o OXA-48

El estudio incluyó a todos los pacientes tratados con C/A desde diciembre de 2020 hasta febrero de 2024. Se recopilaron variables relacionadas con el paciente (sexo y edad), servicio médico prescriptor, diagnóstico, microorganismo aislado, resolución clínica, tratamiento empírico o dirigido y antibioterapia previa y concomitante. Los datos se obtuvieron del programa de Historia Clínica Electrónica (Selene®) y del programa de Prescripción Electrónica (Mira®), los datos se anonimizaron previo a su análisis.

### Resultados

Se incluyeron 32 pacientes, siendo el 59,3% hombres, con una mediana de edad de 63 años (31-86). Los servicios que iniciaron o prescribieron el tratamiento fueron: Enfermedades Infecciosas (7 pacientes, 21,8%) y Medicina Intensiva (25 pacientes, 78,12%).

Los diagnósticos asociados fueron: shock séptico (31,5%), neumonía (31,5%), sepsis (12,5%), neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) (12,5%) y otros (12%). La mediana de duración de tratamiento fue de 7 días (2-96). La infección se resolvió en el 40% de los casos (13 pacientes). El 87,5% había recibido previamente otros antimicrobianos y el 84,3% recibió tratamiento antibiótico concomitante al uso de C/A.

En los casos en los que el tratamiento fue dirigido (46,8%) los microorganismos aislados fueron: Pseudomonas multirresistente (40%), Klebsiella productora de betalatasasas (26,6%), Enterobacter cloacae productor de carbapenemasas (26,6%) y Stenotrophomonas Maltophilia multirresistente (6,66%).

Cabe destacar las diferentes condiciones de uso entre los servicios médicos prescriptores, en los casos en los que C/A fue indicado por parte de Enfermedades Infecciosas el tratamiento fue dirigido en el 100% de los casos (7 pacientes). Cuando el servicio responsable de su utilización es Medicina Intensiva el tratamiento fue dirigido en el 32% de los casos y empírico en el 68%.

## Conclusiones

Nuestros resultados muestran una clara diferencia de uso de C/A según el servicio médico que lo indique. Mientras que el servicio de Enfermedades Infecciosas sí se ajusta a las condiciones indicadas para su utilización ya que solo lo utiliza en condiciones de tratamiento dirigido ante el aislamiento de microorganismos multirresistentes, en el servicio de Medicina Intensiva su uso es mayoritariamente empírico en pacientes con mal pronóstico, por lo que cabe preguntarse si hay alguna posibilidad de mejora en el uso de C/A en los pacientes críticos de nuestro hospital.

---

# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO FUERA DE INDICACIÓN DE LETERMOVIR EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO

**Conesa Nicolás, A.; Blázquez Álvarez, M. J.; Fernández Villa, N.; Fernández Martínez, R.; Ramón Pérez, M.; Gil Almela, J.**

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

## Objetivos

Letermovir está indicado para la profilaxis de la reactivación del citomegalovirus (CMV) y de la enfermedad causada por este virus en adultos seropositivos para el CMV (R+) receptores de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TCMH).

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del uso fuera de indicación de letermovir en la profilaxis y tratamiento de CMV en pacientes sometidos a trasplante cardíaco (TC) y realizar seguimiento de la seguridad de letermovir en estos pacientes.

## Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes adultos sometidos a TC que recibieron letermovir, desde febrero de 2023 hasta febrero de 2024.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico causante del TC, tratamiento inmunosupresor, carga sérica CMV antes y después de letermovir, dosis y duración del tratamiento.

La efectividad se evaluó mediante la reactivación o no de CMV en los pacientes que iniciaron letermovir como profilaxis y mediante la disminución de la carga viral en aquellos que iniciaron letermovir como tratamiento. La seguridad se evaluó por la existencia de eventos adversos relacionados con el tratamiento.

## Resultados

Se incluyeron 8 pacientes, el 62,5% hombres (n=5), con una mediana de edad de 61 años (44-78). Causas del TC: miocardiopatía dilatada 50% (n=4), miocardiopatía isquémica 25% (n=2), shock cardiogénico 12,5% (n=1) y miocarditis autoinmune 12,5% (n=1). Como tratamiento inmunosupresor, el 75% (n=6) recibió tacrolimus, ácido micofenólico y prednisona, y el 25% (n=2) recibió ciclosporina, everolimus y prednisona. En el 50% de los pacientes (n=4) se detectó carga viral de CMV e iniciaron letermovir como tratamiento. En el otro 50% (n=4), todos R+, no se detectó carga viral de CMV y los pacientes iniciaron letermovir como profilaxis. El 100% de los pacientes (n=8) habían recibido ganciclovir/valganciclovir como tratamiento o profilaxis de forma previa. En el 75% (n=6) se había registrado toxicidad medular asociada a valganciclovir y en el 25% (n=2) se observó resistencia a ganciclovir. La dosis de letermovir empleada fue 480mg/24h en el 75% de los pacientes (n=6) y 240mg/24h en el 25% (n=2), al incluir su tratamiento inmunosupresor ciclosporina. Respecto a los 4 pacientes que iniciaron letermovir como tratamiento, 3 continúan y 1 finalizó tras 15 días. El paciente que finalizó ya no presenta carga viral de CMV. En cuanto a los 3 pacientes que continúan, 1 presenta carga viral elevada de CMV, 1 presenta carga viral inferior al límite de detección y 1 ya no presenta carga viral de CMV. En cuanto a los 4 pacientes que iniciaron letermovir como profilaxis, 3 continúan y 1 finalizó tras 3 meses, sin que ninguno de ellos haya presentado reactivación del CMV tras el inicio de letermovir. No se han registrado eventos adversos atribuibles a letermovir en ningún paciente.

## Conclusiones

El uso de letermovir en pacientes con TC ha mostrado efectividad tanto en profilaxis como en tratamiento de CMV. Tras su uso como profilaxis ningún paciente ha presentado reactivación de CMV, y se ha observado que solo 1 de los 4 pacientes que iniciaron letermovir como tratamiento sigue presentando carga viral elevada. El perfil de seguridad de letermovir en estos pacientes parece ser bueno.

El uso de letermovir podría ser una alternativa eficaz y segura para aquellos pacientes con toxicidad o resistencia al tratamiento estándar (ganciclovir/valganciclovir).



# EXPERIENCIA DE USO DE CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.; Martínez Orea, A.; Guillén Díaz, M.; Hernández Sánchez, M.; Nájera Pérez, M. D.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Ceftolozano-tazobactam (C-T) es un antibacteriano de uso sistémico autorizado para el tratamiento, en adultos, de las infecciones intraabdominales complicadas, de las infecciones del tracto urinario complicadas, incluido la pielonefritis aguda, y para neumonía adquirida en el hospital, incluida neumonía asociada a la ventilación mecánica. El objetivo de este trabajo es analizar el empleo de ceftolozano-tazobactam en nuestro hospital.

## Material y Métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes tratados con C-T desde enero de 2023 hasta marzo de 2024. El consumo fue extraído del programa de gestión farmacéutica Savac®. Se recogieron variables demográficas, servicio responsable del paciente, microorganismo aislado, diagnósticos, posología, duración del tratamiento y necesidad de estancia en el servicio de medicina intensiva, antibióticos (concomitantes y previos), evolución clínica y motivo de suspensión del tratamiento.

## Resultados

El total de pacientes tratados fueron 4. Tres de los pacientes fueron hombres, con edad promedio de 58 años. Los servicios responsables fueron 2 a medicina intensiva, 1 a medicina interna y 1 a hematología. En 3 de los pacientes, el microorganismo patógeno fue *Pseudomonas aeruginosa* y en 1 de ellos fue *Burkholderia cepacea*. En 3 de los casos se aislaron además otros patógenos como *Enterobacter cloacae* productor de metalobetalactamasas multiresistente, *Stenothrophomonas maltophilia*, *Aspergillus flavus* y *Staphylococcus aureus* meticilin resistente.

Los diagnósticos de los pacientes fueron tres por shock séptico y uno por neumonía cavitada. La media de duración de tratamiento fue de 16 días (6-27 días).

La pauta empleada en dos tratamientos fue de 2 gramos cada 8 horas. En uno fue de 3 gramos cada 8 horas (dosis fuera de ficha técnica, pero recomendada en las guías de terapia antimicrobiana) y el restante 1 gramo cada 8 horas. Solo uno de los pacientes requirió ajuste por insuficiencia renal.

Todos los pacientes llevaban tratamiento antibiótico concomitante: dos de los pacientes llevaban asociado linezolid. Los otros llevaban vancomicina, trimetoprim/sulfametoxazol, fluconazol, isavuconazol y colistina inhalada. Todos los pacientes llevaron antibioterapia previa con meropenem. El resto de antibióticos usados fueron: linezolid, teicoplanina, vancomicina, amikacina, tigeciclina y ciprofloxacino.

Tres de los tratamientos fueron empíricos y sólo uno fue guiado por el antibiograma. El cambio del C-T por otro antibiótico fue motivado por el antibiograma en dos de los casos. En uno de ellos, la suspensión del tratamiento fue por mejoría clínica y en el restante por éxito.

## Conclusiones

Ceftolozano-tazobactam se ha convertido en una nueva alternativa para el tratamiento de infecciones graves causadas por organismos multirresistentes. Aunque en nuestro hospital se ha utilizado escasamente, destacamos su uso principalmente empírico. Por ello es importante remarcar la necesidad del seguimiento del aislamiento microbiológico para guiar los tratamientos y mejorar los resultados clínicos.

---

# EXPERIENCIA DEL USO DE CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA. VALORACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD

Herreros Fernández, A.; Ortiz Fernández, P.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; García Coronel, M.; Tomás Jiménez, C.; Urbieta Sanz, E.

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

## Objetivos

Cabotegravir-Rilpivirina (CAB+RPV) es una formulación dual de acción prolongada, de administración intramuscular (IM) que favorece la simplificación del tratamiento antirretroviral (TAR), mejorando la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como la adherencia y cumplimiento del TAR. CAB+RPV IM disminuye además el riesgo de interacciones con la medicación concomitante.

El objetivo del estudio fue la revisión de las características basales y tras 6 meses de tratamiento con CAB+RPV IM en un grupo de pacientes. También se revisó la seguridad y eficacia de CAB+RPV IM.

## Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de infección por VIH que iniciaron tratamiento con CAB+RPV IM desde febrero de 2023 hasta enero de 2024.

De los pacientes incluidos en el estudio, se recogieron variables sociodemográficas, como la edad y el sexo, y clínicas: carga viral (CV) basal y a los 6 meses de tratamiento, nivel de linfocitos T CD4 (LTCD4) basal y a los 6 meses de tratamiento, TAR previo, medicación concomitante, tipo de interacción con la medicación concomitante y tasa y motivo de suspensión de la terapia con CAB+RPV IM.

## Resultados

Se incluyeron 33 pacientes, de los cuales el 93.9% eran hombres. La media de edad fue de  $45 \pm 9$  años. 2 de los pacientes (6.1%) suspendieron el tratamiento con CAB+RPV IM al mes del inicio por reacción adversa al fármaco, presentando en un caso cansancio y astenia y el otro caso un cuadro de reacción sincopal.

La CV basal fue indetectable (menor de 20 copias/ml) en el 81.8% de los pacientes y en el 100% de los casos fue menor de 50 copias/ml. La CV a los 6 meses se obtuvo en el 78.8% de los pacientes, de estos, en el 88.5% de los casos fue indetectable y en el 100% de los casos fue inferior a 50 copias/ml. La media de LTCD4 basales fue de  $887.8 \pm 297.4$  células/microlitro. La media de LTCD4 a los 6 meses se obtuvo en el 72.7% de los pacientes, siendo la media de  $896.5 \pm 382.3$  células/microlitro.

El TAR oral previo mayoritario fue bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina en el 42.4% de los pacientes, seguido de lamivudina/dolutegravir en el 27.3%.

El 63.6% de los pacientes tomaban medicación oral concomitante, presentando el 9.5% interacción tipo B según la base de datos Lexicomp.

## Conclusiones

Nuestros resultados muestran que la mayoría de los pacientes en tratamiento con CAB+RPV IM son hombres de mediana edad con tratamiento oral concomitante y sin interacciones de interés. El TAR previo de la mayoría de los pacientes se corresponde con las pautas de TAR preferentes recomendadas en las guías terapéuticas. Los pacientes presentan buena situación tanto inmune como virológica de forma basal, que se mantiene con el nuevo TAR, lo que concuerda con los datos de eficacia que demuestran la no inferioridad con las pautas de TAR oral recomendadas por las guías terapéuticas. Además, nuestros datos ponen de manifiesto una aceptable seguridad del tratamiento con CAB+RPV IM, siendo bien tolerado en la gran mayoría de los pacientes incluidos en el estudio.

En base a esto, podemos concluir que CAB+RPV IM es una buena opción que favorece el cumplimiento y adherencia al TAR, además de disminuir el estigma y presión social asociados a la toma diaria de medicación.

---

# FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE SARM Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

**Hernández Sánchez, M.; Manresa Ramón, N.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Nájera Pérez, M. D.; Guilén Díaz, M.; Martínez Orea, A.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Estudio de la incidencia y análisis de los factores de riesgo (FR) que presentan los pacientes críticos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) para el desarrollo de *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (SARM) y de *Pseudomonas aeruginosa* teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Guía Hospitalaria de Terapéutica Antimicrobiana regional.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer grado durante un periodo de seis meses (junio- diciembre 2023) en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de NAC.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, FR de infección por SARM (hemodiálisis, antecedente de colonización/infección por SARM, procedencia de área donde los SARM sean mayor o igual al 20% de los *S. aureus*), FR de infección por *P. aeruginosa* (antecedentes de colonización/infección por ésta durante el último año, hospitalización con uso de antibióticos de amplio espectro en los últimos tres meses, inmunodeprimidos y pacientes con patología estructural pulmonar con exposición frecuente a esteroides o antibioterapia), número total de cultivos extraídos y número de cultivos con aislamiento de SARM y *P. aeruginosa*.

## Resultados

Se han incluido un total de 37 pacientes con una edad media de 63,9 años siendo el 67,6% hombres. Los motivos de ingreso en UCI fueron: shock séptico de origen respiratorio secundario a NAC (18,9%) e insuficiencia respiratoria secundaria a NAC (81,1%).

En cuanto a los FR de infección por SARM, se obtuvieron los siguientes resultados: 5,4% necesitaron terapia de reemplazo renal, el 16,2% procedían de un área con aislamiento de SARM igual o superior al 20% y ningún paciente presentó antecedentes de colonización/infección por SARM.

En cuanto a los FR de infección por *P. aeruginosa*: ningún paciente presentó antecedentes de colonización/infección por esta bacteria durante el último año, el 8,1% estuvo hospitalizado durante los 3 meses previos con necesidad de antibioterapia de amplio espectro, el 40,5% se encontraban en situación de inmunosupresión y el 21,6% presentaba patología estructural pulmonar con uso frecuente de corticoides.

Se extrajeron un total de 143 cultivos durante toda la estancia en UCI de los 37 pacientes incluidos en el estudio pero solo en dos pacientes se aisló SARM (5,4%) y en otros dos se aisló *P. aeruginosa* (5,4%). Resaltar que estos cuatro pacientes con aislamiento presentaron alguno de los FR reflejados en la guía.

## Conclusiones

Debido al manejo complejo de las infecciones respiratorias causadas por SARM y *P. aeruginosa*, es importante cribar aquellos pacientes con riesgo de infección por estas bacterias para seleccionar el tratamiento antibiótico empírico más efectivo. Destacamos como FR más relevantes, la procedencia de un área con un elevado aislamiento de SARM y la inmunosupresión. Sin embargo, solamente el 10,8% de los pacientes críticos obtuvieron un resultado positivo a dichos patógenos.



# MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE B-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

**Añez Castaño, R.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Ortiz Fernández, P.; Huéscar Pascual, M. D.; Caballero Requejo, C.; Urbieta Sanz, E.**

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar la adecuación de la prescripción antimicrobiana en pacientes atendidos en el servicio de urgencias (SU) con diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) con cultivos positivos para Enterobacterias productoras de  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido (BLEE-E), tanto al alta por el SU como en su seguimiento en atención primaria (AP).

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo realizado en el SU de un hospital de referencia de área que atiende a una población de 200.000 habitantes, desde enero de 2023 hasta junio de 2023.

Dentro del programa de optimización de uso de antibióticos (PROA), se revisó el manejo al alta de pacientes diagnosticados de ITU con cultivo positivo de BLEE-E.

Las variables estudiadas fueron: demográficas (edad, género) y clínicas (diagnóstico principal, microorganismo aislado en el cultivo de orina, antibiótico prescrito y adecuación del tratamiento tras resultados del antibiograma).

Las variables demográficas y el diagnóstico principal se obtuvieron del conjunto mínimo básico de datos (CMBD). El microorganismo aislado se obtuvo de los registros del Servicio de Microbiología, y el antibiótico prescrito, de la prescripción electrónica en el caso del SU, y de receta electrónica en el caso de AP. La adecuación del tratamiento empírico se estableció teniendo como referencia la Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Servicio Murciano de Salud (GTA-SMS). El tratamiento dirigido adecuado, se definió como antibiótico prescrito activo frente a BLEE-E.

## Resultados

Se incluyeron 34 pacientes, con una edad media de  $65,5 \pm 24,5$  años. El 69,4% eran mujeres y el 54,1% no estaban institucionalizados. El 52,9% acudieron al servicio de urgencias debido a síntomas del tracto urinario.

Los principales microorganismos aislados en los cultivos fueron Escherichia coli BLEE (67.5%), Klebsiella pneumoniae BLEE (27.1%) y Proteus mirabilis BLEE (2.7%).

La principal terapia empírica utilizada fue fosfomicina (26.4%), seguida de cefuroxima (17.6%), cefixima (17.6%) y ceftriaxona (11.7%).

En el 66,3% de los pacientes el tratamiento empírico no fue adecuado, ajustándose en AP después de conocer los resultados del antibiograma en el 23,5% de los pacientes.

El 26,6% de los pacientes reconsultaron en el servicio de urgencias durante el mes posterior al alta.

## Conclusiones

El manejo de las ITU causadas por BLEE-E en el SU supone un desafío debido al creciente índice de resistencia a los antibióticos en los últimos años. Nuestro estudio muestra que el manejo al alta de los pacientes desde los SU no se realiza adecuadamente revelando la importancia de iniciar programas estructurados de seguimiento de cultivos dirigidos, en los que los farmacéuticos de urgencias juegan un papel crucial. Este enfoque puede ayudar a evitar el fracaso del tratamiento, reducir la tasa de reconsultas y disminuir las complicaciones derivadas de la resistencia a los antibióticos.

---

# MANEJO HOSPITALARIO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

**Herreros Fernández, A.; Añez Castaño, R.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Ortiz Fernández, P.; Caballero Requejo, C.; Urbieto Sanz, E.**

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

## Objetivos

El tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU) causadas por enterobacterias productoras de  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido (BLEE-E) es un desafío. En la terapia empírica se deben tener en cuenta los factores de riesgo para desarrollar una infección por BLEE-E (uso previo de antibióticos en los últimos 3 meses, pacientes institucionalizados, pacientes en hemodiálisis, portadores de sonda urinaria, edad avanzada con comorbilidad y colonizados); ya que el tratamiento habitual recomendado para las ITU no suele ser activo frente a éstas.

El objetivo del estudio fue evaluar el tratamiento y la evolución de los pacientes ingresados con urocultivo confirmado por BLEE-E.

## Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo llevado a cabo en un hospital de referencia de área, que atiende a una población de 200.000 habitantes, desde julio de 2022 a junio de 2023. Se identificaron

los pacientes hospitalizados con urocultivo confirmado por BLEE-E. Los datos de hospitalización se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y los datos de los urocultivos del Servicio de Microbiología.

De cada paciente incluido en el estudio se recogieron variables sociodemográficas, como la edad y el sexo y clínicas como: índice de Charlson, servicio al ingreso, estancia (días), diagnóstico principal al ingreso, antibiograma, antibiótico prescrito y duración de la antibioterapia (días). También se recogieron los microorganismos aislados en el urocultivo.

El índice de Charlson se clasificó como: ausencia de comorbilidad (0-1 puntos), comorbilidad baja (2 puntos), comorbilidad alta (>3 puntos).

## Resultados

Se incluyeron 36 pacientes, de los cuales el 69,4% eran mujeres. La media de edad fue de  $78,6 \pm 13,2$  años. El 19,4% de los pacientes fueron hospitalizados con diagnóstico principal de ITU. El 50% de los pacientes ingresó a cargo del Servicio de Medicina Interna y la estancia hospitalaria media fue de  $11,3 \pm 13,1$  días. La media del índice de Charlson fue de  $1,6 \pm 1,7$  puntos (sin comorbilidad).

En el 86,1% de los casos, el microorganismo aislado en el urocultivo fue *Escherichia coli* productor de BLEE. El 100% de las BLEE-E aisladas fueron sensibles a carbapenemes, el 97,2% a nitrofurantoína, el 66,7% a fosfomicina, el 41,7% trimetoprim/sulfametoxazol y el 11,1% a ciprofloxacino.

El tratamiento empírico mayoritariamente prescrito fue ceftriaxona (51.5%), mientras que el tratamiento dirigido fue carbapenemes en el 73.3% de los casos. En el 78,8% de los pacientes, la antibioterapia empírica no fue adecuada, adaptándose en el 86,7% de los pacientes tras los resultados del antibiograma. La duración media de la terapia antibiótica fue de  $14,6 \pm 15,3$  días.

## Conclusiones

Nuestros resultados muestran que los pacientes fueron tratados en su mayoría con ceftriaxona de forma empírica, ya que se trata del tratamiento de elección en ITU según la Guía Hospitalaria de Terapéutica Antimicrobiana del Servicio Murciano de Salud. Sin embargo, no se han tenido en cuenta los factores de riesgo para presentar una infección por BLEE-E, por lo que se ha detectado una oportunidad de mejora en este ámbito.

En cuanto a la duración del tratamiento, también se ha detectado la necesidad de optimizar la antibioterapia, ya que existe evidencia que recomienda reducir a unos 5-7 días el tratamiento de las ITU complicadas/pielonefritis.

---

# PROFILAXIS ANTIBIÓTICA E INFECCIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL GENERAL

**Uruena Tincani, E. M. (1) Velasco Costa, J. (2)**

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.; (2) Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia.

## Objetivos

Determinar si existe relación entre el cumplimiento de la profilaxis antibiótica preoperatoria y el desarrollo de infección del lugar quirúrgico.

Describir las causas de incumplimiento.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo observacional en el que se analizaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a cirugía de colon, prótesis de cadera o rodilla desde enero a septiembre de 2023, en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos de: cumplimiento de la profilaxis antibiótica, causas de incumplimiento y desarrollo de infección en el lugar quirúrgico.

Análisis estadístico Chi<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ) mediante SPSS®.

## Resultados

Se revisaron 264 pacientes sometidos a cirugía: colon 94 (35,6%), rodilla 82 (31,1%) y cadera 88 (33,3%). La tasa de profilaxis adecuada fue del 62,1% ( $n=164$ ), mientras que fue inadecuada en 100 (37,9%); en 40 (15,2%) fue debido a inicio posterior a 60 minutos de su administración, en 28 (10,6%) se debió a inadecuada elección del antibiótico y en 32 (12,1%) no se registró si se realizó la profilaxis.

Desarrollaron infección 29 (11,0%), de los que 16 no cumplieron la profilaxis antibiótica ( $p=0,024$ ).

NNT= 12,4 (por cada 12 pacientes que recuben correctamente profilaxis preoperatoria, se evita que uno desarrolle infección del lugar quirúrgico).

## Conclusiones

Existe correlación entre el cumplimiento de la profilaxis antibiótica preoperatoria y el desarrollo de infección del lugar quirúrgico ( $p < 0,05$ ).

En la evaluación del incumplimiento del protocolo de profilaxis deben estar implicados todos los profesionales que colaboran en su cumplimiento/funcionamiento: cirujanos, anestesiistas, enfermeras, personal de Medicina Preventiva y Farmacia y la Comisión de Infecciones del hospital.

---

# PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Martínez Madrid, M. E.; Sevilla Alarcón, E. J.; Martínez Marcos, J. M.; Tamboleo Sánchez, I. J.; Lago Ballester, F.; Vicente Sánchez, S.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Evaluar las intervenciones y su grado de aceptación en un programa de terapia secuencial antibiótica realizado en un hospital de tercer nivel mediante el uso del programa de optimización del uso de antiinfecciosos (WASPSS®), el programa de prescripción electrónica (MIRA®) y la historia clínica electrónica (SELENE®) en función de los servicios médicos y el tipo de antiinfeccioso prescrito.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo de un año de duración (Diciembre 2022-Noviembre 2023) en el que se recogieron las intervenciones realizadas a los pacientes susceptibles de terapia secuencial antibiótica en base al cribado realizado a través de la herramienta WASPSS®.

Para el cribado, se emplearon criterios relativos al tipo de antiinfeccioso (presentación oral disponible y buena biodisponibilidad oral), al paciente (hospitalizado con tratamiento antiinfeccioso intravenoso más de 3 días, estabilidad hemodinámica, tolerancia a la vía oral y tracto gastrointestinal funcional) y al tipo de infección. Los pacientes con las siguientes patologías fueron excluidos: endocarditis izquierda, infección protésica endovascular, meningitis, acceso cerebral, accesos no drenados, empiemas, mediastinitis y bacteremias complicadas.

Los antiinfecciosos candidatos a terapia secuencial fueron: levofloxacino, metronidazol, trimetoprim/sulfametoxazol, fluconazol, linezolid, clindamicina, ciprofloxacino. Se evaluaron los resultados a las 24-48h de la intervención y se clasificaron en "Aceptada", "Rechazada" y "Seguimiento no realizable".

## Resultados

Se realizaron 590 intervenciones, de las cuales 290 fueron aceptadas, presentando una tasa de aceptación del 49.2%. Los servicios con mayor número de intervenciones fueron: medicina interna (186), aparato digestivo (63), medicina infecciosa (60), neumología (49) y cirugía general y digestiva (35). Los servicios con menor número de intervenciones fueron: angiología y cirugía vascular (23), urología (14), traumatología (14), otorrinolaringología (8), nefrología (6), hematología (5), ginecología (4), cirugía pediátrica (4), medicina intensiva (2), endocrinología (1), obstetricia (1), pediatría (1) y oncología radioterápica (1).

Los servicios con mayor grado de aceptación fueron: urología (78.6%), ginecología (75%), nefrología (66.7%), neumología (65.3%), hematología (60%), medicina interna (59.7%) y medicina infecciosa (53.3%). Los servicios con menor grado de aceptación fueron: cirugía general y digestiva (11.4%), otorrinolaringología (12.5%), angiología y cirugía vascular (17.4%), y traumatología (21.4%).

Los antiinfecciosos con mayor número de intervenciones fueron levofloxacino (175), ciprofloxacino (106) y clindamicina (95) y con menor número de intervenciones fueron fluconazol (36) y trimetoprim/sulfametoxazol (9). Los antiinfecciosos con mayor grado de aceptación fueron levofloxacino (61%) seguido de trimetoprim/sulfametoxazol (55%) y ciprofloxacino (51%) y con menor grado de aceptación fueron metronidazol (39%) y clindamicina (36%).

## Conclusiones

La puesta en marcha de un programa de terapia secuencial antibiótica de forma proactiva por parte del farmacéutico generó un gran número de intervenciones, de las cuales la mitad fueron aceptadas por el prescriptor. La mayor parte de ellas fueron realizadas en medicina interna, siendo las quinolonas el grupo terapéutico con mayor número de intervenciones.

La existencia de un programa para realizar el cribado de pacientes facilita la intervención del farmacéutico en la promoción de la terapia secuencial antibiótica.

---

# TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE UN HOSPITAL COMARCAL

**García Rodríguez, S. (1); Salvador García, C. (2); Sanz García, M. T. (3); Pérez Flores, E. (1); Yagüe Guirao, G. (4)**

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia; (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia; (3) Universidad Politécnica de Valencia. Valencia; (4) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## Objetivos

La terapia secuencial (TS) es una estrategia a tener en cuenta, porque reduce la estancia hospitalaria, los riesgos derivados de tratamientos intravenosos y, por tanto, los costes tanto directos como indirectos.

El objetivo del estudio fue describir las características clínico-epidemiológicas de las infecciones del tracto urinario (ITUs) en pacientes hospitalizados tras acudir al Servicio de Urgencias de un hospital comarcal y analizar la TS realizada del tratamiento antibiótico prescrito.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de junio a diciembre de 2020. Se incluyó todo paciente con diagnóstico clínico de ITU atendido en Urgencias con posterior ingreso hospitalario. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, procedencia, factores de riesgo intrínsecos y, tratamiento en urgencias, durante el ingreso y tras el alta. Las características del paciente y el tratamiento al alta se consultaron en el programa SELENE®. El tratamiento durante el ingreso se recogió del programa de prescripción electrónica MIRA®.

## Resultados

Un total de 419 pacientes acudieron al Servicio de Urgencias por presentar clínica compatible con ITU. De ellos 32 pacientes (7,64%) fueron hospitalizados. La mediana fue de 79 años (RIC 15,5) y el 56,25% fueron hombres. Un 21,87% (7 pacientes) procedían de centros sociosanitarios.

Un 93,75% presentaban algún factor de riesgo, siendo la presencia de una patología urológica previa la más frecuente (71,88%). De entre ellas, la afectación renal fue la más común (46,88%). La diabetes (53,12%) y la insuficiencia renal (53,12%) también fueron factores de riesgo usuales.

La mayoría de pacientes (22) fueron diagnosticados de pielonefritis, 9 de ITU con sonda y un paciente se diagnosticó de pielonefritis y prostatitis.

Los grupos terapéuticos prescritos con mayor frecuencia fueron las cefalosporinas de tercera generación (CF3G) (68,75%) y los carbapenémicos (15,63%). Entre las CF3G destacó la ceftriaxona (65,63%).

Durante el ingreso tan sólo se realizó TS en dos pacientes (6,25%), en uno se cambió de fosfomicina intravenosa (IV) a oral y en el otro, de piperacilina/tazobactam IV a levofloxacino oral tras el estudio de sensibilidad. Del resto de pacientes, 21 pacientes (65,62%) no recibieron TS por presentar inestabilidad clínica, mientras que, 9 pacientes (28,13%) estando estables no recibieron TS con un antibiótico oral sensible al antibiograma.

Casi la mitad de pacientes (15 pacientes; 46,87%) recibieron TS al alta, siendo el cambio más habitual de ceftriaxona IV a cefixima oral. Once pacientes (34,38%) no recibieron TS por finalizar su tratamiento antibiótico durante el ingreso. Cuatro pacientes (12,50%) fueron exitus, y dos pacientes (6,25%) fueron trasladados al hospital de referencia por falta de estabilidad clínica. Un paciente presentó TS errónea tras prescribirle un antibiótico no indicado para la ITU (cefditoreno).

## Conclusiones

Durante el ingreso no se realizó TS en la mayor parte de los pacientes a pesar de que en casi un 30,00% se podía haber realizado. Casi la mitad de ellos recibió TS al alta.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA

GESTIÓN Y DESARROLLO  
ORGANIZATIVO,  
NUEVAS TECNOLOGÍAS  
Y PRODUCTOS SANITARIOS

# ADAPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES E INDICADORES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ortiz Fernández, P.; Añez Castaño, R.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Herreros Fernández, A.; Caballero Requejo, C.; Urbietta Sanz, E.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## Objetivos

Analizar las actividades e indicadores consensuados en el documento de posicionamiento de Atención farmacéutica en servicios de urgencias (SU) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), con el fin de conocer los recursos necesarios para su implementación en un hospital de tercer nivel.

## Material y Métodos

Durante la actividad diaria realizada por un farmacéutico interno residente en la rotación de dos meses en el SU, se analizó la factibilidad de la realización de las actividades/indicadores recogidos en el documento de consenso de Atención farmacéutica de la SEFH y SEMES. Éste divide las actividades en 5 áreas: gestión logística (14), atención farmacéutica (25), gestión de riesgos (18), formación (5) y área de investigación (4), y éstas a su vez, están categorizadas como básicas (n=39), intermedias (n=17) y avanzadas (n=10) según su prioridad.

De las mismas se definió: su grado de implantación, la periodicidad con la que deben realizarse, los recursos requeridos para su desarrollo, y la capacidad de nuestra unidad para implantar nuevas actividades e indicadores.

## Resultados

Del total de las 66 actividades/indicadores recogidos en el documento, están implantadas en la metodología de trabajo del farmacéutico el 28,7%. Al analizarlas según su prioridad, se llevan a cabo el 37,5% de las básicas, el 11,7% de las intermedias y el 10% de las avanzadas. En cuanto a las áreas donde ya están implantadas, el 42,8% de las actividades son del área de gestión, el 40% de formación, el 27,7% de gestión de riesgos, el 25% de investigación y el 20% de atención farmacéutica.

De las actividades/indicadores que no se realizan, un 42,6% fueron propuestas para integrarlas como actividad a desarrollar por el farmacéutico de urgencias, siendo un 41,3% de éstas, actividades del área de atención farmacéutica.

El 28,7% de actividades/indicadores restantes se consideran no implantables en nuestro centro.

En cuanto a la periodicidad propuesta para la realización de actividades y recolección de indicadores: 27 actividades/indicadores se realizarán diariamente, 16 anualmente y 4 semestralmente.



Respecto a los recursos humanos requeridos, la presencia física prevista para el farmacéutico en el SU sería jornada laboral de mañana, de lunes a viernes. Los recursos ofimáticos necesarios se basan en la creación de una base de datos que integre la mayoría de los indicadores.

## Conclusiones

El documento de consenso constituye una valiosa herramienta para proporcionar una atención farmacéutica de calidad en los servicios de urgencias.

No obstante, aunque sirve de referencia y soporte para orientar y unificar las actividades a realizar, es necesario su análisis e implantación de forma progresiva. Así, se podrá adaptar a las necesidades de cada centro hospitalario, teniendo en cuenta el perfil de pacientes atendidos en la unidad, número de farmacéuticos disponibles en el mismo, así como tiempo dedicado a la asistencia.

En nuestro centro, se ha priorizado la implantación de actividades de atención farmacéutica, lo que implica la necesidad de disponer de un farmacéutico integrado en el SU, así como el desarrollo de una base de datos robusta y ágil para el registro de la actividad diaria.

---

# EVALUACIÓN DE LA RETIRADA Y DEVOLUCIÓN DE MEDICACIÓN DISPENSADA EN CARROS DE UNIDOSIS TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE PREVISIÓN DE ALTAS: ESTUDIO PILOTO

Cutillas Milán, M.; Ortiz Valderas, V.; Meroño Fernández, M. D. (2); Hernández Moreno, M.; Merlos Maestre, Á.; Lázaro Cebas, A.

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

## Objetivos

Reducir el número de medicamentos que se devuelven al Servicio de Farmacia (SF) a través del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), tras la implantación de un sistema interdisciplinar de previsión de altas de pacientes.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio piloto prospectivo de 1 semana de duración (27/02/24 al 06/03/2024), en un hospital de 667 camas en SDMDU y 18 unidades de enfermería (UE). Para la realización del estudio se emplearon los listados de carga y de recogida de carros de las unidades de enfermería pilotadas obtenidos del programa informático de gestión y dispensación hospitalaria SAVAC®.

Las unidades seleccionadas para el estudio piloto fueron 2 UE quirúrgicas, por tener un índice de rotación de camas superior.

Se recogieron las siguientes variables: fecha de preparación de SDMDU, UE, camas de los pacientes con previsión de alta, nº medicamentos preparados en carro tras la carga inicial, nº medicamentos retirados tras previsión de alta (MRet), nº medicamentos enviados en carro por UE (MEnv), nº medicamentos devueltos al servicio de farmacia en SDMDU (MDev).

Se analizaron los datos obtenidos según los siguientes indicadores: % de MRet respecto al nº medicamentos preparados en carro tras la carga inicial, % MDev respecto a MEnv y % estimado de medicación que hubiera sido devuelta sin retirada de altas (nº MRet + nº MDev) respecto al (nº MEnv + nº MRet). Para el análisis descriptivo se calculó la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y la desviación estándar o la mediana con rango intercuartílico (RIC) para las variables cuantitativas. Se comparó la MDev con la estimación de medicación que hubiera sido devuelta expresando la variación en términos absolutos.

## Resultados

Durante los 7 días de monitorización del estudio piloto se registraron un total de 58 altas con una mediana de 9 altas/día (RIC 7-9). La mediana de medicación total preparada durante la carga inicial de carros por día fue de 558 (RIC 494-566). La mediana de MRet por día fue de 69 (RIC 41-93), siendo el total de MRet en los 7 días de estudio de 451. La mediana de MEnv por día tras la retirada de altas fue de 448 (RIC 402-499). El nº total de MDev al servicio de farmacia fue de 828 siendo la mediana diaria de 116 (RIC 110-136) medicamentos.

La retirada de medicación al alta redujo en un 11,95% la MEnv (451/3773). El % de MDev al servicio de farmacia respecto al nº de MEnv durante la semana fue del 27,27% (828/3003). La estimación de medicación que hubiera sido devuelta sin la retirada de altas fue del 37,03% (1279/3454), 192 (RIC 117-229) medicamentos por día. La reducción absoluta en el % de MDev respecto a la estimación si no se hubieran retirado las altas fue del 9,46%.

## Conclusiones

La implantación de un sistema interdisciplinar de previsión de altas de pacientes redujo la MEnv a través del SDMDU así como la MDev en 2 plantas de hospitalización quirúrgicas.

Los resultados indican un impacto positivo que podría ser extrapolable a otras unidades quirúrgicas. El impacto de la medida en plantas asociadas a servicios médicos con menor índice de rotación (IR) podría ser evaluado en futuros estudios.



# EVALUACIÓN DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA: IMPACTO ECONÓMICO Y ACCIONES DE MEJORA

Muñoz Celdrán, D.; Varea Bejar, A.; Muñoz Vera, F.; Rodríguez Díaz, A.; Ferrer Franco, M. S.; Sánchez Catalicio, M. M.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Analizar el número y perfil de medicamentos devueltos en la Unidad de Pacientes Externos (UPEX).

Evaluar el impacto económico de las devoluciones de medicamentos en el Servicio de Farmacia.

Identificar las causas principales de devolución de medicamentos.

Proponer acciones de mejora para reducir el número de devoluciones y mejorar la eficiencia en la gestión farmacéutica.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en un hospital general sobre las devoluciones de medicamentos en la UPEX de mayo 2022 a marzo 2023.

Se usó un formato Excel®, diseñado por técnicos de farmacia, para registrar: fecha de devolución, número de historia clínica, servicio, medicamento, unidades, coste por unidad, motivo de devolución y reutilizabilidad. Un medicamento se consideró reutilizable si cumplía los criterios de: correcta identificación, no caducado, adecuada conservación e integridad de su acondicionamiento primario.

Se identificaron los servicios con más devoluciones y los medicamentos más devueltos y costosos.

Se calcularon los costes totales de los medicamentos devueltos y el porcentaje de reutilización.

Se revisaron los motivos de devolución.

## Resultados

Durante el período estudiado, se registraron 217 devoluciones de medicamentos, con un total de 7.539 unidades realizadas por 130 pacientes.

Neumología:

- Devoluciones: 38%
- Coste total: 19.770,26 €
- Medicamento más devuelto: Colistimetato (1.682 unidades, 58,7%)



- Medicamento de mayor coste: Colistimetato (7.709,34 €)

#### Oncología:

- Devoluciones: 18,4%
- Coste total devoluciones: 20.012,53 €
- Medicamento más devuelto: Capecitabina (515 unidades, 37,2%)
- Medicamento de mayor coste: Enzalutamida (6.865,80 €, 34,3%)

#### Cardiología:

- Devoluciones: 8,4%
- Coste total devoluciones: 1.952,14 €
- Medicamento más devuelto: Sildenafil (521 unidades, 82,1%)
- Medicamento de mayor coste: Sildenafil (1.707,84 €, 87,49%)

#### Medicina Infecciosa:

- Devoluciones 7,4%
- Coste total devoluciones: 5.420,33 € Reumatología:
- Devoluciones 5,5%
- Coste total devoluciones: 30.775,70 € Hematología:
- Devoluciones 5,5%
- Coste total devoluciones: 26.841,07 €

#### Resto de servicios:

- Devoluciones 16,8%
- Coste total devoluciones: 51.381,26 €

Devoluciones por medicamento: Colistimetato 22,5%, Sildenafil 16,2%, Capecitabina 6,9%, Pirfenidona 5,3%, Enzalutamida 3,9 y el resto 45,2%.

El coste estimado de los medicamentos devueltos fue de 156.035,25 euros, de los cuales se reutilizó el 77%.

Motivos de devolución: cambio tratamiento 36,9%, suspensión tratamiento 31,3%, éxitus 19,8% y otros motivos 12%.

## Conclusiones

El análisis mostró que las especialidades de Neumología, Oncología y Cardiología presentaron el mayor porcentaje de devoluciones, mientras que el mayor coste recayó sobre Reumatología, Hematología y Oncología.

Los medicamentos que más se devolvieron incluyeron Colistimetato, Sildenafil y Capecitabina. Los cambios y la suspensión del tratamiento son las causas más frecuentes de devolución.

La gestión eficiente de las devoluciones en el Servicio de Farmacia representa un importante ahorro económico en el hospital, beneficiando a otros pacientes con la reutilización de medicamentos.



Se propone iniciar acciones para mejorar la racionalización en la adquisición, prescripción y dispensación de medicamentos por parte de los profesionales y los pacientes para optimizar el gasto en el servicio de pacientes externos. La participación activa del paciente es esencial para mejorar la eficiencia en el servicio de farmacia y garantizar un manejo óptimo de los recursos sanitarios.

---

## EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADOS POR TÉCNICOS DE FARMACIA

Rodríguez Rojo, M. V.; García Matillas, C. N.; Fernández Tomás, J. D.; López García, R.; Font Caja, M.; López Conesa, A. B.

*Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Cartagena*

### Objetivos

La revisión de los sistemas de dispensación automatizados (SAD) pretende asegurar un correcto stock de medicamentos, un control sobre la caducidad de estos, así como su conservación.

Evaluar la incidencia de medicamentos caducados en los SAD, las variaciones en los stocks de medicamentos, y el cumplimiento de una correcta conservación de medicamentos fotosensibles y/o termolábiles.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo en un hospital de tercer nivel, desde junio del 2023 a febrero del 2024, de los SAD en las unidades clínicas de urgencias, quirófano y unidad de cuidados intensivos (UCI).

Para ello el personal técnico, bajo la supervisión del farmacéutico responsable, realizaba una revisión diaria de una ubicación predeterminada anteriormente en el procedimiento de las normas International Organization for Standardization (ISO) 9001 titulado como "Instrucción Técnica O4.02.01" donde se comprobaban las caducidades, la adecuada conservación y almacenamiento; así como que el stock fuera el correcto.

En el caso de que los medicamentos caducasen en el mes en curso, se retiraban los medicamentos del SAD y se registraban en una hoja de cálculo de Excel titulada "Procedimiento O4.10. de retirada por inventario caducados Pyxis" recogido en la norma ISO 9001 donde se anotaba código nacional o código de farmacia, servicio de procedencia, lote, fecha de caducidad, principio activo, cantidad caducada y personal que la retiraba.

Si quedaban menos de 3 meses para que caducaran, se señalaba en una etiqueta roja la próxima fecha de caducidad.

En lo referente a la conservación se comprobaba que los medicamentos termolábiles estuviesen bien conservados en las neveras, así como los fotosensibles correctamente protegidos.



Y, por último, en cuanto al stock de los medicamentos, si este no era el adecuado, se procedía a su rectificación en el SAD.

## Resultados

Durante el periodo del estudio se revisaron un total de 690 de medicamentos, obteniéndose 53 caducados (7,69%); respecto a las unidades de enfermería se obtuvieron 39 medicamentos caducados en urgencias, 9 en quirófanos y 5 en UCI.

Con relación a la conservación se observó que el 100% de los medicamentos termolábiles estaban bien conservados y los fotosensibles bien acondicionados, ya sea en su embalaje original o protegidos de la luz con papel de aluminio.

Finalmente, en cuanto a las discrepancias de stock se encontraron una media de  $5,58 \pm 1,47$  errores diarios, siendo en UCI donde se han localizado el mayor número medio de discrepancias  $7,28 \pm 4,35$ , luego en urgencias  $4,87 \pm 5,03$  y, por último,  $4,60 \pm 2,07$  en quirófano.

## Conclusiones

La incidencia de medicamentos caducados destaca sobre todo en urgencias, por lo que se propuso una acción de mejora para revisar el stock de este SAD, que evidencia la necesidad de la actuación de los técnicos de farmacia (TF) y así garantizar una adecuada administración de los medicamentos al paciente.

Los resultados obtenidos en las discrepancias de los stocks de medicamentos hacen imprescindible la revisión por los TF para evitar la falta de stocks en las unidades de enfermería en situaciones de urgencia.

El papel del TF en la revisión de los SAD es fundamental para el mantenimiento de los stocks de los medicamentos, control de caducidades, así como para el almacenamiento y conservación óptima, mejorando así la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

---

# IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN INTEGRADO CON LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

**Conesa Nicolás, A.; Blázquez Álvarez, M. J.; Laorden Carrasco, A.; Fernández Martínez, R.; Céspedes Sánchez, C.; Ramón Pérez, M.**

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

## Objetivos

Describir la implantación de un sistema automático de dispensación de medicación (SADME) asociado a la prescripción electrónica asistida (PEA) en todas las Unidades de Hospitalización (UH) de un



hospital de tercer nivel y analizar el impacto del nuevo sistema de dispensación en las peticiones urgentes de medicación realizadas al Servicio de Farmacia (SF).

## Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La configuración inicial de los SADME se realizó de forma multidisciplinar (farmacéuticos, supervisor de enfermería del SF, supervisores de enfermería de las UH, técnicos SADME) y en ella se definieron las presentaciones a incluir en cada dispensador, stock mínimo y máximo, presentaciones que se pueden dispensar sin estar incluidas en PEA y frecuencia de reposición. La instalación de los SADME se llevó a cabo entre julio de 2023 y enero de 2024. Diariamente, se incluyen en los SADME nuevas presentaciones de medicamentos en función de las prescripciones.

Como control de calidad del nuevo circuito de dispensación, enfermería del SF revisa las peticiones de medicación urgente. Para ello se diseñó una base de datos Excel® donde se registra: fecha, unidad solicitante, medicamento solicitado, motivo de petición y solución implementada. A partir de estos datos, se analizaron las peticiones de medicación urgente realizadas en febrero de 2024 (después de la implantación de los SADME) y se comparó con el número de peticiones realizadas durante el mismo periodo de 2023 (antes de la implantación de los SADME).

## Resultados

Se instalaron 43 dispensadores, el 72% (n=31) asociados a PEA, con una media de 332 presentaciones en cada uno. El 17% de las presentaciones incluidas en los SADME se pueden dispensar sin estar incluidos en PEA. Los SADME asociados a PEA se reponen 2 veces al día y los no asociados 1 vez al día. Cada día se crean una media de 37 presentaciones nuevas entre los 31 dispensadores asociados a PEA.

En febrero de 2023 se realizaron 3012 peticiones de medicación urgente al SF. En febrero de 2024 se realizaron 6759 peticiones de medicación urgente al SF, de las cuales el 40% (n=2694) fueron revisadas por enfermería. Medicina Interna fue la UH que realizó un mayor número de peticiones (7%, n=196). Los motivos de petición urgente fueron stock insuficiente (42%, n=1143), medicamento no incluido en SADME (34%, n=906), manejo erróneo del SADME (23%, n=613) y stock erróneo (1%, n=32). Las soluciones implementadas fueron enviar la medicación (77%, n=2081) corrigiendo el stock erróneo cuando esta era la causa y aumentando el stock cuando se había agotado de forma anticipada, y no enviar la medicación (23%, n=613) cuando la petición se debía a un manejo erróneo del SADME, explicando a la UH como realizar correctamente la dispensación.

## Conclusiones

La implantación de los SADME ha sido un proceso laborioso y cooperativo, que ha supuesto un cambio significativo en la forma de trabajo del SF y de las UH.

Se ha observado un aumento en el número de peticiones de medicación urgente al SF respecto al mismo periodo del año anterior. Esto parece ser debido a la inestabilidad del circuito en sus inicios, ya que entre los motivos de solicitud se encontraba la necesidad de un stock mayor de algunas presentaciones y la falta de experiencia en el uso de los SADME. Medicina Interna fue la unidad que más peticiones realizó en el periodo de estudio, debido probablemente a la gran variabilidad de tratamientos en sus pacientes.



# IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA PREPARACIÓN DE PEDIDOS DE TELE FARMACIA EN EL ÁREA DE ONCO-HEMATOLOGÍA

**Robles Blázquez, E. M.; Sola Zaragoza, M. C.; Domínguez Leñero, V.; Gallego Martínez, M. P.; López Martínez, R.; Ruiz Marsilla, J.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Explicar la participación del técnico de farmacia (TAF) en la preparación de pedidos de telefarmacia oncológica en el área de onco-hematología.

## Material y Métodos

Tras el análisis de los farmacéuticos del área, se plantea la posibilidad de crear un servicio de telefarmacia para este grupo de pacientes en concreto. Esta acción se ha implantado para poder optimizar el tiempo del paciente y así no tener que esperar a ser atendido por el farmacéutico para poder recoger su medicación, ya que el área de onco-hematología tiene un volumen de pacientes muy numerosa en este hospital.

Después de validar el tratamiento del paciente por parte del farmacéutico comprobar que no hay ningún cambio por parte del médico, el farmacéutico llama al paciente para realizar la telefarmacia. Se dispensa medicación para un plazo máximo de dos meses o hasta la próxima revisión de su médico.

El farmacéutico le da la hoja de dispensación al TAF para que prepare la medicación y la deje en el lugar correspondiente para ser dispensada.

Se cita para ventanilla rápida de pacientes externos y así el paciente podrá recoger su medicación sin esperas.

El paciente acude a su cita el día indicado, el TAF comprueba que este citado en la agenda de recogida de oncohematología de ese día, por medio de su DNI o tarjeta sanitaria en el programa SELENE® y en el apartado de gestión de citas. Se comprueban todos los datos y se procede a dar su medicación para el tiempo indicado por el farmacéutico anteriormente.

## Resultados

Este circuito está en funcionamiento hace 18 meses siendo registrados en el formulario de Selene® 104 pacientes, preparados y dispensados por el TAF.

## Conclusiones

Aunque para el área de onco-hematología este es un servicio relativamente joven, la función del TAF es positiva, no habiendo ningún tipo de incidencia en estos 18 meses. Se esta potenciando para ofrecer a este tipo de pacientes las ventajas de este servicio como la eficacia en la gestión de tiempo, fluidez en la



consulta de onco-hematología, evitar largas colas para pacientes más vulnerables, ya que en los pacientes en los que se ha instaurado la satisfacción es muy buena de forma general.

## REPOSICIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS REALIZADA POR EL TÉCNICO DE FARMACIA

**Pérez Esquivá, S. M.; Laorden Carrasco, A.; Pascual Villegas, M.; Franco Larios, L.; Lozano Bleda, V.; Guardiola Martínez, M. Á.**

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

### Objetivos

Los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos (SADME) son armarios informatizados, que contienen medicación en cajetines con distintos niveles de seguridad. Cuando los medicamentos alcanzan un stock mínimo definido, el Técnico de Farmacia (TF) debe reponerlos según los horarios establecidos, garantizando en todo momento la disponibilidad del medicamento. El objetivo de este estudio es analizar la tarea de reposición de SADME realizada por el TF.

### Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de las actividades realizadas por los TF durante el proceso de reposición de los SADME en un hospital de tercer nivel.

Se llevó a cabo un proceso de implantación de 43 nuevos dispensadores en distintas Unidades Clínicas, con inicio en julio de 2023 y fin en enero de 2024. Durante este periodo se proporcionaron sesiones formativas dirigidas a TF. Se estableció un circuito de reposición: 14 dispensadores se reponen una vez al día y 29 dos veces al día, de lunes a viernes. Fines de semana y festivos se reponen 38 de los 43 SADME.

Se analizaron todas las reposiciones realizadas por los TF durante el mes de febrero de 2024, una vez instalados todos los armarios. Los errores detectados fueron comunicados por el personal de

Enfermería de las Unidades Clínicas, TF o Farmacéuticos responsables y recogidos en Microsoft Excel®. Los datos fueron obtenidos de la base de datos de los SADME.

### Resultados

Durante el periodo de estudio se llevaron a cabo 2.048 reposiciones. Se repusieron un total de 26.817 cajetines de medicamentos, suponiendo un total de 273.504 dosis unitarias.

Diariamente, la media de medicamentos repuestos fue de 205 (59; 304), lo que corresponde a una media de 909 (692; 1165) cajetines distintos, ya que algunos medicamentos se encontraban situados en más de una ubicación por dispensador.



La reposición de los dispensadores fue realizada por 3 TF cada día. En total participaron 28 TF en la reposición durante este mes. El tiempo medio empleado en este proceso al día fue de 12:03 horas. En cuanto a las reubicaciones de medicamentos dentro de SADME, llevaron a cabo 1327, lo que supone una media diaria de 46. Los motivos de reubicación fueron: falta de espacio en el cajetín inicial, configuración errónea o mejoras de la configuración inicial.

A lo largo del periodo de estudio, se detectaron 43 errores relacionados con la reposición. En 25 ocasiones (58%) el número de unidades de medicamento repuestas no fueron correctas, mientras que en los 18 casos restantes (42%), el medicamento contenido en el SADME no correspondía con el medicamento configurado en esa ubicación. En cuanto al origen de estos errores, 39 de ellos (90,7%) tuvieron lugar durante el proceso de reposición. Los 4 errores restantes (9,3%) se originaron durante la preparación de los pedidos de reposición de Farmacia.

## Conclusiones

El nuevo circuito de dispensación de medicamentos mediante los SADME ha supuesto un gran cambio en las tareas diarias realizadas por los TF, quiénes dedican gran parte de su jornada de trabajo a la reposición y mantenimiento de estos dispensadores.

El número de reubicaciones ha sido muy elevado debido, principalmente, a la adaptación inicial del stock de los dispensadores a las necesidades de las Unidades Clínicas.

Se ha detectado un elevado número de errores derivados de la reposición de medicamentos, debido, probablemente, a la falta de experiencia de todo el personal y a la alta rotación de los TF durante este periodo. Se necesita más formación para seguir mejorando el circuito de reposición.

---

# REUTILIZACIÓN Y AHORRO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN FARMACIA HOSPITALARIA

López Martínez, R.; Portero Ponce, C.; Sánchez Blaya, A.; Gea Muñoz, C. M.; Liarte Cabrera, R.; León Villar, J.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Minimizar el desperdicio de medicamentos del circuito de dosis unitaria devueltos al servicio de farmacia, mediante el diseño de un método que permite su reutilización, garantizando la calidad del medicamento, optimizando así los recursos disponibles y disminuyendo el impacto sobre el medio ambiente.

## Material y Métodos

Durante quince días, del 1 al 15 de marzo del 2023, se recogieron los medicamentos devueltos de las distintas unidades clínicas a las que el Servicio de Farmacia dispensa los tratamientos individualizados para 24 horas en dosis unitarias. Los medicamentos descartados para su reutilización son aquellos que pierden



la identificación del principio activo, dosis o caducidad, debido a los trazos del rotulador (habitualmente grueso y oscuro) para la identificación del paciente por parte de enfermería de planta.

Se realizó una base de datos en Excel® que recoge la siguiente información: Medicamento, unidades devueltas, precio medio del medicamento (procedente del programa informático SAVAC®) e importe total.

## Resultados

Se recogieron un total de 1.068 medicamentos, clasificados en 148 presentaciones distintas. El precio total de los medicamentos recogidos fue aproximadamente de 273,45€, lo que correspondería a un gasto mensual aproximado de 546,9€ y un gasto anual aproximado de 6.559,2€.

A este dato, habría que añadirle el coste material y personal que supone reenvasar la medicación en dosis unitarias, y el gasto derivado de la gestión de residuos y recogida de estos medicamentos que son eliminados.

Con el fin de disminuir este gasto, se diseñó un método basado en marcar sobre una etiqueta biodegradable, adhesiva y transparente, con rotulador indeleble, la información necesaria para identificar a los pacientes. Así, en caso de ser devuelto al servicio de farmacia, con una gasa impregnada en alcohol se puede borrar de manera sencilla la información y el medicamento se puede reutilizar para otros pacientes.

Se realizaron sesiones formativas en todas las unidades clínicas en un periodo de una semana, para concienciar a los servicios de enfermería del gran desperdicio que se estaba haciendo de los medicamentos, y formarles en el nuevo método propuesto. Esta medida ha sido poco costosa de establecer y bien aceptada por parte de los servicios de enfermería.

## Conclusiones

A través de un sistema fácil, rentable y respetuoso con el medio ambiente, logramos preservar los medicamentos en condiciones ideales para su reutilización, evitando así desechar fármacos que aún pueden ser aprovechados. Con este método, se espera generar ahorros en el gasto sanitario al posibilitar la reutilización de medicamentos y al reducir los costos asociados a la gestión de residuos farmacéuticos.

La colaboración interdisciplinaria, la concienciación del personal y la implementación de soluciones innovadoras son elementos clave para lograr una gestión de medicamentos más sostenible y eficiente a largo plazo.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA  
SEGURIDAD, CALIDAD  
ASISTENCIAL  
Y HUMANIZACIÓN

# ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN LA CUSTODIA DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES

Sánchez Blaya, A.; García Motos, C.; Portero Ponce, C.; Gea Muñoz, C. M.; León Villar, J.; Martínez Orea, A.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de seguridad de los bloqueantes neuromusculares (BN) en base a las recomendaciones establecidas por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y propuesta de mejoras.

## Material y Métodos

De acuerdo con las directrices emitidas por el ISMP (diciembre 2023), los BN son fármacos de alto riesgo por lo que deben estar restringidos a determinadas unidades, almacenarse de manera independiente a otros medicamentos, en compartimentos designados dentro del refrigerador. Además, es fundamental que estén debidamente identificados y acompañados de una tarjeta roja que advierta: 'Bloqueante neuromuscular: causa parada respiratoria'.

Se realiza una revisión presencial de las ubicaciones de los bloqueantes neuromusculares utilizados en el hospital (atracurio, cisatracurio, rocuronio y suxametonio) a través del programa de gestión del Servicio de Farmacia (SAVAC®) mediante el cumplimiento de una lista de verificación elaborada que aborda los siguientes aspectos: unidad clínica en que se encuentran, ubicación en el frigorífico, separación de otros medicamentos en compartimentos específicos, identificación adecuada, cantidad de unidades y fecha de caducidad. En base a los resultados se establecen acciones de mejora.

## Resultados

Se revisan las unidades clínicas en las que se encuentran ubicados y que se corresponden con las recomendaciones del ISMP: sala de urgencias, sala de hemodinámica, Unidad de Cuidados Intensivos y quirófanos (2ª, 3ª y 4ª planta).

Los resultados obtenidos en cuanto a los diferentes aspectos abordados en la lista de verificación han sido los siguientes:

- En el 100% de las unidades, los BN se encontraban almacenados en el frigorífico.
- En dos unidades clínicas (urgencias y sala de hemodinámica), no se encontraban ubicados en cajetines individuales por medicamento, sólo organizados por medicamento e identificados por sus envases.
- En los quirófanos se encuentran tanto en los frigoríficos como en los sistemas automatizados de dispensación (SADME). En el caso de los frigoríficos se encontraban fuera de cajetines, almacenados por medicamentos e identificados únicamente por sus envases. Destacando que en un caso se encontraba

en la puerta de la nevera, ubicación poco recomendable por los cambios de temperatura. En el caso de los ubicados en los SADME, se encontraban ubicados separados por cajetines identificados.

- En ninguna unidad clínica, los BN se encontraban acompañados de la tarjeta roja recomendada por la ISMP.
- En cuanto a estocajes disponibles y caducidad, nos encontramos en general con exceso lo que condiciona en parte su correcta ubicación y gestión, encontrando en tres unidades clínicas, medicamentos caducados (atracurio, 45 unidades).

Se han establecido como medidas la separación en cajetines diferenciados por medicamento en las unidades que no disponen, perfectamente identificados con el nombre del medicamento y acompañados de la tarjeta roja que recomienda la ISMP.

Por otro lado, la revisión de las cantidades disponibles en las unidades, nos permite establecer un estocaje más ajustado, que facilite su almacenamiento e identificación, así como el mejor control de caducidades.

## Conclusiones

La revisión presencial de los BN según las recomendaciones de la ISMP nos ha permitido detectar puntos de mejora y establecer medidas que permitan garantizar una mayor seguridad en la custodia y administración de bloqueantes neuromusculares, previniendo errores que puedan incidir en la seguridad y calidad de vida del paciente.

---

# ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE FARMACIA EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE PETICIONES DE MEDICACIÓN INDIVIDUALIZADA

**Hernández Moreno, M.; Merlos Maestre, Á.; Ortiz Valderas, V.; Meroño Fernández, M. D.; Cutillas Milán, M.; Lázaro Cebas, A.**

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

## Objetivos

El circuito de petición individualizada de medicación está implantado en el hospital para la solicitud de medicación urgente no dispensada en el circuito de carros de unidosis o no disponible en los sistemas automatizados de dispensación.

El objetivo del estudio fue describir y analizar las funciones del personal de enfermería de farmacia en el circuito de peticiones de medicación individualizada.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de 10 días duración en el período comprendido del 27/02/2024 al 07/03/2024 en el que se analizaron todas las peticiones individualizadas de medicación realizadas a través del programa Medical Integration Realtime Architecture (MIRA®) en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron las siguientes variables: número de peticiones de medicación, número de peticiones anuladas y motivo de anulación. Los motivos de anulación se clasificaron en petición incorrecta, salida en carros y salida en bolsas, incluyéndose en estas últimas los cambios de tratamiento o ingresos que se hubieran producido desde la última salida de medicación en el circuito de carros de unidosis hasta el siguiente envío.

Para describir el papel del personal de enfermería de farmacia se tuvieron en cuenta el procedimiento de dispensación intrahospitalaria y la hoja de registro de cestas de enfermería (P.R.O6.O3).

## Resultados

Las acciones realizadas por el personal de enfermería durante el proceso de dispensación de peticiones urgentes fueron las siguientes:

1. Anotación de la medicación solicitada en la hoja de registro de cestas.
2. Revisión de la petición (medicamento incluido en la prescripción médica y validado por el farmacéutico) y comprobación de los cinco correctos: nombre, número de historia y ubicación del paciente, medicación, dosis, vía de administración y hora, realizada a través del apartado de prescripción médica en el programa MIRA®
3. Verificación de que la medicación solicitada no haya sido preparada en el reparto de bolsas y carros.
4. Envío de la orden de preparación a los Kardex® o anulación de la petición, anotando en ese caso los motivos.
5. Doble chequeo previo a la dispensación, comprobando que dicha medicación coincide con la anotada previamente en la hoja de registro.

Durante el período de estudio se recibieron un total de 1.511 peticiones de las cuales un 12,37% fueron anuladas (187). Entre las causas de anulación destacó en primer lugar la salida en bolsas con un 63,64% (119), seguida de peticiones incorrectas y salida en carros con un 20,32% (38) y 16,04% (30) respectivamente.

## Conclusiones

El papel desempeñado por el personal de enfermería de farmacia en el circuito de petición de medicación individualizada permite detectar errores y evitar duplicidades en el envío de medicación.

Debido al porcentaje de peticiones incorrectas detectadas se plantea la necesidad de realizar un estudio para su valoración.

# CARACTERÍSTICAS DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA

Velasco Costa, J.; Sánchez Flores, M. D.; Sáez Sáez, C.; González Matas, J. M.; Martínez de Guzman, M.  
*Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia.*

## Objetivos

Analizar las características relacionadas con los incidentes notificados en la unidad de psiquiatría mediante un sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP®).

Describir las acciones de mejora implantadas.

## Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo trasversal de los incidentes notificados a través de la herramienta SiNASP® en la unidad de agudos de psiquiatría desde enero a diciembre de 2023.

SiNASP® es un cuestionario de notificación auto-administrado, voluntario, anónimo y con acceso a través de la intranet del hospital como sistema de notificación y registro de incidentes. Estos incidentes relacionados con la seguridad del paciente los clasifica con la matriz del "Severity Assessment Code" (SAC); SAC=1- Riesgo extremo, SAC=2-Riesgo alto, SAC=3- Riesgo medio, SAC=4-Riesgo bajo y Sin SAC= no alcanza al paciente.

La herramienta estandarizada SiNASP® fue diseñada por el Ministerio de Sanidad y permite identificar incidentes y promover la mejora y el aprendizaje a nivel de centro; las variables que recoge son: clasificación de los incidentes según área donde ocurren, profesión del notificante, riesgo SAC ("Severity Assessment Code"), consecuencias para el paciente, factores contribuyentes y tipo de incidente.

Análisis estadístico de frecuencias y porcentajes mediante programa SPSS®.

## Resultados

El total de incidentes notificados durante el período de estudio fue de 13.

El grupo profesional que más notificaciones realiza fue enfermería (53,2%), seguido del personal médico (30,8%).

El número (y porcentaje) de incidentes que no alcanzó al paciente (SAC=0) fue de 5 (38,5%), y con riesgo bajo, moderado y alto fue de 5 (38,5%), 2 (15,4%) y 1 (7,7%) respectivamente.

Las características de los incidentes fueron: 1 (7,7%) por abandono indebido (fuga), 1 (7,7%) por error en la prescripción, 1 (7,7%) introducción de alimentos no permitidos, 5 (38,5%) relacionados con infraestructuras del centro, 4 (30,8%) por caídas y 1 (7,7%) relacionado con la comunicación/coordiación del equipo asistencial.

Las acciones de mejora implantadas para minimizar el riesgo fueron: actualización y aplicación del protocolo de prevención de abandonos indebidos, solicitud de uso de agenda Selene®, cumplimiento de protocolo de visitas, acondicionamiento de infraestructuras y realización de ciclo de mejora para prevención de caídas.

## Conclusiones

Enfermeros y médicos son los profesionales que más notificaciones registran.

El volumen de notificaciones relacionadas con caídas en esta unidad de psiquiatría llevó a la realización de un ciclo de mejora para minimizar el riesgo y se ha implantado un Plan de Cuidados Individualizado.

El análisis de los incidentes realizado por el farmacéutico encargado de la calidad posibilita introducir cambios en el entorno y mejorar el proceso asistencial, en consonancia con una reorientación sanitaria como recomienda la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud.

---

# EL TÉCNICO DE FARMACIA “A PIE DE SILLÓN” EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO ONCOHEMATOLÓGICO

Sola Zaragoza, M. C.; Robles Blázquez, E. M.; Domínguez Leñero, V.; Gallego Martínez, M. P.; López Martínez, R.; Ruiz Marsilla, J.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Describir las funciones del técnico de farmacia (TAF) en la consulta integrada en el hospital de día médico oncohematológico (HDMO).

## Material y Métodos

Una vez que el paciente ha pasado consulta con su oncólogo, este deja su hoja de tratamiento en HDMO, para que el celador la lleve a la consulta de farmacia integrada en el mismo.

El TAF dispensa la medicación de soporte prescrita por el médico, separando la medicación de temperatura ambiente de la termolábil.

Se preparan en bolsas personalizadas por paciente, identificándolas con el número de historia clínica, nombre y apellidos. Además, la medicación termolábil se identificará con la pegatina “conservar en nevera”. Cuando está todo preparado se busca la ubicación del paciente en el programa FARMIS-ONCOFAR® pudiendo estar ubicado dentro del HDMO en sillones o en camas.

El TAF lleva la medicación y la hoja de tratamiento “a pie de sillón” donde se asegura la identificación del paciente por medio de sus datos personales y número de historia clínica para entregarle la medicación y poder ofrecerle la posibilidad de resolver dudas relacionadas con su tratamiento.

La medicación de temperatura ambiente se le da en mano junto con su hoja de tratamiento y la termolábil se deja en el frigorífico de HDMO.

## Resultados

La implantación de este circuito de dispensación de medicación de soporte por parte del TAF ha reducido los tiempos de espera y desplazamientos de los pacientes oncológicos por el hospital, humanizando el proceso de dispensación por el TAF. Ha supuesto desde noviembre de 2022 un total de 4.336 pacientes atendidos por el TAF "a pie de sillón".

## Conclusiones

Desde la puesta en funcionamiento de este servicio se consigue con la presencia del TAF una mejora en la calidad asistencial del paciente, ofreciendo una dispensación individualizada, mejorando la comprensión del tratamiento y la estabilidad y condiciones de conservación de la medicación.

---

# RECOMENDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA

**Hernández Sánchez, M.; Ventura López, M.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Guillén Díaz, M.; Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Analizar la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes ingresados con disfagia identificando aquellas prescripciones que puedan tener un impacto negativo en la efectividad y/o seguridad de los fármacos así como realizar las recomendaciones farmacéuticas necesarias y analizar el grado de aceptabilidad de las mismas.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer grado durante marzo-junio 2023 en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados con disfagia.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, patología de base, porcentaje de pacientes con necesidad de intervención farmacéutica, número de fármacos no manipulables para administrar en disfagia y motivo, recomendaciones farmacéuticas necesarias y grado de aceptabilidad de las mismas. En caso de no ser aceptadas, justificación del médico prescriptor.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y del programa de prescripción electrónica de nuestro hospital.

## Resultados

Se incluyeron un total de 53 pacientes (10% del total de pacientes ingresados) con una edad media de 81,5 años siendo el 52,8% hombres. Las patologías de base más frecuentes fueron: deterioro cognitivo (50,9%), accidente cardiovascular (18,9%) y enfermedad oncohematológica (11,3%).

Se detectaron un total de 17 fármacos no manipulables para administrar en disfagia en 13 pacientes. Las causas de esto fueron: comprimidos con cubierta gastrorresistente (52,9%), formas farmacéuticas de liberación prolongada (29,6%) y retardada (17,5%).

Las recomendaciones farmacéuticas realizadas fueron las siguientes: cambio a otra forma farmacéutica manipulable del mismo principio activo (64,7%), sustitución por un equivalente terapéutico (23,5%) y adquisición de un medicamento equivalente o una forma farmacéutica del mismo principio activo fuera de la guía terapéutica del hospital (11,8%).

El 82,4% de las recomendaciones farmacéuticas realizadas fueron aceptadas por los facultativos prescriptores. Las causas del rechazo del resto (3 casos) fueron desconocidas.

## Conclusiones

Las causas más frecuentes de la imposibilidad de manipulación son las cubiertas gastrorresistentes y las formas farmacéuticas de liberación modificada. En cuanto al grado de aceptabilidad de las intervenciones, es alentador observar que la mayoría fueron aceptadas ya que adaptar el tratamiento farmacológico en pacientes con disfagia es fundamental para garantizar la seguridad y eficacia de los fármacos.

Nuestro estudio muestra un porcentaje significativo de pacientes con alteración de la deglución con prescripciones de fármacos no manipulables en disfagia. Esto refleja la necesidad de realizar una evaluación del tratamiento de este grupo de pacientes con el objetivo de identificar aquellos que puedan suponer un riesgo.

---

# SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL GENERAL

Varea Béjar, A.; Muñoz Celdrán, D.; Fernández Vela, J.; López Carrasco, C.; Pérez Pérez, I. G.; Sánchez Catalicio, M. M.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Evaluar la satisfacción de pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos (UPEX) e identificar áreas de mejora y puntos fuertes en la atención farmacéutica.

## Material y Métodos

Entre noviembre y diciembre de 2023 se distribuyeron, al azar, 100 encuestas a pacientes citados en la UPEX.

La encuesta constaba de 3 bloques evaluables con 12 ítems: organización del área (7 ítems), atención del personal (4 ítems) y satisfacción global (1 ítem). Estos ítems fueron valorados por los pacientes en base a 5 niveles: 1. Muy mal; 2. Mal; 3. Normal; 4. Bien; 5. Muy bien, con un apartado extra para comentarios. Los resultados se transformaron en escala de 0 a 10.

Se compararon los resultados de satisfacción global y actividad (número de pacientes atendidos) con los datos de la última encuesta (2020) para identificar tendencias y analizar la evolución de la satisfacción.

Los datos se procesaron mediante Excel® y la actividad de la UPEX se obtuvo de las agendas de Selene®.

## Resultados

Se recogieron y analizaron un total de 69 encuestas. La puntuación obtenida fue la siguiente:

- Respecto a la organización del área: satisfacción con el trato recibido en el mostrador: 9.02, limpieza de la consulta: 8.99, utilidad de la información recibida por el personal auxiliar: 8.53, privacidad percibida en el despacho de atención a pacientes externos: 8.31, correcta identificación del personal: 8.27, comodidad del horario de atención a pacientes: 7.28, tiempo de espera: 5.4.
- Respecto a la atención del personal farmacéutico: satisfacción con el trato recibido por el farmacéutico: 8.98, satisfacción con la información recibida por el farmacéutico: 8.90, disponibilidad del farmacéutico para consultar dudas: 8.33 y tiempo dedicado por el farmacéutico: 8.11.
- Respecto a la satisfacción global con la farmacia del hospital: 8.11. (Obteniendo una puntuación de 8.61 en las encuestas realizadas en 2020).

Se registraron 33 comentarios: elevado tiempo de espera (14), deficiente accesibilidad y espacio (6), felicitaciones y agradecimientos (5), poca privacidad en el mostrador (3), mal funcionamiento de máquina de ticket y altavoz (2), falta de personal para atender (2) y poca flexibilidad de horario (1).

Los pacientes atendidos en UPEX fueron: 12.368 en 2020 y 25.641 en 2023.

## Conclusiones

La mayoría de los pacientes expresaron estar satisfechos con la atención recibida en la UPEX. Sin embargo, la puntuación en cuanto a la satisfacción global disminuyó respecto a 2020. El tiempo de espera, la accesibilidad y el espacio en la sala de espera fueron identificados como los principales puntos débiles.

A pesar de la implementación de medidas destinadas a reducir el tiempo de espera en respuesta a los resultados de encuestas previas, el significativo incremento de la actividad en UPEX podría ser responsable de la disminución en la puntuación y de los comentarios obtenidos respecto a los elevados tiempos de espera e influir negativamente en la satisfacción del paciente.

Las áreas mejor valoradas fueron el trato recibido por el personal y la limpieza de la consulta.

Como medidas de mejora se propone ampliar el horario de dispensación y el servicio de telefarmacia e iniciar acciones para la ampliación de la sala de espera, lo que requeriría la asignación de recursos estructurales y de personal.

---

## SEÑALIZAR Y ANALIZAR LAS UBICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LOS SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO POR RADIOFRECUENCIA DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

**García Iborra, M. E.; Celma Martínez, A.; Ortega Sánchez, L.; Aledo Martínez, J.; Casero Lara, A. M.; Lázaro Cebas, A.**

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

### Objetivos

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que tienen una elevada probabilidad de causar daños graves si se produce un error en su utilización.

El objetivo del estudio fue señalar y analizar las ubicaciones de los MAR incluidos en el listado oficial de MAR del hospital en los sistemas de almacenamiento por radiofrecuencia (SAR) de las distintas unidades de hospitalización (UH), con el fin de detectar posibles errores en el etiquetado y su localización.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal en el que se revisaron las ubicaciones de los MAR almacenados en los SAR de todas las unidades de hospitalización de un hospital de tercer nivel.

Los SAR son unos sistemas de almacenamiento formados por varios módulos que contienen a su vez varios compartimentos. Cada medicamento tiene 2 compartimentos asignados, uno de uso y otro de reserva, identificados con tarjetas de radiofrecuencia. Cuando el compartimento en uso se agota, la tarjeta se coloca en el panel para que la medicación se reponga de manera automática desde el Servicio de Farmacia.

Para la realización del estudio, el farmacéutico proporcionó al técnico de farmacia (TF) un listado con los MAR almacenados en cada SAR teniendo en cuenta el listado oficial de MAR del hospital. El TF comprobó que todas las ubicaciones de MAR estuviesen debidamente identificadas con etiqueta "Medicamento alto riesgo" y revisó que los MAR del mismo principio activo, y distinta dosificación, estuviesen correctamente ubicados en módulos distintos.

Se registraron: número (n.º) MAR y compartimentos con MAR por SAR, n.º MAR /compartimentos etiquetados previamente, n.º MAR/compartimentos etiquetados durante la revisión, n.º MAR ubicados incorrectamente. Para el registro y el análisis se empleó la herramienta Excel®.

## Resultados

Se revisaron 510 compartimentos dobles con 255 MAR en 18 UH distintas. La media de MAR por UH fue de  $14,17 \pm 4,12$ .

Se encontraron 20 compartimentos dobles (10 MAR) ya etiquetados (3,92 %); de estos 20, 8 compartimentos tenían las etiquetas deterioradas o mal colocadas, por lo que fueron sustituidas.

Se etiquetaron 490 compartimentos dobles (96,08 %) de 245 MAR que no estaban previamente identificados con etiqueta "Medicamento alto riesgo".

Se encontraron 19 de los 255 MAR mal ubicados (7,45 %) al estar diferentes dosis del mismo principio activo en compartimentos contiguos. De los 19, 10 se quedaron en su ubicación original, 7 fueron reubicados en módulos distintos, y 2 no pudieron cambiarse de módulo por no disponer de compartimentos de un tamaño adecuado. Estos medicamentos se reubicaron en compartimentos separados dentro del mismo módulo.

## Conclusiones

En la revisión se encontró que el 96,08 % de los MAR no estaban señalizados y el 7,45 % estaban en ubicaciones que podían dar lugar a confusión.

El estudio señala la importancia de revisar periódicamente los SAR, con el fin de mejorar la seguridad en el almacenamiento de los MAR.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA

PACIENTE CRÓNICO,  
CONTINUIDAD ASISTENCIAL,  
ATENCIÓN PRIMARIA  
Y SOCIOSANITARIOS



# ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS EN DOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

**Velasco Costa, J.; Martínez de Guzman, M.**

*Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia.*

## Objetivos

Desarrollar una herramienta de trabajo que facilite la adecuación de los medicamentos usados en centros socio sanitarios (CSS) a la guía farmacoterapéutica (GFT) elaborada específicamente para este tipo de centros, reduciendo así la variabilidad de prescripción en la práctica clínica habitual y favoreciendo un uso racional del medicamento.

## Material y Métodos

Estudio observacional, transversal prospectivo en el que se diseña una guía de principios activos de uso en CSS, elaborada ad hoc por grupo de trabajo multidisciplinar a nivel regional, que incluye todo el arsenal terapéutico disponible para el tratamiento de las distintas enfermedades crónicas presentes en el CSS.

Se posicionan regímenes terapéuticos y medicamentos incluidos según: criterios de eficacia, seguridad y coste, conclusiones de informes de posicionamiento terapéutico y situación de financiación. Todo en un formato accesible y sencillo de actualizar.

1. Acuerdo con la Dirección del CSS para la implantación de la guía de medicamentos de uso en el socio sanitario y guía de equivalentes terapéuticos.
2. Búsqueda bibliográfica en: bases de datos (EMBASE, MEDLINE, UpToDate) y Guías de Práctica Clínica e Intercambio Terapéutico (SEGG, SEFH, semFYC).

Identificación de la situación de financiación, posibilidad de intercambio, posicionamiento terapéutico y criterios de prescripción mediante las herramientas: Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPTs); Buscador de la Información sobre la situación de Financiación de los MEDicamentos (BIFIMED); Ficha Técnica (FT); Guías de Intercambio Terapéutico (GIT).

3. Elaboración del procedimiento y calendario de implantación para la adecuación de tratamientos ya existentes, con indicaciones estratificadas según situación de financiación, disponibilidad en GFT y GIT: No financiado; No incluido en GFT; Intercambiable.
4. Se revisan criterios, pautas de dosificación y posología, ajustando a FT y a GFT desde junio de 2023.
5. Las discrepancias encontradas son discutidas con el equipo médico del CSS: psiquiatra y médico de familia/geriatra.
6. Actualización mensual y según necesidades de urgencia según: nuevos IPTs, cambios de condiciones en la situación de financiación, nuevas necesidades.



## Resultados

Adaptados los tratamientos de 168 residentes según la nueva GFT, se reduce en un 23,6% (de 1998 especialidades a 1526) las especialidades usadas, contabilizándose como especialidades distintas las dosis diferentes de un mismo principio activo y las diferentes formas farmacéuticas.

## Conclusiones

Con la adecuación de las prescripciones médicas a la GFT de centros sociosanitarios, se ha reducido la variabilidad en el número de medicamentos utilizados en estos centros.

Ante un nuevo ingreso o cambio en el tratamiento individualizado de un residente, el médico es capaz de adaptar su tratamiento de forma rápida y sencilla a los medicamentos disponibles en la GFT del CSS.

Como limitación, destacar el aumento de la carga de trabajo al requerir actualizaciones frecuentes.

Consideramos que es un modelo fácilmente exportable a otros hospitales y comunidades.

Esta herramienta sirve de apoyo tanto para la prescripción en el CSS como para la validación en el Servicio de Farmacia hospitalario, permitiendo un uso de medicamentos costo-eficiente.

---

# ANÁLISIS DEL SWITCH DE COMPRIMIDOS SUBLINGUALES DE BUPRENORFINA A LA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE OPIOIDES

**Ortiz Fernández, P. (1); Fernández-Villacañas Fernández, P. (1); Sánchez Iniesta, R. (2); Herreros Fernández, A. (1); Añez Castaño, R. (1); Selvi Sabater, P. (1)**

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia; (2) Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) Murcia.

## Objetivos

Analizar el uso de buprenorfina de liberación prolongada subcutánea (BLPS) en pacientes tratados previamente con buprenorfina/naloxona sublingual (BNS).

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de enero-2022 a enero-2024, que incluye todos los pacientes que han iniciado tratamiento con BLPS, pretratados con BNS y con diagnóstico (CIE-10) F11.22: Dependencia de opiáceos, con intoxicación, sin abstinencia. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, motivo de prescripción, tratamiento previo, duración del tratamiento y motivo del fin de tratamiento. Se evaluó la seguridad recogiendo los efectos adversos.



Los datos fueron recogidos en una base de datos Excel diseñada para ello, procedentes del registro de administración del tratamiento del paciente, la historia clínica del centro de tratamiento de adicciones y de las solicitudes de inicio recibidas en el servicio de farmacia.

Las variables continuas se expresaron como mediana (rango intercuartílico), y las categóricas como frecuencia absoluta.

## Resultados

Durante el periodo de estudio, se recibieron 59 solicitudes para el inicio de tratamiento con BLPS, finalmente iniciaron 56 pacientes. La mediana de edad fue 48,5 años (42,7-52) y el 79,3% eran hombres.

Los motivos de prescripción (no excluyentes entre ellos) fueron:

1. No estabilidad clínica en el 30,3% (17/56):
  - El 76,4% (13/17) empeoramiento o no mejoría.
  - El 17,6% (3/17) por resultados positivos en analíticas teniendo motivación al tratamiento.
  - El 5,8% (1/17) por automedicación.
2. Problema de adherencia en el 98,2% (55/56):
  - El 65,4% (36/55) por complejidad y larga duración del tratamiento.
  - El 23,6% (13/55) por inadecuado seguimiento o falta de plan terapéutico.
  - El 20% (11/55) por falta conciencia de la enfermedad.
  - El 16,3% (9/55) por incumplimiento, olvido de tomas o pérdida de medicación.

En cuanto a las dosis diarias de BNS que tomaban los pacientes, el 67,8% tomaba 8 mg y el 19,6% tomaba 16 mg, todas fueron cambiadas a la posología recomendada de BLPS.

En el momento del corte del estudio, 33 (58,9%) pacientes continuaban en tratamiento, con una mediana de duración de 44 semanas (27-82). Nueve (16,1%) pacientes no alcanzaron las 12 semanas de tratamiento.

Durante el periodo de estudio, 23 (41,1%) pacientes suspendieron el tratamiento y 2 pacientes se trasladaron de centro. La mediana de duración del tratamiento para estos fue 19,7 semanas (10,9-47).

Un total de 13 (23,2%) volvieron a la formulación BNS, entre los motivos: 5 (8,9%) cambiaron por presentar síndrome de abstinencia, 5 (8,9%) por efectos adversos y 3 (5,4%) por preferencia en la vía de administración. Un total de 10 (17,8%) pacientes abandonaron el tratamiento con pérdida de su seguimiento.

Respecto a las reacciones adversas, cuatro presentaban induraciones en el lugar de inyección y uno intolerancia.



## Conclusiones

Los principales motivos de cambio a formulación subcutánea fueron: complejidad y larga duración del tratamiento, empeoramiento clínico y problemas de seguimiento.

Más de la mitad de los pacientes continuaban en tratamiento tras el cambio, lo que puede suponer un beneficio en pacientes no estabilizados o con problemas de adherencia.

Entre los principales problemas para el uso de la nueva presentación subcutánea encontramos síndrome de abstinencia, reacciones adversas y preferencias del paciente por la vía de administración, lo que supone la suspensión del tratamiento. Por ello es importante informar y apoyar a los pacientes sobre esto con el objetivo de evitar la interrupción prematura del tratamiento.

---

## ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

Hernández Sánchez, M.; Díaz Ramón, M.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Fructuoso González, L.; Torrano Belmonte, P.; Guillén Díaz, M.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Analizar las prescripciones antibióticas empíricas iniciadas ante una sospecha de infección del tracto urinario (ITU) en un centro socio sanitario, así como la realización de urocultivo y antibiograma y estudiar las recurrencias.

## Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo sobre la adecuación de la prescripción de antibióticos pautados de forma empírica en un centro socio sanitario. Se incluyeron todos los residentes con diagnóstico de ITU que precisaron tratamiento antibiótico durante el año 2023.

Las variables analizadas fueron: número pacientes con ITU, sexo, edad, recogida de urocultivo, antibiótico empírico y resultado del urocultivo.

Se evaluó la adecuación del tratamiento según las guías regionales, la sensibilidad de este tras el resultado del urocultivo y la recurrencia de infecciones por residente.

Las guías regionales recomiendan el uso de fosfomicina o nitrofurantoina en caso de mujeres con cistitis sintomática. En el caso de los hombres, se recomienda como primera opción fosfomicina o cefixima como alternativa.



## Resultados

Se analizaron 108 tratamientos en 55 pacientes con una media de edad de 83,9 años. Se inició tratamiento en 11 hombres y 44 mujeres. En todos los casos antes de iniciar el tratamiento antibiótico se realizó una tira de orina, y en un 71% (39) de los pacientes se cursó urocultivo. En un 90,5% el resultado del urocultivo fue positivo, en un 5,5% hubo contaminación de la muestra y un 4% el resultado del urocultivo resultó ser negativo.

Los microorganismos que se aislaron con más frecuencia fueron *Escherichia coli* (51,4% de los cuales el 37% eran productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE)) y *Klebsiella pneumoniae* (22,9%).

En cuanto al tratamiento empírico, se inició fosfomicina en el 28,5% (31) de los casos, nitrofurantoina en el 32,5% (35), ciprofloxacino en 15,7% (17), cefalosporinas en el 16,7% (18) y amoxicilina-clavulánico en el 4,6% (4).

Tras obtener el antibiograma con el perfil de resistencias, el tratamiento antibiótico se mantuvo en el 75,92% de los casos puesto que el microorganismo era sensible; se sustituyó en el 24,07% debido a resistencias (22,5% de los casos con fosfomicina, 20% de los tratados con nitrofurantoina y en el 29,4% con ciprofloxacino).

Por otro lado, del total de residentes, el 29,1% presentó una recurrencia, el 11,4% dos recurrencias y el 14,6% tres o más recurrencias.

## Conclusiones

La mayor parte de las ITUs fueron diagnosticadas en mujeres, siendo el microorganismo aislado con mayor frecuencia *Escherichia coli*. En la mayoría de los casos con resultado positivo en el urocultivo (75,92%), el tratamiento empírico fue adecuado respecto a la sensibilidad del microorganismo.

A pesar de que la mayoría de los tratamientos empíricos (61%) que se iniciaron fueron con los antibióticos recomendados en las guías, aún existe un alto porcentaje de prescripciones inadecuadas que indican la necesidad de seguir trabajando en reducir el uso inadecuado de antibióticos.

---

# CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS VINCULADOS AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

**Gil Almela, J.; García Molina, O.; Torró García, L.; Pérez López, C.; Conesa Nicolás, A.; Fernández Martínez, R.**

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## Objetivos

La implementación de la Atención Farmacéutica en los Centros Sociosanitarios (CSS) adscritos al Servicio de Farmacia (SF) en 2019 tuvo como uno de sus objetivos fundamentales proporcionar formación al personal involucrado en el cuidado de los pacientes institucionalizados sobre la importancia del uso racional de los antibióticos (ATB) para mitigar la aparición de resistencias microbianas.

El objetivo de este estudio es describir el consumo de ATB en los CSS asociados a un SF de un hospital de tercer nivel.

## Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron todos los residentes institucionalizados en los dos CSS dependientes del SF a lo largo de los años 2022 y 2023. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de infección, ATB utilizados, número de ciclos recibidos y coste de tratamiento. Para el análisis del consumo de ATB se calculó la dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD/100E).

Los datos se obtuvieron de los programas de historia clínica electrónica y prescripción electrónica asistida y del sistema de gestión y dispensación de medicamentos, y se procesaron mediante Excel®.

## Resultados

Los dos CSS estudiados tienen una capacidad total de 160 camas, con una ocupación media del 75%. La mayoría de los residentes eran mujeres (80%), con una edad media de 83,0±9,2 años.

Las principales infecciones reportadas fueron urinarias, respiratorias y de piel/partes blandas.

En 2022, el 65% de los residentes recibieron algún ATB, con un total de 165 ciclos (media de 1,3 ciclos/paciente), siendo las penicilinas el grupo más consumido (23,0%), seguido de fosfomicina (21,2%) y cefalosporinas (18,1%).

En 2023, el 70% recibieron algún ATB, con un total de 193 ciclos (media de 1,7 ciclos/paciente), con las cefalosporinas (30,0%), fosfomicina (25,6%) y fluoroquinolonas (23,1%) como los más consumidos.

El coste total de ATB fue de 400 euros en 2022 y 566 euros en 2023, siendo la fosfomicina el de mayor coste en ambos años, seguido de las cefalosporinas.

El consumo de ATB expresado en DDD/100E fue de 3,73 en 2022 y de 5,70 en 2023, siendo las cefalosporinas (1,18 en 2022 y 1,87 en 2023), fosfomicina (0,81 y 0,55) y fluoroquinolonas (0,67 y 0,76) las más consumidas en ambos años, respectivamente.

## Conclusiones

El consumo de antibióticos en el último año ha aumentado ligeramente y, aunque sigue siendo inferior a años anteriores a la pandemia de COVID-19 (en 2019 la DDD/100E fue 7,80), se puede atribuir al mayor número de infecciones respiratorias y urinarias reportadas, especialmente tras la retirada del uso obligatorio de la mascarilla en centros sanitarios.



La implementación de la Atención Farmacéutica en los CSS, junto con la difusión de la Guía de Terapéutica Antimicrobiana de la Región de Murcia, ha contribuido a una mejor evaluación de las infecciones, favoreciendo el empleo de tratamientos empíricos adecuados y la realización de cultivos cuando sean necesarios para un tratamiento dirigido.

---

## EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON PALMITATO DE PALIPERIDONA SEMESTRAL EN UN ÁREA DE SALUD

Villa Carpes, J.; Galindo Rueda, M.; Ramón Pérez, M.; Gil Almela, J.; Pérez López, C.; Fernández Martínez, R.

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

### Objetivos

Comparar las condiciones reales de uso de palmitato de paliperidona semestral (PS) 700 mg o 1000 mg (PS700 o PS1000) desde su comercialización, con las descritas en ficha técnica (FT), en un área de salud.

### Material y Métodos

Se analizó si el uso de PS en la práctica clínica se adecuaba a las recomendaciones de FT en lo referente a: edad, dosis, frecuencia e inicio de tratamiento tras estabilización previa con otras presentaciones de PS.

Para hacer este análisis retrospectivo y descriptivo, se analizó el consumo en receta médica de todos los pacientes que han recibido PS desde su comercialización hasta la última fecha con datos disponibles (mayo 2022-diciembre 2023), en un área sanitaria que atiende a una población de 260.000 habitantes. Se excluyeron los pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios. Se registró la dosis utilizada, edad y sexo. Para medir la adecuación a las recomendaciones posológicas de FT, se contabilizaron las dispensaciones por paciente. Para valorar la adecuación a los criterios de inicio indicados por FT se consideró haber recibido tratamiento previo con paliperidona mensual durante al menos 4 meses o con paliperidona trimestral al menos 1 ciclo de tres meses.

Los datos fueron extraídos de la base de datos de consumo farmacéutico del servicio autonómico de salud y la historia clínica electrónica.

### Resultados

Desde su comercialización, 101 pacientes han recibido paliperidona semestral en nuestra área de salud. La mediana de edad de los pacientes ha sido de 49 años (9-79), de los cuales un 79,2% fueron hombres. Cuatro pacientes pediátricos han recibido esta forma de paliperidona, con edades de 9,13,16 y 17 años.

De los 101 pacientes, 30 iniciaron tratamiento con PS700, 69 con PS1000, solamente un paciente inició recibiendo dosis de 1400 mg y otro paciente con 1700 mg de PS.



En 29 pacientes (28,7%) se ha observado falta de adecuación a régimen posológico, ya que las dispensaciones se han efectuado en periodos iguales o inferiores a 5 meses.

Respecto al inicio de tratamiento, 8 pacientes (8%) han comenzado PS700/1000 sin estabilización previa con otras formas de paliperidona mensual o trimestral.

## Conclusiones

El estudio describe la experiencia en vida real con paliperidona semestral en un área de salud durante un período de 19 meses. La mayoría de los pacientes (98%) tratados cumplen con los criterios de prescripción de la ficha técnica en cuanto a dosis inicial recibida, sin embargo, casi un 30% acorta la frecuencia de administración. Se ha evidenciado prescripción de PS a población pediátrica así como pacientes con inicios de PS sin estabilización previa con formas mensuales o trimestrales.

Estos hallazgos sugieren que, si bien la mayoría de los pacientes de nuestra área se ajustan a las recomendaciones de la ficha técnica, sería interesante implantar medidas para mejorar la adecuación de los tratamientos para optimizar la eficacia y seguridad del tratamiento con paliperidona semestral.

---

# OPTIMIZACIÓN DE PRESCRIPCIONES DE VITAMINA D: UN ABORDAJE EFECTIVO A TRAVÉS DE LA REVISIÓN, NOTIFICACIÓN Y CORRECCIÓN DE PAUTAS POSOLÓGICAS

**Sánchez Blaya, A.; Portero Ponce, C.; Muros Ortega, M.; Tobaruela Soto, M.; Alonso Domínguez, M. T.; León Villar, J.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Reducir el número de prescripciones con pautas posológicas erróneas de vitamina D prescritas en receta electrónica en el área VI de salud, tras la 4ª intervención de seguridad encabezada por el servicio de gestión farmacéutica.

## Material y Métodos

Tras la 4ª intervención de seguridad, se realizó un estudio retrospectivo de aquellas prescripciones de vitamina D, realizadas tanto en los centros de salud correspondientes a nuestra área como en el propio hospital, que tenían pautas posológicas diferentes a las recogidas en ficha técnica, ya que se indicaban frecuencias de administración de horas, en lugar de días.

Para ello se extrajeron los datos de las prescripciones médicas de la aplicación de receta electrónica.



Se elaboró una hoja de recogida de datos: nombre del centro de salud, datos del prescriptor (nombre y apellidos, CIAS y nº colegiado), CIPA del paciente, medicamento con vitamina D prescrito, código nacional del medicamento y pauta posológica.

Se procedió a contactar con los prescriptores de los centros de salud de manera telefónica, y a los médicos que no se pudieron localizar telefónicamente, se le envió un correo electrónico al correo corporativo, informándoles sobre las discrepancias encontradas y solicitando su colaboración para revisar y corregir las prescripciones en caso necesario. Se estableció un plazo de dos semanas para realizar la corrección, de manera que posteriormente, se pudiese hacer una segunda revisión de las prescripciones y analizar la eficacia de la intervención.

## Resultados

En atención primaria, se recogieron un total de 451 prescripciones de vitamina D con pauta posológica errónea, correspondientes a 14 centros de salud diferentes. Tras la intervención, se modificaron 301 prescripciones, de las cuáles 57 (19%) fueron cambiadas tras la intervención por correo electrónico y 244 (81%) tras la intervención telefónica. Esto supone un 67% de efectividad, reduciéndose el número de prescripciones erróneas a un 33%.

En el hospital, se detectaron 63 prescripciones erróneas de 17 prescriptores distintos. Tras la intervención, se modificaron 37 prescripciones, de las cuáles 5 (14%) se cambiaron tras la intervención por correo electrónico y las 32 restantes (86%), tras la intervención telefónica. Esto supone un 59% de efectividad, reduciéndose el número de prescripciones erróneas a un 41%.

## Conclusiones

La consulta de las prescripciones de vitamina D en receta electrónica, ayudó a detectar la presencia significativa de prescripciones erróneas. La intervención del farmacéutico mediante la notificación directa de los errores a los prescriptores, mejora la seguridad de los pacientes, reduciendo la toxicidad derivada por la toma inadecuada de vitamina D.

Este estudio resalta la importancia de una comunicación efectiva entre farmacéuticos y médicos, que no solo permite abordar riesgos potenciales en tratamientos, sino que también establece un marco para la mejora constante y una atención médica de calidad, obteniendo como resultado el beneficio de la salud de la paciente.

---

# PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

Martínez Marcos, J. M.; Asensi Cantó, A.; Sánchez Tamboleo, I. J.; Fernández Vela, J.; Martínez Madrid, M. E.; García Matillas, C. N.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

## Objetivos

Analizar el patrón de prescripción de psicofármacos de los pacientes de un centro para personas con discapacidad (CPD).

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de febrero 2023-2024 de los pacientes con discapacidad intelectual con o sin patologías neuropsiquiátricas en un CPD. Los datos se recogieron desde el programa de gestión de farmacia y el de historia clínica.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, causa de la discapacidad intelectual, diagnósticos neuropsiquiátricos, número de fármacos totales, número de psicofármacos por paciente y según grupo terapéutico (benzodiazepinas, antiepilépticos, antipsicóticos, antidepresivos y antiparkinsonianos).

## Resultados

Se incluyeron 78 pacientes en el estudio con una media de edad de  $52 \pm 12$  años (60,3% hombres). La causa de la discapacidad intelectual se reflejó en el 34,7% de las historias clínicas, respecto al total de pacientes fueron las siguientes: anoxia neonatal (15,4%), mutación cromosómica (10,3%), infecciosa (6,4%) y asociada a traumatismo (2,6%). 55% tenían un diagnóstico neuropsiquiátrico asociado, siendo el más frecuente la epilepsia (62,8%) seguido de trastorno de la conducta (27,9%), depresión (11,6%), ansiedad (9,3%) y esquizofrenia (2,3%).

La media de fármacos por paciente era de  $5 \pm 3$ , siendo el 57% psicofármacos. El 55,1% estaba polimedicado. El 85,9% llevaban prescrito psicofármacos con una media de  $3 \pm 2$  psicofármacos por paciente.

59% llevaban una media de  $2 \pm 1$  benzodiazepinas siendo las más frecuentes lorazepam, lormetazepam y clonazepam (23,9%); seguido de diazepam (11,3%), clorazepato (8,5%), bromazepam (7%) y alprazolam (1,4%).

52,6% llevaban una media de  $2 \pm 1$  antiepilépticos siendo los más frecuentes ácido valproico (26,4%), carbamazepina (15,3%), fenobarbital (13,9%) y fenitoína (11,1%). Otros antiepilépticos fueron: oxcarbazepina y lamotrigina (6,9%), levetiracetam (5,6%), lacosamida (4,2%), eslicarbazepina (2,8%), zonisamida, topiramato, gabapentina, brivaracetam y perampánel (1,8%).

52,6% llevaban  $2 \pm 1$  antipsicóticos siendo los más frecuentes risperidona (19%), quetiapina (17,2%), paliperidona oral y levomepromazina (15,5%) seguido de olanzapina (10,3%), haloperidol (6,9%), clotiapina y aripiprazol oral (5,2%), cariprazina, tiaprida y zuclopentixol (1,7%). El 14,1% llevaban antipsicóticos depot: paliperidona (63,6%), aripiprazol (27,3%) y zuclopentixol (9,1%).

17,9% llevaba biperideno como antiparkinsoniano para evitar síndromes extrapiramidales farmacológico.

14,1% llevaban antidepresivos, 2 como biterapia. Sertralina (41,7%) era la más frecuente seguida de trazodona (25%), mirtazapina (16,7%), venlafaxina y fluoxetina (8,3%).



## Conclusiones

El estudio reveló un alto grado de polimedicación con psicofármacos en un CPD, a pesar de que solo el 55% de los pacientes tenían diagnóstico de patología neuropsiquiátrica asociada. Destaca que las benzodiazepinas fueron el grupo farmacológico más prescrito, a pesar del riesgo de alterar las capacidades cognitivas. Se observó una alta prevalencia de epilepsia coincidiendo con el uso significativo de antiepilépticos como el segundo grupo de psicofármacos más prescrito. Es notable que la población con discapacidad intelectual posee pocos fármacos con indicación específica, lo que conlleva a un elevado uso off-label, pudiendo explicar el alto consumo de antipsicóticos en pacientes sin diagnóstico neuropsiquiátrico pero con alteración de la conducta. Entre las limitaciones del estudio están la falta de conocimiento del diagnóstico neuropsiquiátrico pudiendo llevar a un sesgo en los resultados.

# PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

Hernández Sánchez, M.; Díaz Ramón, M.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Sánchez Blaya, A.; Portero Ponce, C.; Martínez Orea, A.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Identificar prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) de estatinas de acuerdo a los criterios de deprescripción Less-Chron en un centro socio sanitario.

## Material y Métodos

Estudio observacional realizado en un centro socio sanitario durante octubre y noviembre 2023. Se incluyeron todos los residentes en tratamiento con estatinas.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de estatina, indicación del tratamiento y puntuación obtenida tras realizar el Cuestionario de Pfeiffer. Se tomaron como referencia los Criterios Less-Chron para analizar la adecuación del tratamiento.

Según estos criterios, la deprescripción de estatinas puede darse en dos situaciones; la primera, cuando esté indicado en prevención primaria y edad superior a  $\geq 80$  año, y la segunda, en prevención secundaria y el cuestionario de Pfeiffer sea  $\geq 8$  (deterioro cognitivo grave).

Posteriormente, se realizaron recomendaciones a los médicos del centro y se analizó el grado de aceptabilidad de estas. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica del paciente y del programa de prescripción electrónica del hospital.

## Resultados

Se incluyeron 43 residentes (34,4% del total de residentes) con una edad media de 81,8 años, siendo el 53,5% mujeres. Los tipos de estatinas prescritos fueron: atorvastatina (67,4%), simvastatina (18,6%), rosuvastatina (7,0%) y pravastatina (7,0%). Estas estatinas estaban indicadas en prevención primaria en un 44,1% y en prevención secundaria tras accidente cerebrovascular (32,6%) y prevención secundaria tras enfermedad cardiovascular (23,3%).

El 32,6% no tenían una edad superior a 80 años y el 23,3% no presentaron una puntuación en el Cuestionario Pfeiffer  $\geq 8$  por lo que no cumplieron criterios de desprescripción.

El 37,2% (16 residentes) cumplió al menos uno de los criterios de desprescripción (81,3% prevención primaria y edad >80 años; 18,7% prevención secundaria y cuestionario Pfeiffer >8). El tratamiento con estatinas se suspendió en el 31,2% de los residentes.

No se pudo realizar la intervención en 3 pacientes (6,9% del total): dos de ellos por no tener datos sobre el cuestionario de Pfeiffer y otro por exitus durante la realización del estudio.

## Conclusiones

El aumento de la esperanza de vida hace que incremente el número de pacientes mayores, con enfermedades crónicas y polimedcados. Los criterios Less-Chron son una herramienta de desprescripción que nos sirve de ayuda a la hora de valorar el balance riesgo-beneficio de continuación con algunos tratamientos.

El grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas en nuestro estudio fue aceptable, sin embargo, es necesaria la realización de actividades que conciencien y visibilicen la importancia de la revisión de PPI y realizar recomendaciones para la adecuación de los tratamientos de las personas mayores.

---

# VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS RESIDENTES DE UN CENTRO SOCIO SANITARIO

**Hernández Sánchez, M.; Díaz Ramón, M.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Portero Ponce, C.; Sánchez Blaya, A.; Martínez Orea, A.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar el estado nutricional de los residentes de un centro socio sanitario mediante parámetros fenotípicos y analíticos y proporcionar recomendaciones específicas teniendo en cuenta sus necesidades individuales y restricciones médicas.

## Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo con intervención realizado en un centro socio sanitario de nuestra área de salud entre enero y diciembre de 2023. Se incluyeron los pacientes más vulnerables, con un índice de Barthel <60 y que precisaban ayuda para comer.



Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, talla, aspectos fenotípicos (índice de masa corporal, porcentaje de pérdida de peso involuntaria) y bioquímicos (niveles de albúmina, colesterol y linfocitos). Se realizó una evaluación inicial y otra anual. Todas las variables se registraron dobles, con una diferencia de 12 meses.

## Resultados

Se incluyeron un total de 65 residentes (52%) con una edad media de 83 años (73,9% mujeres).

Inicialmente, 31 residentes presentaron un IMC adecuado (18,5 - 24,9). Tras un año, 4 de estos (12,9%) fueron descritos como situación de bajo peso (IMC < 18,5). El porcentaje de pérdida de peso involuntaria fue superior al 10% en 7 residentes.

En cuanto a parámetros analíticos, el 41,5% de los pacientes presentaron disminución de albúmina sérica hasta alcanzar valores inferiores a 3,8 g/dL.

Se detectaron 13 residentes con disminución de los valores de colesterol hasta alcanzar niveles de colesterol indicativos de desnutrición leve (140-180 mg/dl) y 10 de desnutrición moderada (100-140 mg/dl).

El recuento de linfocitos totales mostró 8 pacientes con niveles de desnutrición leve (1800-1200 linfocitos/mm<sup>3</sup>) y 7 con desnutrición moderada (1200-800 linfocitos/mm<sup>3</sup>).

Los resultados obtenidos fueron comunicados a los facultativos médicos junto a las siguientes recomendaciones: control analítico y registro de ingestas para reevaluación en residentes con desnutrición leve (68,7%) y prescripción de suplementos o nutrición enteral vía oral en residentes con desnutrición moderada (31,3%).

## Conclusiones

Los ancianos son un grupo de población frágil susceptible de sufrir enfermedades crónicas y cambios en el apetito y en el gusto. La desnutrición puede aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones que afecten al estado de salud. Por ello, realizar valoraciones nutricionales en estos centros sociosanitarios es fundamental para identificar y abordar problemas nutricionales y mejorar su calidad de vida y funcionalidad.

---

# VISITAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS PROCEDENTES DE UN CENTRO SOCIO SANITARIO: MOTIVO DE CONSULTA, FRECUENCIA Y RESOLUCIÓN

**Hernández Sánchez, M.; Díaz Ramón, M.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Portero Ponce, C.; Sánchez Blaya, A.; Torrano Belmonte, P.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Analizar la frecuencia y el motivo de las visitas al Servicio de Urgencias de los residentes de un centro sociosanitario geriátrico, así como el número de ingresos en planta de hospitalización y modificaciones en el tratamiento domiciliario.

## Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo realizado en un centro sociosanitario durante el año 2023. Se incluyeron todos los residentes que consultaron en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad) y clínicas (motivo de consulta, número de visitas a Urgencias realizadas por paciente), resolución del cuadro (alta al centro o ingreso hospitalario) y prescripción de nuevos tratamientos o modificación de tratamiento domiciliario.

## Resultados

Del total de residentes del centro sociosanitario (125) acudieron a urgencias 49 (39,2%) en 94 ocasiones. La edad media fue de 82,2 años siendo el 59,2% mujeres. De los 49 pacientes que visitaron urgencias, 19 (38,8%) consultaron más de una vez, obteniéndose un número medio de visitas por paciente de 3,1.

Los principales motivos de consulta fueron: respiratorias (29,7%) (neumonía por broncoaspiración, COVID, gripe, infección respiratoria o reagudación de su Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)), caídas (15%), renales (9,6%) (infección del tracto urinario (ITU), hematuria), gastrointestinales (6,2%) y cardíacas (6,2%) (insuficiencia cardíaca descompensada o fibrilación auricular).

En cuanto a la resolución del cuadro, en el 42,9% de las visitas se recibió el alta domiciliaria con control por parte del médico de la residencia y en el 32,6% se precisó ingreso en el hospital, la mayoría (44,4%) por causas respiratorias. Por último, se iniciaron nuevos tratamientos en el 40,8% de las ocasiones mientras que se requirió modificación del tratamiento domiciliario en el 48,9% de las visitas.

## Conclusiones

En los últimos años se ha observado un aumento de la edad y de la morbilidad de la población en general y por tanto de las personas mayores institucionalizadas. Es por ello que un porcentaje considerable de residentes (39,2%) ha precisado del Servicio de Urgencias en un año.

El motivo de consulta más frecuente fue por causa respiratoria seguido de visitas por caídas en el centro sociosanitario. Una de cada tres visitas a urgencias precisó ingreso hospitalario.

Este alto porcentaje de visitas al Servicio de Urgencias y en la mayoría de ocasiones, cambios en los tratamientos, hace más importante el papel del farmacéutico a la hora de conciliar los tratamientos tanto en Urgencias como en el centro sociosanitario.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

ÁREA TEMÁTICA  
ONCO-HEMATOLOGÍA

# EFFECTIVIDAD DE TRABECTEDINA EN SARCOMA DE PARTES BLANDAS

Céspedes Sánchez, C.; Pérez López, C.; Gil Almela, J.; Torró García, L.; Conesa Nicolás, A.; Díaz Carrasco, M. S.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## Objetivos

Evaluar la efectividad de trabectedina en pacientes con sarcomas de partes blandas.

## Material y Métodos

Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de sarcoma de partes blandas, que iniciaron tratamiento con trabectedina entre enero de 2016 y diciembre de 2023, ambos inclusive.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo de sarcoma, neoadyuvancia, adyuvancia y líneas de tratamiento en enfermedad avanzada previo a la trabectedina. En cuanto a la trabectedina, se recogió en qué línea de tratamiento se utilizó, el porcentaje de pacientes que comenzaron a dosis plenas y el que redujo dosis a lo largo del tratamiento.

Para evaluar la efectividad se utilizaron las variables supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) aplicando el método de Kaplan-Meier.

Para el análisis estadístico se hizo uso del programa estadístico SPSS v25.0®.

## Resultados

Se analizaron 45 pacientes, con una mediana de 53 (16-71) años de edad, siendo el 62,3% de los pacientes mujeres. Respecto al tipo de sarcoma, fueron diagnosticados de leiomiomasarcoma el 55,5%, de liposarcoma el 13,3%, de fibrosarcoma el 6,6% y otros tipos el 24,6% restante (sarcomas sinoviales, indiferenciados, fusocelulares y pleomórficos). El 15,5% de los pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante, administrando en el 85,7% de ellos epirubicina-ifosfamida. Un 20% recibió tratamiento adyuvante, predominando el uso de epirubicina-ifosfamida (44,4%), y doxorubicina (33,3%). Y en cuanto al tratamiento en enfermedad avanzada recibido, anterior al inicio con trabectedina, el 48,8% recibieron doxorubicina, el 24,4% epirubicina-ifosfamida, el 17,7% gemcitabina-docetaxel, el 8,8% doxorubicina-ifosfamida, el 4,4% gemcitabina-dacarbazina, el 2,2% ifosfamida y otro 2,2% gemcitabina.

El 8,8% de los pacientes recibieron trabectedina, como 1º línea de tratamiento, el 75,5% como 2º línea, el 13,3% como 3º línea y solo uno de ellos como 4º línea. La posología estándar definida en protocolo es de 1,5 mg/m<sup>2</sup> cada 21 días, en cambio solo el 26,6% comenzaron el tratamiento con dosis al 100%. Y en el 55,5% de los pacientes se fue reduciendo la dosis en función de la toxicidad presentada.

La mediana de SLP estimada fue de 4,1 meses IC 95% (rango: 2,6-5,6) y la mediana de SG fue de 22,3 meses IC 95% (rango: 5,5-39,1).

## Conclusiones

En términos de efectividad, la mediana de SLP fue similar a la del estudio ET743-SAR-3007 mientras que la SG fue mayor respecto a este (SLP: 4,2 meses; IC 95% y SG: 13,7 meses IC 95 %).

# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABOZANTINIB EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO

**Pérez López, C.; Olmos Jiménez, R.; Torró García, L.; Céspedes Sánchez, C.; Gil Almela, J.; Fernández Martínez, R.**

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar la efectividad y seguridad de cabozantinib en cáncer de células renales metastásico (CCR).

## Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CCR que iniciaron tratamiento con cabozantinib entre abril de 2020 y enero de 2024

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, histología, ECOG al inicio del tratamiento, líneas de tratamiento previas, dosis al inicio de tratamiento, reducciones de dosis y dosis posterior, fecha suspensión del tratamiento, fecha progresión de enfermedad y fecha de éxitus. Para evaluar la efectividad se utilizó la variable supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) aplicando el método de Kaplan-Meier. Para evaluar la seguridad se analizaron los eventos adversos (EA) registrados durante el tratamiento y su gravedad según los criterios CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0). Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica y de la historia clínica electrónica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS v25.0®.

## Resultados

Se analizaron 14 pacientes de los que un 85,7% eran hombres, con una mediana de edad de 65,5 años (rango intercuartílico=32-77). Al inicio del tratamiento el 7,14% presentaba un ECOG de 0, el 71,42% ECOG 1 y el otro 21,42% ECOG 2. Respecto a la histología, un 71,42% presentaba cáncer renal de células claras, un 14,28% papilar y un 14,28% cromóforo.

En el 28,57% de los pacientes el tratamiento con cabozantinib fue en segunda línea, en el 64,28% fue tercera línea y en un 7,14% de los pacientes fue la quinta línea de tratamiento. Todos recibieron al menos una línea previa con un inhibidor de tirosin kinasa del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF): sunitinib (85,71%), pazopanib (7,14%) y axitinib (7,14%). El 64,28% de los pacientes habían recibido un inhibidor PD-1 en alguna de las líneas previas de tratamiento. En cuanto a la dosis de cabozantinib al inicio del tratamiento, el 35,71% de los pacientes inició con la dosis plena (60mg). El resto con dosis reducidas: el 57,14% con 40mg y el 7,14% con 20mg.

En el momento de corte, el 42,85% de los pacientes había interrumpido el tratamiento, siendo la mediana de SLP de 14,3 meses IC95% (9,91-17,1). Al momento del corte no se alcanzó la mediana de SG. La estimación de la SG a los 6 meses fue del 81,8% y a los 12 meses del 72,7%.

Respecto a la seguridad, el 92,85% de los pacientes presentaron al menos un EA de cualquier grado. Se observaron 24 EA de grado 1-2 en 13 pacientes: astenia (5), diarrea (4), síndrome de eritrodismetosis palmo-plantar (EPP) (4), hepatotoxicidad (4), paroniquia (1), estreñimiento (1), mucositis (1), hiporexia (1), hipertensión arterial (1), disgeusia (1) y anemia (1). Cuatro de los 14 pacientes presentaron algún evento grado 3: diarrea (3) y astenia (1).

## Conclusiones

Los resultados preliminares obtenidos en vida real, en términos de SLP y estimación de SG a los 6 meses y a los 12 meses no parecen ser inferiores a los obtenidos en el ensayo METEOR.

En cuanto a seguridad, el perfil de eventos adversos fue similar al descrito en el ensayo, predominando la diarrea, la astenia y el síndrome EPP.

---

# EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB DERUXTECÁN EN CÁNCER DE MAMA HER2+ NO RESECABLE O METASTÁSICO

**Gutiérrez Sánchez, J. A.; Titos Arcos, J. C.; Hernández Sánchez, M.; Torrano Belmonte, P.; Fructuoso González, L.; Guillén Díaz, M.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Analizar la efectividad y seguridad del trastuzumab deruxtecán en pacientes con de cáncer de mama HER2+ no resecable o metastásico que han recibido uno o más tratamientos previos dirigidos a HER2.

## Material y Métodos

Estudio observacional y retrospectivo realizado hasta febrero de 2024, en el que se incluyeron todas las pacientes tratadas con trastuzumab deruxtecán 5.4 mg/kg cada 21 días en monoterapia para cáncer de mama HER2+ no resecable o metastásico en un hospital de tercer nivel.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, estado funcional (ECOG), número de ciclos recibidos, líneas de tratamiento previas, mejor tasa de respuesta (mejor tasa de respuesta (completa(RC), parcial(RP), enfermedad estable(EE) o progresión de la enfermedad(PE)), supervivencia libre de progresión (SLP) y reacciones adversas al medicamento (RAM). La efectividad se evaluó con la SLP y la mejor tasa de respuesta. La seguridad se evaluó según el grado y frecuencia de las RAM detectadas (criterios CTCAE v.5.0).

La información fue obtenida de la historia clínica de Selene® y del programa de prescripción electrónica oncológica (Farmis\_Oncofarm®). Los resultados se expresaron en términos de mediana y rango. El análisis estadístico del estudio se ha realizado mediante IBM SPSS v.21.

## Resultados

Se incluyeron 16 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama HER2 + no resecable o metastásico, con una mediana de edad de 49 años [rango 35-65]. El 62,5% de los pacientes tenían un ECOG de 1. La mediana de ciclos administrada fue 15,5 ciclos [3-31]. La mediana de líneas de tratamiento previas recibidas fue 2,5 líneas [rango 1-9].

La mejor respuesta obtenida fue: 1 RC (6,25%), 9 RP (56%), 5 EE (31,25%) y 1 progresión (6,25%). La mediana de SLP fue de 15 meses (IC 95%: 11-18,9).

Al finalizar el estudio, de las 16 pacientes incluidas, 9 (56,25%) continuaban en tratamiento y 7 (37,5%) suspendieron debido a progresión de la enfermedad o exitus.

En términos de seguridad, todas las pacientes experimentaron RAM de algún grado, con tres casos de grado 3. No se observaron efectos adversos de grado 4 o 5. Las RAM más comunes fueron astenia (65%), náuseas (62%), vómitos (25%), alopecia (28%), diarrea (18%), estreñimiento (15%), neurotoxicidad periférica (18%) y mucositis (11%). En cuanto a la toxicidad hematológica, destaca neutropenia (26,2%), leucopenia (32%) y trombocitopenia (20%). Los efectos adversos de grado 3 incluyeron astenia y neumonitis intersticial, lo que resultó en la reducción de dosis de trastuzumab deruxtecán a 4,4 mg/kg en tres pacientes. Además, la paciente que desarrolló neumonitis intersticial grave no pudo continuar con el tratamiento.

## Conclusiones

En nuestro estudio Trastuzumab Deruxtecán muestra una mediana de SLP algo inferior a la del estudio pivotal Destiny Breast 01 (15 vs 16,4 meses), con unas tasas de respuesta similares a las del ensayo clínico.

Respecto a la seguridad, la incidencia de RAM fue similar a la de los ensayos clínicos, destacando como RAM grave y descrita en ficha técnica la aparición de neumonitis grave en un paciente que obligó a suspender el tratamiento.

---

# ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB-DERUXTECÁN PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA HER2+ LOW NO RESECABLE/METASTÁSICO

**Gutiérrez Sánchez, J. A.; Titos Arcos, J. C.; Hernández Sánchez, M.; Fructuoso González, L.; Torrano Belmonte, P.; Martínez Orea, A.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Analizar la efectividad y seguridad del trastuzumab deruxtecán en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama HER2+ low no resecable o metastásico que han recibido uno o más tratamientos.

## Material y Métodos

Estudio observacional y retrospectivo realizado hasta febrero de 2024, en el que se incluyeron todas las pacientes tratadas con trastuzumab deruxtecán 5.4 mg/kg cada 21 días en monoterapia para cáncer de mama no resecable o metastásico HER2+ low hasta progresión, en un hospital de tercer nivel. El tratamiento se autorizó previamente por la Comisión Regional al encontrarse en situación de estudio de financiación para esta indicación.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, estado funcional (ECOG), estado de los receptores hormonales (RH), dosis, líneas de tratamiento previas, tratamiento previo con inhibidores de ciclinas, número de ciclos recibidos, mejor tasa de respuesta (completa(RC), parcial(RP), enfermedad estable(EE) o progresión de la enfermedad(PE)), supervivencia libre de progresión (SLP), y reacciones adversas al medicamento (RAM). La efectividad se evaluó midiendo SLP y mejor tasa de respuesta. La seguridad se evaluó según el tipo y frecuencia de las RAM detectadas (criterios CTCAE v.5.0).

La información fue obtenida de la historia clínica electrónica de Selene®y del programa de prescripción electrónica oncológica (Farmis\_Oncofarm®). Los resultados se expresaron en términos de mediana y rango. El análisis estadístico del estudio se ha realizado mediante IBM SPSS v.21.

## Resultados

Se incluyeron 23 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama HER2+ low con una mediana de edad de 51 años [rango 29-75]. El 87% de los pacientes presentaban un ECOG 1. Todos los pacientes excepto 1 tenían RH +. La mediana de líneas de tratamiento previas recibidas fue de 5 [rango 1-9]. El 78% habían recibido tratamiento previo con inhibidores de ciclinas.

La mediana de ciclos administrada fue de 5 ciclos [rango 2-9]. La máxima respuesta alcanzada fue: 1 RC (4,3%), 4 RP (21,7%), 13 EE (56%), y 4 PE (17%). La mediana de SLP fue de 8 meses (IC 95%: 6,4-9,5).

Al finalizar el estudio, de las 23 pacientes incluidas, doce (52,3%) continuaban en tratamiento y once (47,8%) lo suspendieron por PE. Cinco de las pacientes que progresaron han sido exitus posteriormente.

En términos de seguridad, todas las pacientes experimentaron RAM de algún grado. No se observaron RAM de grado 4 o 5. Las RAM más comunes fueron: astenia (80%), náuseas (68%), alopecia (30%), vómitos (28%), diarrea (20%) y estreñimiento (12%). En cuanto a la toxicidad hematológica destaca: neutropenia (25%), leucopenia (38%) y trombocitopenia (31%). En 4 pacientes (17%) se redujo la dosis a 4,4 mg/kg por efectos adversos grado 3 de neutropenia, trombocitopenia y fatiga en 2 pacientes.

## Conclusiones

En nuestro estudio, Trastuzumab Deruxtecán muestra una mediana de SLP algo inferior a la del estudio pivotal Destiny Breast O4 (8 vs 10,1 meses), lo que puede deberse a las líneas previas recibidas (5 vs 3).

En cuanto a tasa de respuesta, en nuestro estudio la mayoría de las pacientes alcanzaron EE (56% vs 35% (pivotal). Los efectos adversos fueron manejables con una incidencia similar a la descrita en los ensayos clínicos, sin detectarse de grado 4 o 5.

---

## EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA LUMINAL ESTADIO IIIA Y IIIC

Lago Ballester, F.; Luengo Alcázar, M. I.; Martínez Penella, M.; Varea Béjar, Á.; Fernández Vela, J.; Martínez Marcos, J. M.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

### Objetivos

Establecer la tasa de respuestas completas en pacientes con cáncer de mama luminal (CML) con receptores hormonales positivos y HER2 estadio IIIA o IIIC tras la neoadyuvancia (NA) con el esquema secuencial basado en adriamicina/ciclofosfamida (AC) y docetaxel (D) o paclitaxel (P).

### Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con CML cuyo estadio en el momento de diagnóstico fuera IIIA o IIIC según la American Joint Committee on Cancer (AJCC), que hubieran recibido NA con el esquema secuencial AC y D o P, y sometidas posteriormente a tratamiento quirúrgico desde enero de 2021 a noviembre de 2023. Las variables recogidas fueron: edad, fecha de diagnóstico, estadio antes y después de la NA según la AJCC, diámetro mayor de la mayor tumoración obtenido por resonancia magnética antes y después de la NA, número de ciclos y respuesta patológica, definiéndose como respuesta completa (RC) aquellos casos con estadio O según la AJCC con desaparición completa del carcinoma tanto a nivel mamario como axilar, respuesta parcial (RP) a aquellos cuyo estadio disminuye, pero no es O, respuesta nula (RN) si la enfermedad se mantiene estable y progresión (P) si empeora el estadio. Para la obtención de los datos se empleó Selene®, Farmis\_Oncofarm®, Ágora®, Microsoft Excel®.

### Resultados

En este estudio se incluyeron 15 pacientes, todas ellas mujeres cuya mediana de edad fue de 49.56 años, rango intercuartílico de 15.25. De estos, 10 (62%) presentaron estadio IIIA y 5 (38%) estadio IIIC. La media de tamaño del tumor en el momento del diagnóstico fue de 46.38 mm en el estadio IIIA y 34.20 mm en IIIC, mientras que la media tras la NA fue de 3 mm y 12.8 mm respectivamente, datos calculados sobre 13 pacientes ya que 2 fueron excluidos del cálculo por no presentar valoración radiológica del tamaño tumoral tras la NA. Esto reflejó una reducción de tamaño del 94% en el estadio IIIA y del 63% en IIIC.

Se estudió la tasa de respuestas tras la NA, de los 10 pacientes IIIA: 6 (60%) presentaron RP, 2 (20%) RN y 2 (20%) P. Los 2 pacientes con P cambiaron de estadio IIIA a IIIC por aumento de la afectación ganglionar axilar. En los 5 pacientes IIIC se detectaron: 3 (60%) RP y 2 (40%) RN. No se obtuvo ninguna RC en ninguno de los pacientes.

## Conclusiones

Con los datos de esta cohorte, podemos concluir que la tasa de RC en el CML IIIA o IIIC tras la NA es nula. En este estudio se han obtenido unos datos de respuesta muy parecidos en ambos grupos.

Los datos de respuesta obtenidos tras el tratamiento NA arrojan unos valores de respuestas completas ligeramente inferiores a los obtenidos en otras series de casos de CML. De acuerdo con estos resultados, debería desarrollarse nuevas estrategias neoadyuvantes en CML que mejoren las tasas de RC pues se ha asociado la presencia de RC a un mejor pronóstico.

---

# IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MÚLTIPLE

**Fernández Vela, J.; Tamboleo Sánchez, I. J.; Lago Ballester, F.; Martínez Madrid, M. E.; Mira Sirvent, M. C.; Martínez Penella, M.**

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

## Objetivos

Describir las intervenciones farmacéuticas en la implantación de un protocolo multidisciplinar para cubrir las necesidades de los pacientes diagnosticados de MM (Mieloma Múltiple).

## Material y Métodos

Se realiza un estudio observacional retrospectivo del número de pacientes con tratamiento activo de MM en un hospital de tercer nivel. Como población diana se seleccionan los pacientes diagnosticados de novo en el año 2022 y se estudiaron sus esquemas de tratamiento.

### CIRCUITO Y ETAPAS:

1. Creación de un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos y facultativos del servicio de hematología y oncología.
2. Elaboración consensuada, por parte del servicio de farmacia, de un algoritmo en el que queda recogida la medicación profiláctica. Para ello se emplea el programa CheckTheMeds, herramienta informática

- que permite la adecuación de los horarios de administración, detallando los consejos farmacéuticos oportunos y evaluando las posibles interacciones.
3. Primera visita: Entrega de información, detallada y sencilla, recopilando los principales fármacos a administrar en el esquema de tratamiento escogido en función de las características individuales de cada paciente, posología, vía de administración, número de ciclos máximo, efectos adversos y recomendaciones para minimizar cada uno de ellos.
  4. Segunda visita: Reforzar adherencia al tratamiento y revisión su medicación habitual, interacciones, duplicidades, suspensión de los fármacos que sean necesarios y/o ajuste posológico.
  5. Reuniones informativas mensuales impartidas por médicos y farmacéuticos con los pacientes para concienciar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.
  6. Puesta en marcha con los pacientes diagnosticados de MM en el año 2022, también se incluyen aquellos que cambien de línea de tratamiento.

## Resultados

En nuestro hospital en el año 2022 se diagnosticaron 22 pacientes de MM de edades comprendidas entre  $69,81 \pm 12,51$  años. Lo que supone un 36% de los pacientes tratados de MM en un hospital de tercer nivel. Los esquemas de tratamiento elegidos fueron: Dara-RVd (D: daratumumab; R: Lenalidomida; V: Bortezomib; d: Dexametasona) (32%); Dara-Rd (32%); VRd (23%).

La información proporcionada a los pacientes contiene, principio activo, dosis, posología, horario de administración, y recomendaciones sobre los efectos adversos más frecuentes asociados al nuevo tratamiento, así como consejos para minimizarlos.

Algunas de las interacciones más relevantes detectadas han sido: Bortezomib + Enalapril (riesgo de hipotensión): ajuste del tratamiento antihipertensivo y controles periódicos de la presión arterial; Bortezomib + Dexametasona (control de la glucemia) y Bortezomib + Té verde (se reduce la efectividad del bortezomib) recomendación evitar té verde.

Se calcula que, aproximadamente, 56 pacientes forman parte de esta iniciativa hasta 2024, lo que supone un beneficio sustancial en la calidad asistencial de los pacientes con MM.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta el número de diagnósticos de novo de MM anuales, cada vez más pacientes podrán beneficiarse de este tipo de iniciativas.

Estos proyectos permiten ofrecer al paciente una atención farmacéutica especializada y cercana, que garantice una mejor comprensión de la enfermedad y de los efectos secundarios, mejorando la eficacia del tratamiento y su calidad de vida.

Se podría valorar adaptar este tipo de protocolo a otras patologías onco-hematológicas.

# INCIDENCIA DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A PACLITAXEL EN PACIENTES PREMEDICADOS CON RANITIDINA

**Gutiérrez Sánchez, J. A.; Titos Arcos, J. C.; Hernández Sánchez, M.; Torrano Belmonte, P.; Sánchez Blaya, A.; Martínez Orea, A.**

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad en la infusión de paclitaxel en pacientes premedicados con ranitidina en nuestro centro y compararla con la incidencia descrita según la bibliografía disponible.

## Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y unicéntrico en el que se evaluaron a todos los pacientes adultos que recibieron infusión de paclitaxel y premedicación previa a la infusión con dexametasona, dexclorfeniramina y ranitidina, desde Febrero de 2021 hasta febrero de 2022.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo de cáncer, reacción de hipersensibilidad, grado de reacción y resolución.

La información fue obtenida de la historia clínica de Selene® y del programa de prescripción electrónica oncológica (Farmis\_Oncofarm®).

## Resultados

355 pacientes recibieron tratamiento con paclitaxel en este periodo de tiempo, 75,2% mujeres, mediana de edad de 61 años (rango 31:88). El 48% presentaban cáncer de mama, el 19% tumores ginecológicos, 19,5% cancer de pulmón, 7% tumores gastrointestinales y 6,5% otro tipo de tumores. 24 (6,8%) presentaron reacciones de hipersensibilidad tras la infusión de las cuales: 16 reacciones fueron de grado 1 (66,6%), 7 de grado 2 (29%), 1 de grado 3 (4,16%) y 2 de grado 4 (8,33%). En 5 ocasiones se decidió no continuar con el tratamiento y cambiar a otro esquema terapéutico.

## Conclusiones

Los resultados muestran que en nuestro centro la incidencia y grado de reacciones de hipersensibilidad en pacientes en tratamiento con paclitaxel premedicados con ranitidina se asemeja a la de descrita en otros estudios (6,8% vs 2-10%).

# OSIMERTINIB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

Tamboleo Sánchez, I. J.; Varea Béjar, Á.; Asensi Cantó, A.; Fernández Vela, J.; Sevilla Alarcón, E. J.; Sánchez Catalicio, M. M.

*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

## Objetivos

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad de osimertinib en primera línea en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico, portadores de la mutación EGFR.

## Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con osimertinib en primera línea hasta marzo de 2023 en un hospital de tercer nivel. Los datos de los pacientes se obtuvieron del programa de gestión farmacoterapéutica (Savac®) y la historia clínica electrónica (Selene®). Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, histología, estado funcional al inicio del tratamiento (ECOG), duración del tratamiento, efectividad medida mediante la supervivencia libre de progresión (SLP), reacciones adversas (RAs) clasificadas según los criterios NCI CTCAE (V4.0), modificación del tratamiento (reducción de dosis, interrupción temporal o suspensión) y motivos.

La SLP se midió desde la fecha de inicio del tratamiento hasta progresión según criterios RECIST 1.0 o muerte.

## Resultados

Se incluyeron a 13 pacientes (69,23% mujeres) con una mediana de edad de 74 años (66-78,5), todos ellos con CPNM estadio IV e histología de adenocarcinoma.

En el 30,77% (n=4) de pacientes el ECOG inicial fue 1, en el 61,54% (n=8) 2 y en el 7,69% (n=1) 3.

Hasta el momento de finalización del estudio, 9 pacientes suspendieron el tratamiento por progresión siendo la mediana de SLP 9,9 meses (IC del 95% 3,21-15,95). La mediana de duración del tratamiento fue de 10 meses (IC del 95% 5,58-14,42).

En el 64,54% de los pacientes (n=8) se registró al menos una RA de cualquier grado. Las RA más frecuentes fueron: 46,15% (n=6) astenia, 38,56% (n=5) diarrea, 30,77% (n=4) toxicidad cutánea. Además, las siguientes RA aparecieron en al menos un paciente: paroniquia, xerostomía, disgeusia, anorexia, plaquetopenia, mucositis. Todas las RA fueron grado 1-2 excepto un paciente que presentó diarrea grado 3.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que la efectividad, descrita en términos de SLP es inferior a la del ensayo clínico pivotal. El peor estado funcional en la mayoría de nuestros pacientes (ECOG:2) podría haber contribuido a este peor resultado.

Osimertinib es un tratamiento seguro y relativamente bien tolerado en pacientes con CPNM.

---

# REACCIONES INFUSIONALES A PACLITAXEL TRAS RETIRADA DE LA PREMEDICACIÓN CON RANITIDINA

Fructuoso González, L.; Titos Arcos, J. C.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Guillén Díaz, M.; Martínez Orea, A.; Portero Ponce, C.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

## Objetivos

Determinar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad (RH) a la infusión de paclitaxel tras el cese de comercialización de ranitidina, antihistamínico clase 2 (antiH2), utilizado hasta ese momento como premedicación habitual de esta quimioterapia.

## Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyeron todos pacientes sometidos a quimioterapia con esquemas que contenían paclitaxel desde febrero de 2022 hasta febrero 2023 (12 meses). Se recogieron los siguientes datos demográficos y clínicos: sexo, edad al diagnóstico, tipo de cáncer, así como la presencia o no de reacción, su grado de severidad empleando los criterios de Terminología de Eventos Adversos (CTCAE por sus siglas en inglés) y resolución. Los datos se obtuvieron del programa informático Farmis-Oncofarm® en el que se prescriben todas las quimioterapias del hospital y se cotejaron, paciente por paciente, empleando la de historia clínica electrónica Selene®.

## Resultados

Durante los doce meses de estudio, se administraron 2626 esquemas que contenían paclitaxel a 251 pacientes, con una mediana de edad al diagnóstico de 60 años (25-86), siendo el 74% mujeres. El tipo de neoplasia más común fue el cáncer de mama (43%), seguido por el de pulmón (18%), ovario (13%), endometrio (7%), cuello de útero (4%), esofágico (4%), gástrico (4%), urotelial (3%), cabeza y cuello (2%) y de origen desconocido (2%).

Se detectaron 25 RH que afectaron a 25 pacientes (9.96% de los pacientes), lo que corresponde a una incidencia de RH del 0.95%. De estas RH, el 52% fueron de grado 1, 24% grado 2, 16% grado 3 y 4% grado 4. Tras estas RH, el 24% no completó la administración de paclitaxel, cambiado estos pacientes a nab-paclitaxel, salvo una paciente que inicia en el siguiente ciclo una pauta de desensibilización de 16 pasos.

## Conclusiones

El uso de ranitidina como premedicación de taxanos ya fue un tema controvertido previo a la retirada del antiH2, de hecho había estudios que concluían que no era necesaria e incluso que daba lugar a un aumento en la incidencia de las RH. En comparación con la bibliografía disponible, la incidencia de las reacciones sin emplear este antiH2 como premedicación es similar a la que se observa empleándola, de modo que, según los resultados de nuestro estudio, el uso de protocolos de premedicación sin antiH2 parece una práctica segura, sin producirse un aumento de RHs con respecto a la utilización previa de ranitidina en estos esquemas.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

# ÁREA TEMÁTICA TERAPIAS AVANZADAS

# SEGURIDAD EN VIDA REAL DE ANTICUERPOS BIESPECÍFICOS: SERIE DE CASOS

Fructuoso González, L.; Titos Arcos, J. C.; Torrano Belmonte, P.; Gutiérrez Sánchez, J. A.; Guillén Díaz, M.; Sánchez Blaya, A.

*Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

## Objetivos

Evaluar la seguridad de los anticuerpos biespecíficos (AB) y la incidencia del síndrome de liberación de citoquinas (SLC) así como el síndrome de neurotoxicidad asociada a las células inmunoefectoras (ICANS), con la administración de AB, y compararlo con la bibliografía disponible.

## Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desde Enero de 2021 hasta Marzo de 2024 de pacientes que reciben tratamiento con AB en nuestro centro hospitalario.

Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), clínicos (diagnóstico, ECOG) y relacionados con el tratamiento: efectos adversos y presencia de SLC e ICANS tras el primer ciclo, grado según CTCAE V5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Event), ciclo en el que se produce y fármacos empleados para tratarlo, así como días de estancia en unidades de cuidados intensivos (UCI). Se seleccionaron y recogieron datos de los pacientes empleando los programas de prescripción electrónica Farmis-Oncofarm® y el de historia clínica electrónica Selene®. Para el trato estadístico se utilizó Microsoft Excel.

## Resultados

Desde Enero de 2021 a Marzo 2024, 7 pacientes recibieron AB en nuestro centro: talquetamab (2), teclistamab (1), tebentafust (2), mosunetuzumab (1) y glofitamab (1).

Un 57% de los pacientes fueron hombres, con una media de edad de 67 años (52-79). 3 pacientes fueron diagnosticados de mieloma múltiple, 2 de melanoma de coroides y 2 de linfoma no Hodgkin (uno folicular y uno de células B grandes). El ECOG fue 1 en el 57% de los pacientes, seguido de 0 (29%) y 2 (14%). Un 57% de los pacientes (4) desarrolló SLC, de los cuales: 2 pacientes fue de grado 1 y 2 de grado 2, no requiriendo ninguno de ellos ingreso en UCI. Dos pacientes requirieron la administración de tocilizumab. Un paciente desarrolló ICANS grado 1 (en tratamiento con talquetamab). Todas estas reacciones se desarrollaron tras la administración del primer ciclo.

En cuanto a los demás efectos adversos, destaca el rash cutáneo pruriginoso grado 2 en el 43% de los pacientes (dos con tebentafust y uno con teclistamab). Además, hubo prolongación del intervalo QT en un paciente con tebentafust, mucositis grado 2 en un paciente con talquetamab, y astenia grado 2 en otro paciente con talquetamab.

## Conclusiones

Aunque el SLC y el ICANS son comúnmente asociados al tratamiento con células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T), también pueden manifestarse con el uso de AB. En la literatura, la incidencia de SLC con AB varía ampliamente, desde aproximadamente el 20% con mosentuzumab, glofitamab y tebentafust, hasta alrededor del 70% con talquetamab y teclistamab. A pesar de la limitación de utilizar una muestra muy reducida en nuestro estudio, es notable observar que más de la mitad de los pacientes tratados con estos AB desarrollaron SLC (grados 1-2), y la mitad de ellos requirieron tratamiento con tocilizumab. Es importante destacar que, incluso con una muestra pequeña, un paciente de nuestro estudio desarrolló ICANS, mientras que en el ensayo clínico del fármaco talquetamab, la incidencia de esta reacción adversa de cualquier grado fue del 10%.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la posibilidad de SLC e ICANS con el uso de AB y sugieren la necesidad de una vigilancia y manejo adecuados de estos efectos adversos en la práctica clínica. Sin embargo, en general, estos AB fueron bien tolerados, ya que los efectos adversos fueron manejables.



CONGRESO DE LA  
SOCIEDAD MURCIANA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA  
31 DE MAYO Y 1 DE JUNIO DE 2024

# ÁREA TEMÁTICA OTROS

# ESTUDIO DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA FINANCIACIÓN Y EL USO DE MEDICAMENTOS EXCLUSIVOS EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Arribas Díaz, B.; Pastor Cano, J.; Aranda García, A.; Herrero Delicado, R.; Ramírez Roig, C.; Tobaruela Soto, M.

*Servicio de Gestión Farmacéutica. Murcia.*

## Objetivos

Conocer el intervalo de tiempo transcurrido entre la financiación en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el primer uso en centros del Servicio Murciano de Salud (SMS), durante los años 2022 y 2023, de medicamentos exclusivos financiados en los 5 años previos. Además, conocer sobre qué órganos o sistemas actúan y las áreas de salud en las que se ha iniciado el uso de estos fármacos.

## Material y Métodos

Se realizó una descarga de todos los productos dados de alta en la Base de Datos Central del Medicamento (BDCM) del SMS a lo largo de los años 2022 y 2023, seleccionando los códigos nacionales (CN) que correspondían a fármacos y cuya fecha de financiación era de un máximo de 5 años previos, 2018 o 2019 en adelante respectivamente. Con estos CN se realizó una búsqueda en el PIN® de la fecha de compra por hospitales del periodo analizado. A continuación, se cruzaron estos CN con información de Nomenclator Alcántara® para saber si se trataba de fármacos exclusivos por medio de la presencia de deducción en la financiación, la fecha de financiación por el SNS con la que se calculó el tiempo hasta su primer uso en algún hospital del SMS, así como obtener los grupos del Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC) a los que pertenecen.

## Resultados

Durante los años 2022 y 2023 se dieron de alta y se emplearon en los hospitales del SMS 471 medicamentos (CN distintos) comercializados a lo largo de los 5 años previos, siendo 164 (34,82%) medicamentos exclusivos cuyo tiempo medio entre su financiación y su utilización fue de 14,32 meses, con una mediana de 9,17 meses y un rango entre el tiempo mínimo y el máximo de 0,40-53,07 meses.

Al realizar un estudio por cada año se observó que durante el año 2022 el menor tiempo entre la financiación y el uso de un fármaco fue de 24 días, tratándose de un medicamento que actúa sobre el sistema respiratorio usado por primera vez en el área de I del SMS y el mayor tiempo fue de 38,70 meses, siendo un fármaco que actúa sobre el aparato cardiovascular usado en el área II del SMS. En el año 2023 el menor tiempo entre la financiación y el uso de algún fármaco fue de 12 días, tratándose de un fármaco que actúa sobre el tracto alimentario o el metabolismo que fue usado por primera vez en el área II del SMS y el mayor tiempo fue de 53,07 meses, tratándose de un fármaco que actúa sobre el sistema nervioso y fue empleado por primera vez en el área IX del SMS.

Los órganos, sistemas o mecanismos sobre los que actúan los fármacos nuevos utilizados fueron por orden descendente: agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (38,41%), varios (10,98%), antiinfecciosos para uso sistémico (9,15%), sangre y órganos hematopoyéticos (8,54%), sistema nervioso (8,54%), sistema respiratorio (6,10%), tracto alimentario y metabolismo (5,49%), sistema cardiovascular (3,66%) y otros (9,15%) y las áreas del SMS en las que se usó por primera vez un mayor número de fármacos exclusivos fueron: I (34,15%), VI (16,46%), II (15,85%), III (9,15%), VII (6,10%), VIII (5,49%), IX (4,27%), V (3,66%), IV (3,05%) y Hospital Román Alberca (1,83%).

## Conclusiones

Aproximadamente un tercio de los fármacos empleados por primera vez en los centros del SMS fueron medicamentos exclusivos, tardando en llegar a utilizarse una media de 14,32 meses.

Un 38% de los medicamentos exclusivos de reciente financiación usados fueron agentes antineoplásicos e inmunomoduladores.

El área I del SMS fue la primera en emplear un mayor número de medicamentos exclusivos, seguida de las áreas VI y II.



# ÍNDICE DE AUTORES

## A

Abellón Ruiz, J. **72**  
Aledo Martínez, J. **111**  
Almanchel Rivadeneyra, M. **21, 25, 71**  
Alonso Domínguez, M. T. **121**  
Alonso Herreros, J. M. **22, 48, 55**  
Añez Castaño, R. **21, 24, 25, 53, 71, 82, 83, 90, 115**  
Aranda García, A. **145**  
Arribas Díaz, B. **145**  
Asensi Cantó, A. **42, 45, 46, 122, 138**

## B

Blázquez Álvarez, M. J. **76, 96**  
Bosó Ribelles, A. **42, 56**

## C

Caballero Requejo, C. **82, 83, 90**  
Cano, J. Á. **72**  
Casero Lara, A. M. **111**  
Castejón Castillejo, A. **36, 58**  
Celma Martínez, A. **111**  
Céspedes Sánchez, C. **18, 19, 56, 96, 129, 130**  
Chica Marchal, A. M. **52**  
Conesa Nicolás, A. **56, 59, 76, 96, 118, 129**  
Cutillas Milán, M. **67, 91, 104**

## D

De Gorostiza Frías, I. F. **18**  
Díaz Carrasco, M. S. **129**  
Díaz Ramón, M. **117, 124, 125, 126**  
Domínguez Leñero, V. **31, 98, 107**

## E

Esparza Jover, S. **22**

## F

Fajardo Meroño, M. C. **64**  
Fernández Martínez, R. **19, 59, 76, 96, 118, 120, 130**  
Fernández Tomás, J. D. **95**  
Fernández Vela, J. **42, 46, 52, 109, 122, 134, 135, 138**  
Fernández-Villacañas Fernández, P. **21, 24, 25, 36, 39, 53, 71, 79, 82, 83, 90, 115**  
Fernández Villa, N. **76**  
Ferrer Franco, M. S. **93**  
Font Caja, M. **95**  
Franco Larios, L. **99**  
Fructuoso González, L. **30, 31, 37, 49, 68, 78, 108, 117, 131, 132, 139, 142**

## G

Galindo Rueda, M. **120**  
Gallego Martínez, M. P. **98, 107**  
García Coronel, M. **79**  
García Iborra, M. E. **111**  
García Matillas, C. N. **67, 95, 122**  
García Molina, O. **118**  
García Motos, C. **103**  
García Rodríguez, S. **64, 73, 87**  
García Simón, M. S. **46**  
Gea Muñoz, C. M. **100, 103**  
Gil Almela, J. **18, 76, 118, 120, 129, 130**  
González Matas, J. M. **106**  
González Pérez-Crespo, M. C. **22, 48, 55**  
González Ponce, C. M. **19**  
Guardiola Martínez, M. Á. **99**



Guillén Díaz, M. **27, 30, 31, 33, 60, 68, 78, 80, 108, 117, 131, 139, 142**

Gutiérrez Sánchez, J. A. **30, 31, 49, 68, 75, 80, 108, 117, 124, 125, 126, 131, 132, 137, 139, 142**

## H

Haro Lozano, R. **28, 63**

Hernández Moreno, M. **67, 91, 104**

Hernández Sánchez, M. **27, 33, 37, 49, 60, 62, 68, 75, 78, 80, 108, 117, 124, 125, 126, 131, 132, 137**

Herrero Delicado, R. **145**

Herreros Fernández, A. **21, 24, 25, 53, 71, 79, 83, 90, 115**

Huéscar Pascual, M. D. **82**

## I

Ibañez Caturla, J. **39**

## L

Lago Ballester, F. **42, 52, 85, 134, 135**

Laorden Carrasco, A. **96, 99**

Lázaro Cebas, A. **91, 104, 111**

León Villar, J. **27, 30, 33, 100, 103, 121**

Liarde Cabrera, R. **100**

López Carrasco, C. **109**

López Conesa, A. B. **95**

López García, R. **95**

López Martínez, R. **98, 100, 107**

Lozano Bleda, V. **99**

Luengo Alcázar, M. I. **134**

## M

Manresa Ramón, N. **27, 49, 60, 62, 80**

Martínez de Guzmán, M. **106, 114**

Martínez Fajardo, D. **64**

Martínez Madrid, M. E. **45, 46, 52, 85, 122, 135**

Martínez Marcos, J. M. **42, 45, 46, 85, 122, 134**

Martínez Orea, A. **27, 30, 31, 33, 60, 62, 75, 78, 80, 103, 124, 125, 132, 137, 139**

Martínez Penella, M. **134, 135**

Martínez Sequero, M. C. **64**

Merlos Maestre, Á. **67, 91, 104**

Meroño Fernández, M. D. **67, 91, 104**

Meroño Saura, M. A. **28, 36, 39, 53, 58, 63**

Mira Sirvent, M.C. **135**

Muñoz Celdrán, D. **93, 109**

Muñoz Vera, F. **93**

Muros Ortega, M. **30, 121**

## N

Nájera Pérez, M. D. **37, 75, 78, 80**

Navarro Martín, J. M. **63**

## O

Olmos Jiménez, R. **130**

Ortega Fernández-Henarejos, L. **55**

Ortega Sánchez, L. **111**

Ortiz Fernández, P. **21, 24, 25, 36, 39, 53, 71, 79, 82, 83, 90, 115**

Ortiz Valderas, V. **67, 91, 104**

## P

Pascual Villegas, M. **99**

Pastor Cano, J. **145**

Pérez Esquivá, S. M. **99**

Pérez Flores, E. **73, 87**

Pérez López, C. **56, 59, 118, 120, 129, 130**

Pérez Pérez, I. G. **109**

Portero Ponce, C. **37, 60, 62, 75, 100, 103, 121, 124, 125, 126, 139**

## R

Ramírez Roig, C. **145**

Ramón Pérez, M. **18, 19, 56, 59, 76, 96, 120**



Rentero Redondo, L. **24**  
Robles Blázquez, E. M. **98, 107**  
Robles García, I. S. **59**  
Ródenas García, S. **48**  
Rodríguez Díaz, A. **93**  
Rodríguez Molina, M. A. **72**  
Rodríguez Rojo, M. V. **95**  
Ruiz Marsilla, J. **98, 107**  
Ruiz Palao, C. **28, 63**  
Ruiz Ramírez, J. C. **22, 48, 55**

## S

Sabuco Tebar, E. **63**  
Sáez Sáez, C. **106**  
Salvador García, C. **73, 87**  
Sánchez Blaya, A. **33, 37, 49, 60, 62, 100, 103, 121, 124, 125, 126, 137, 142**  
Sánchez Catalicio, M. M. **45, 93, 109, 138**  
Sánchez Flores, M. D. **106**  
Sánchez Iniesta, R. **115**  
Sánchez Martínez, I. **72**  
Sánchez Tamboleo, I. J. **122**  
Santos López, E. **58**  
Sanz García, M. T. **73, 87**  
Selvi Sabater, P. **36, 39, 58, 115**  
Sevilla Alarcón, E. J. **45, 52, 85, 138**  
Sola Zaragoza, M. C. **98, 107**  
Soler Soler, M. M. **22, 48, 55**

## T

Tamboleo Sánchez, I. J. **46, 85, 135, 138**  
Tesón Hernández, A. **58**  
Titos Arcos, J. C. **131, 132, 137, 139, 142**  
Tobaruela Soto, M. **121, 145**  
Tomás Jiménez, C. **79**  
Tomás Luiz, A. **64**  
Torrano Belmonte, P. **27, 31, 37, 49, 62, 68, 75, 78, 108, 117, 126, 131, 132, 137, 142**  
Torró García, L. **18, 19, 118, 129, 130**

## U

Urbietta Sanz, E. **21, 24, 25, 28, 36, 39, 53, 58, 63, 71, 79, 82, 83, 90**  
Uruena Tincani, E. M. **84**

## V

Valiente Borrego, F. **72**  
Varea Béjar, Á. **42, 45, 52, 93, 109, 134, 138**  
Velasco Costa, J. **84, 106, 114**  
Ventura López, M. **33, 68, 108**  
Vicente Sánchez, S. **85**  
Vidal Sánchez, M. **72**  
Villa Carpes, J. **18, 19, 56, 59, 120**  
Viney, A. C. **22, 48, 55**

## Y

Yagüe Guirao, G. **73, 87**

Validado por  Fenin Tecnología Sanitaria



Acreditado por la comisión de formación continuada de los profesionales sanitarios de la Región de Murcia con 0,9 créditos.

## PATROCINADORES

### PATROCINADORES ORO



### PATROCINADORES PLATA

### PATROCINADORES BRONCE



### PATROCINADORES



Secretaría Técnica - GADE EVENTOS, SL.  
Tel. 968 969 340 Fax: 968 964 635 - E-mail: congreso@somufar.es  
Inscrita en el Registro de Empresas y Actividades Turísticas OPC.MU.017  
Miembro de la Oficina de Congresos de Murcia

ISBN 978-84-09-63372-2