I CONGRESO DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Libro de Comunicaciones

20 Y 21 DE MAYO DE 2022

HOTEL AGALIA, MURCIA

PRESENCIAL / ONLINE

SOMUFARH

SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA

I CONGRESO DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Copyright SOMUFARH

Fecha de edición: mayo de 2022
ISBN: 978-84-09-41499-4

Diseño y maquetación: Compobell, S.L.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:
Alberto Espuny Miró
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Secretaria:
Ana Aranda García
Servicio de Gestión Farmacéutica. SMS.

José María Alonso Herreros
Hospital General Universitario Los Arcos Mar Menor.

Maria Sacramento Díaz Carrasco
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Inmaculada Pérez Pérez
Hospital General Universitario Santa Lucía.

Joaquín Plaza Aniorte
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Mariana Tobaruela Soto
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Elena Urbieta Sanz
Hospital General Universitario Reina Sofía.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:
Marina Martínez de Guzmán
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Secretario:
Eduardo González Lozano
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Miguel Almanchel Rivadeneyra
Hospital Virgen del Castillo.

Juan José Fernández Ávila
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Henar García Lagunar
Hospital General Universitario Santa Lucía.

Consuelo García Motos
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Almudena Mancebo González
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Iris Muñoz García
Hospital General Universitario Reina Sofía.

María Dolores Nájera Pérez
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Aina Tomás Luiz
Hospital de Hellín

Javier Velasco Costa
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Viernes, 20 de Mayo 2022

PROGRAMA

16:00 h. **Entrega de documentación**

16:30-17:00 h. Inauguración.

D. Juan José Pedreño Planes.
Consejero de Salud.

D. Francisco José Ponce Lozano.
Director Gerente del Servicio Murciano de Salud.

Dña. Juana María Ortiz Sánchez.
Vicedecana de Farmacia. Universidad de Murcia.

Dña. Paula Payá Peñalver.
Presidenta *Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.*

Dr. Alberto Espuny Miró.
Presidente de SOMUFARH.

17:00-18:15 h. ***El farmacéutico en el Servicio de Salud.***

Moderador: Víctor José Rausell Rausell. *Jefe de Servicio de Gestión Farmacéutica del Servicio Murciano de Salud.*

Papel del Farmacéutico en un Servicio de Salud.
Asensio López Santiago. *Médico de familia E.A.P. La Unión.*

Abordando el dolor.
Nuria Sala Villajosana. *Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital de Manresa.*

Fentanilo: una experiencia.
Juan Abellón Ruiz. *Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor.*

18:15-18:45 h. Café.

18:45-20:00 h. ***Terapias avanzadas.***

Moderadora: Josefa León Villar. *Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.*

Terapias avanzadas: presente y futuro.
María Sacramento Díaz Carrasco. *Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

Car.T en linfomas: experiencia regional.
Oriana López Godino. *Servicio de Hematología. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.*

Car-T en mieloma múltiple: experiencia regional.
Ignacio Español Morales. *Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

Coordinación Regional Terapias Avanzadas.
Vicente Arocas Casañ. *Coordinación Regional Terapias Avanzadas. Murcia.*

21:00 h. **Cena Congreso**

Sábado, 21 de Mayo 2022

9:30-10:45 h. **Técnicos de Farmacia. Presente y Futuro.**

Moderadora: Elena Urbieta Sanz. *Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Reina Sofía.*

Eva Negro Vega. *Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.*

Francisco Luís Rosa Cobos. *Técnico. Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Reina Sofía.*

María Carmen Maguregui Hernández. *Técnico de Farmacia. Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez. Comunidad de Madrid.*

9:30-10:45 h. **Mejores Comunicaciones**

Moderadores: Mariana Tobaruela Soto. *Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Morales Meseguer.*

Isabel María Fernández Martínez. *Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Santa Lucía.*

Errores de prescripción detectados en nuevos ingresos de pacientes hospitalizados
Velasco Costa, J.; Robles Blazquez, E.M.; Peñalver González, J.M.; Martínez de Guzman, M.
Hospital Roman Alberca

Estudio de utilización y persistencia de medicamentos biológicos anti TNFα en pacientes con psoriasis en la Región de Murcia
Ramirez Roig, C.; Aranda García, A.; Selvi Sabater, P.; Lazaro Cebas, A.; Pastor Cano, J.; Rausell Rausell, V.J.
Servicio de Gestión Farmaceutica-DGAS-SMS

Estudio de utilización de Rituximab en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica
Ortiz Fernández, P.; Pastor Mondéjar, C.; Martínez Soto, A.M.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Onteniente Candela, M.; Caballero Requejo, C.
Hospital General Universitario Reina Sofía

Adalimumab en uveítis no infecciosa: ¿es necesario monitorizar?
Pastor Mondéjar, C.; Iniesta Navalon, C.; Martínez Soto, A.M.; Ortíz Fernández, P.; Fernández-Villacañas Fernández, P.; Urbieta Sanz, E.
Hospital General Universitario Reina Sofía

Evaluación de la persistencia de glatirámero en el tratamiento de la esclerosis múltiple
Martínez Soto, A.M.; García Coronel, M.; González López, C.; Pastor Mondéjar, C.; Ortiz Fernández, P.; Fernández-Villacañas Fernández, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

10:45-11:15 h. Café

11:15-12:30 h. **Grupos de Trabajo Somufarh.**

Moderador: Alberto Espuny Miró. *Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

Calidad modelo EFQM.
Francisco de Asís López Guerrero. *Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital de Molina.*

Medicamentos Peligrosos.
José María Alonso Herreros. *Jefe de servicio de Farmacia del Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor.*

Antídotos.
Almudena Mancebo González. *Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

Dispensación a Pacientes externos.
Ana Aranda García. *Servicio de Gestión Farmacéutica del Servicio Murciano de Salud.*

11:15-12:30 h. ***Mejores Comunicaciones Técnicos de Farmacia.***

Moderadores: Henar García Lagunar. *Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Santa Lucía.*

Marta Díaz Ramón. *Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

Auditoría de la calidad del proceso de entrega y recepción de medicamentos en el servicio de farmacia
Roca Martínez, D.; Gambín Martínez, E.; Poveda González, C.; Moreno Campuzano, A.; Jiménez Manuel, M.M.; Ortiz Fernández, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

Verificación de uniformidad de las temperaturas internas de las neveras de un servicio de farmacia
Zapata Morales, M.F.; López Martínez, C.; Molina Fernández, A.M.; Muñoz Sánchez, J.; López Rayos, R.O.; Salar Valverde, I.
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

Revisión de la medicación devuelta de un centro sociosanitario y análisis de sus causas
Pascual Villegas, M.; Sola Zaragoza, M.C.; Lacruz Guzmán, D.; Quiles Pedrosa, I.M.; Pérez García, M.; Pagán Navarro, M.C.
Hospital Universitario Morales Meseguer

Descripción del circuito de dispensación de medicación en unidosis a centros sociosanitarios mediante un sistema automatizado de dispensación
Gallego Martínez, M.P.; García Molina, O.; Salmerón Marín, J.; Garay Martínez, A.; Pérez Andreu, L.; Álvarez Moreno, M.C.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Participación del técnico de farmacia en el proceso de envío a domicilio en el área de pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria
Navarro Saez, R.; Mancebo González, A.; Guirao Pérez, A.J.; Martínez Moreno, A.; Pérez Andreu, L.; Álvarez Moreno, M.C.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

12:30-13:00 h. **Clausura.**

índice

Comunicaciones Orales. Farmacia 19

C32 ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DETECTADOS EN NUEVOS INGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS 19
VELASCO COSTA, J.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C53 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y PERSISTENCIA DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ANTI TNFα EN PACIENTES CON PSORIASIS EN LA REGIÓN DE MURCIA 20
RAMÍREZ ROIG, C.; ARANDA GARCÍA, A.; SELVI SABATER, P.; LÁZARO CEBAS, A.; PASTOR CANO, J.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C56 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS ESTABLECIDAS EN SU FICHA TÉCNICA 21
ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; PASTOR MONDÉJAR, C.; MARTÍNEZ SOTO, A.M.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; ONTENIENTE CANDELA, M.; CABALLERO REQUEJO, C.

C96 ADALIMUMAB EN UVEÍTIS NO INFECCIOSA: ¿ES NECESARIO MONITORIZAR? 23
PASTOR MONDÉJAR, C.; INIESTA NAVALÓN, C.; MARTÍNEZ SOTO, A.M.; ORTÍZ FERNÁNDEZ, P.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; URBIETA SANZ, E.

C118 EVALUACIÓN DE LA PERSISTENCIA DE GLATIRÁMERO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE 24
MARTÍNEZ SOTO, A.M.; GARCÍA CORONEL, M.; GONZÁLEZ LÓPEZ, C.; PASTOR MONDÉJAR, C.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.

Comunicaciones Orales. Técnicos Auxiliares de Farmacia 25

C13 AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA 25
ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.

C51 VERIFICACIÓN DE UNIFORMIDAD DE LAS TEMPERATURAS INTERNAS DE LAS NEVERAS DE UN SERVICIO DE FARMACIA 26
ZAPATA MORALES, M.F.; LÓPEZ MARTÍNEZ, C.; MOLINA FERNÁNDEZ, A.M.; MUÑOZ SÁNCHEZ, J.; LÓPEZ RAYOS, R.O.; SALAR VALVERDE, I.

C58 REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN DEVUELTA DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO Y ANÁLISIS DE SUS CAUSAS 28
PASCUAL VILLEGAS, M.; SOLA ZARAGOZA, M.C.; LACRUZ GUZMÁN, D.; QUILES PEDROSA, I.M.; PÉREZ GARCÍA, M.; PAGÁN NAVARRO, MC.

C65 DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN UNIDOSIS A CENTROS SOCIOSANITARIOS MEDIANTE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN.. 29
GALLEGO MARTÍNEZ, M.P.; GARCÍA MOLINA, O.; SALMERÓN MARÍN, J.; GARAY MARTÍNEZ, A.; PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.

C94 PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL PROCESO DE ENVÍO A DOMICILIO EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.. 30
NAVARRO SÁEZ, R.; MANCEBO GONZÁLEZ, A.; GUIRAO PÉREZ, A.J.; MARTÍNEZ MORENO, A.; PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.

Poster. Farmacia 31

C2 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL PACIENTE ANCIANO CRÓNICO COMPLEJO. ¿CUÁNDO TRATAR? 31
CANO MOLINA, J.A.; GARCÍA MOLINA, O.; DÍAZ RAMÓN, M.; TORRÓ GARCÍA, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; LA ORDEN CARRASO, A.

C3 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA EN PACIENTES CON HEMOFILIA A GRAVE TRATADOS CON EMICIZUMAB 32
CANO MOLINA, J.A.; GONZÁLEZ PONCE, C.M.; DÍAZ RAMÓN, M..; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; GIL ALMELA, J.; RAMÓN PÉREZ, M.

C4 EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA MEDIANTE SISTEMA DE CITA PREVIA 33
PACHECO LÓPEZ, P.; LEÓN VILLAR, J.; ASENSIO VILLALBA, A.I.; CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; TORRANO BELMONTE, P.

C5 EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA TRAS LA BAJADA DE PRECIO POR INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES FINANCIADAS 34
PACHECO LÓPEZ, P.; LEÓN VILLAR, J.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.

C6 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LAMIVUDINA/DOLUTEGRAVIR EN COMPRIMIDO ÚNICO EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN HOSPITAL TERCIARIO 35
CANO MOLINA, J.A.; MENÉNDEZ NARANJO, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; TORRÓ GARCÍA, L.; DÍAZ RAMÓN, M.; VILLA CARPES, J.

C7 ANÁLISIS DE EFICACIA DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA..... 36
PACHECO LÓPEZ, P.; GARCÍA MOTOS, C.; PLAZA ANIORTE, J.; TORRANO BELMONTE, P.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.

C8 ANÁLISIS DEL CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN DE PACIENTES COVID DE ALTO RIESGO PARA EL USO DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIVIRALES 37
SELVI SABATER, P.; ABELLÓN RUIZ, J.; PASTOR CANO, J.; RAMÍREZ ROIG, C.; LÁZARO CEBAS, A.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C9 ¿PROPORCIONAMOS A LOS PACIENTES INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES? 39
CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.; PACHECO LÓPEZ, P.; LEÓN VILLAR, J.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.

C10 COMPARACIÓN INDIRECTA DE ANTIVIRALES COVID FRENTE A REMDESIVIR EN PACIENTE AMBULATORIO CON ALTO RIESGO DE PROGRESIÓN A ENFERMEDAD GRAVE 40
SELVI SABATER, P.; ABELLÓN RUIZ, J.; PASTOR CANO, J.; RAMÍREZ ROIG, C.; LÁZARO CEBAS, A.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C17 IMPLANTACIÓN DE LA TELEFARMACIA ASOCIADA A LA DISPENSACION EN 2 ZONAS DE SALUD RURALES DESDE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 41
GRACIA PIQUER, R.; FRESQUET MOLINA, R.; VINUESA HERNANDO, J.M.; SOPENA CARRERA, L.; PASCUAL MARTÍNEZ, O.; SALVADOR GÓMEZ, T.

C18 DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE FÁRMACOS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19 42
FRESQUET MOLINA, R.; GRACIA PIQUER, R.; SOPENA CARRERA, L.; VINUESA HERNANDO, J.M.; SALVADOR GÓMEZ, T.; GIMENO GRACIA, M.

C21 INFLUENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES EN LA EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB EN LÍNEAS AVANZADAS DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO 44
GARCÍA SOLER, J.L.; DÍAZ CARRASCO, M.S.; ALONSO ROMERO, J.L.; OLMOS JIMÉNEZ, R.; VALDERREY PULIDO, M.; ESPUNY MIRÓ, A.

C22 CIRCUITO DEL ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL 45
GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; MATEO CARMONA, J.; MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; FAJARDO MEROÑO, M.C.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; ROBLES GARCÍA, I.S.

C23 MEJORAS IMPLANTADAS EN LA UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES EXTERNOS 46
LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.; SORIANO JIMÉNEZ, A.; MUÑOZ GUARDIOLA, E.; VALERO CANTERO, M.J.

C24 CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS 47
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C27 PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE LA COMISIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL 48
GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; MATEO CARMONA, J.; MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; FAJARDO MEROÑO, M.C.; ROBLES GARCÍA, I.S.

C29 PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR CONTAMINACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SARS-COV-2 49
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C30 "QUÍTATE LA ETIQUETA": PROYECTO DE DESETIQUETADO DE ALERGIA A BETALACTÁMICOS 51
FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; CABALLERO REQUEJO, C.; RENTERO REDONDO, L.; NAVARRO GARRIDO, C.; TOMÁS JIMÉNEZ, C.; URBIETA SANZ, E.

C36 PREVALENCIA Y DETECCIÓN DE PACIENTES ALÉRGICOS A MEDICAMENTOS EN UNIDAD DE CIRUGÍA 52
QUIRANTE CREMADES, A.; BALLESTEROS MARÍN, I.; MOLINA MARTÍNEZ, V.; GARCÍA PEDREÑO, A.; GARCÍA BELCHI, N.

C37 PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A RITUXIMAB EN DOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA 53
GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; MANRESA RAMÓN, N.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; TORRANO BELMONTE, P.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; IBÁÑEZ CATURLA, J.

C38 EVOLUCIÓN DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS DEPOT EN CENTROS SOCIOSANITARIOS .. 54
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C40 CONCILIACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA EN PERMISOS Y AL ALTA 56
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C41 PUESTA A PUNTO DE UN SISTEMA DE ALERTA DE INTERACCIONES HOSPITALARIO 57
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.; .

C42 TELEFARMACIA: DE LA IMPROVISACIÓN A LA ESTANDARIZACIÓN. RECORRIENDO EL CAMINO 58
VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.; ARANDA GARCÍA, A.; PASTOR CANO, J.; LÁZARO CEBAS, A.; AROCAS CASAÑ, V.

C45 CÓMPARACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL CON EL RESTO DE CENTROS 59
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C47 EVOLUCIÓN DE LOS ENVÍOS DE MEDICACIÓN A DOMICILIO EN LOS HOSPITALES DEL SMS DURANTE LA PANDEMIA 61
VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.; ARANDA GARCÍA, A.; PASTOR CANO, J.; OLMOS JIMÉNEZ, R.; AROCAS CASAÑ, V.

C49 ANÁLISIS DE LAS DISPENSACIONES DE FÁRMACOS FUERA DE GUÍA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL 62
VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C50 ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POLIMEDICADOS 63
GARCÍA MOLINA, O.; CANO MOLINA, J.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; DÍAZ RAMÓN, M.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; VILLA CARPES, J.

C52 TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA POR SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA CON UREA. EXPERIENCIA DE USO 64
TORRANO BELMONTE, P.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; VENTURA LÓPEZ, M.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.

C55 ESTUDIO DE PERSISTENCIA DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS 65
RAMÍREZ ROIG, C.; ARANDA GARCÍA, A.; SELVI SABATER, P.; LÁZARO CEBAS, A.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C64 CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS Y ANTIMICÓTICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE 6 HOSPITALES PÚBLICOS: IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 66
LÁZARO CEBAS, A.; RAMÍREZ ROIG, C.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; ARANDA GARCÍA, A.; SELVI SABATER, P.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C67 ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS ANTES Y DESPUÉS DE IMPLANTAR UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL 67
MATEO CARMONA, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; SÁNCHEZ LUCAS, J.; ROBLES GARCÍA, I.S.

C71 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN UN ÁREA DE SALUD 68
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; PALAZÓN GONZALVEZ, E.; MARTÍNEZ MARMOL, M.; SAURA MORENO, M.S.; TEMPLADO MARTÍNEZ, M.

C74 CONSUMO DE PALIPERIDONA DEPOT EN UN ÁREA DE SALUD 70
LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.; MUÑOZ GUARDIOLA, E.; SORIANO JIMÉNEZ, A.; ALCÁZAR GALLEGO, J.A.

C76 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE METOTREXATO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL 71
RAMÓN PÉREZ, M.; BOSÓ RIBELLES, A.; CANO MOLINA, J.A.; DÍAZ RAMÓN, M.; TORRÓ GARCÍA, L.; VILLA CARPES, J.

C77 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA 72
FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.; MIRA SIRVENT, M.C.

C79 ANÁLISIS DE LOS MEDICAMENTOS REENVASADOS EN DOSIS UNITARIA CON LA FINALIDAD DE REDUCIR EL IMPACTO MEDIOAMBIENTAL 73
ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; ALCÁZAR GALLEGO, J.A.; TOMÁS LUIZ, A.; LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; MUÑOZ GUARDIOLA, E.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.

C80 ¿ES NECESARIO EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN UNA ROTACIÓN EXTERNA 74
PASTOR MONDÉJAR, C.; CABALLERO REQUEJO, C.; MARTÍNEZ SOTO, A.M.; ORTÍZ FERNÁNDEZ, P.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; URBIETA SANZ, E.74

C81 ANÁLISIS DE ALERTAS DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS GENERADAS EN UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA 75
FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.; ASENSI CANTÓ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.

C87 UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.; GARCÍA MATILLAS, CN 76
GARCÍA LAGUNAR, M.H.; MARTÍNEZ PENELLA, M.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MONTOYA EGEA, J.M.; MIRA SIRVENT, M.C.

C91 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑOSOS 78
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; NÁJERA PÉREZ, M.D.; PACHECO LÓPEZ, P.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.

C95 COMPARATIVA INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PRIVADOS SIN ATENCIÓN FARMACÉUTICA VERSUS PÚBLICO CON ATENCIÓN FARMACÉUTICA 79
TOBARUELA SOTO, M.; PASTOR CANO, J.; ARRIBAS DÍAZ, B.; HERRERO DELICADO, R.; ABELLÓN RUIZ, J.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C97 PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN 2 CENTROS SOCIOSANITARIOS PRIVADOS MEDICALIZADOS POR COVID 80
TOBARUELA SOTO, M.; MOLINA PÉREZ DE LOS COBOS, E.; ARANDA GARCÍA, A.; LÁZARO CEBAS, A.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C99 EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO PARA LA COVID-19 EN UN HOSPITAL COMARCAL 81
MUROS ORTEGA, M.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; LASO ORTIZ, A.; PAYA PEÑALVER, E.; GARCÍA NOGUERA, D.; SARABIA MARCO, F.

C100 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL COMARCAL 82
MUROS ORTEGA, M.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; GARCÍA NOGUERA, D.; SARABIA MARCO, F.; SORIANO MOLINA, J.M.; VALIENTE BORREGO, F.

C102 MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN FRECUENTE ASOCIADOS A FLEBITIS QUÍMICA: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA PARA LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA 84
MUROS ORTEGA, M.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; RAMOS GUARDIOLA, J.; LUCAS VILLA, N.; CABALLERO FRANCO, C.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.

C103 IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO PARA PRESCRIPCIÓN VALIDACIÓN Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICO EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD 85
PASTOR CANO, J.; ARANDA GARCÍA, A.; LOZANO BUENO, M.C.; SAURA MARTÍN, J.M.; TRIGUEROS GRAO, F.J.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C104 ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 86
GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ LOBATO, B.; MONTOYA EGEA, J.M.; ASENSI CANTÓ, A.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.

C105 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE REMDESIVIR EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 87
GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ LOBATO, B.; ASENSI CANTÓ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; FERNÁNDEZ VELA, J.; MIRA SIRVENT, M.C.

C109 SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS MEJORAS IMPLANTADAS 88
MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; PÉREZ PÉREZ, I.G.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MUÑOZ CELDRÁN, D.; DEL MONTE CANO, M.S.

C110 EVALUACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS Y SUBCUTÁNEAS COMO TRATAMIENTO DE INMUNODEFICIENCIAS Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS 90
FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; TORRANO BELMONTE, P.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; VENTURA LÓPEZ, M.

C111 UTILIZACIÓN DE ANAKINRA COMO TRATAMIENTO INMUMODULADOR DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2 FUERA DE FICHA TÉCNICA..... 91
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; MUROS ORTEGA, M.; LUCAS VILLA, N.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.; LASO ORTIZ, A.; SARABIA MARCO, F.

C114 IMPORTANCIA DE LA ACTUALIZACIÓN DE UN BOTIQUÍN DE EMERGENCIAS METABÓLICAS..... 92
FERNÁNDEZ VELA, J.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; CHICA MARCHAL, A.M.; MIRA SIRVENT, M.C.

C117 ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE ALMACENAMIENTO PARA OPTIMIZAR EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS..... 93
FERNÁNDEZ VELA, J.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; MONTOYA EGEA, J.M.; ASENSI CANTÓ, A.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ LOBATO, B.

C119 ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS anti-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS SUSCEPTIBELS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD 94
SELVI SABATER, P.; RAMÍREZ ROIG, C.; ARANDA GARCÍA, A.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; LÁZARO CEBAS, A.; RAUSELL RAUSELL, V.J.

C120 EVALUACIÓN DEL PERFIL DE INTERACCIONES EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DEL PACIENTE CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE 95
MARTÍNEZ SOTO, A.M.; MARTÍNEZ SOTO, G.; INIESTA NAVALÓN, C.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; PASTOR MONDÉJAR, C.; VILLACAÑAS-FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, P.

C121 COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE ADALIMUMAB BIOSIMILAR CON EL ORIGINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 97
MARTÍNEZ SOTO, A.M.; LLORET GIL, J.; INIESTA NAVALÓN, C.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; PASTOR MONDÉJAR, C.

C122 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL..... 98
GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; SALVADOR GARCÍA, C.; PÉREZ FLORES, E.; SÁNCHEZ LUCAS, J.; GARCÍA GARCÍA, A.; YAGÜE GUIRAO, G.

C123 ANÁLISIS DE LOS MEDICAMENTOS DEVUELTOS EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA..... 99
TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; ASENSI CANTÓ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; MIRA SIRVENT, M.C. ; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.

C126 MANEJO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE..... 100
MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MONTOYA EGEA, J.M.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.

C127 EXPERIENCIA INICIAL SOBRE LA MONITORIZACIÓN DE LA CONTAMINACIÓN POR CITOSTÁTICOS EN SUPERFICIES DE TRABAJO EN DOS HOSPITALES GENERALES 102
RUIZ RAMÍREZ, J.C.; MARTÍNEZ MADRID M.E.; ALONSO HERREROS, J.M.; SALAR VALVERDE, I.; ABELLÓN RUIZ, J.; SOLER SOLER, M.M.

C129 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SUSTITUCIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS: ESTRATEGIAS FRENTE AL DESABASTECIMIENTO 103
IBÁÑEZ CATURLA, J.; PACHECO LÓPEZ, P.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; TORRANO BELMONTE, P.; SÁNCHEZ HERNANDEZ M.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.

C130 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE 104
GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; MANCEBO GONZÁLEZ, A.; DE GOROSTIZA FRÍAS, I.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; VILLA CARPES, J.; RAMÓN PÉREZ, M.

C132 RECOMENDACIONES Y ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA JUNTO CON NUTRICIÓN ENTERAL 105
GIL ALMELA, J.; PELLICER FRANCO, C.; TORRÓ GARCÍA, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; VILLA CARPES, J.

C133 REVISIÓN DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS UTILIZANDO EL PROGRAMA ALTO® MEDICAMENTOS 106
RUIZ RAMIREZ, J.C.; ABELLÓN RUIZ, J.; SALAR VALVERDE, I.; SOLER SOLER, M.M.; ALONSO HERREROS, J.M.

C135 ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE DAPAGLIFLOZINA EN PACIENTE HOSPITALIZADO TRAS LA ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA EUROPEA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA 107
VILLA CARPES, J.; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J.; RAMÓN PÉREZ, M.; TORO GARCÍA, L.O.; CANO MOLINA, J.A.; DÍAZ RAMÓN, M.

C136 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN LA PRÁCTICA REAL 108
DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; VILLA CARPES, J.; MENÉNDEZ NARANJO, L.

C137 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE DE LEVOSIMENDAN EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA DE FORMA AMBULATORIA 110
DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J.

C138 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES 111
DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; TORRÓ GARCÍA, L.; GIL ALMELA, J.; MENÉNDEZ NARANJO, L.

C139 ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SIPONIMOD EN PACIENTES ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA 112
DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; VILLA CARPES, J.; RAMÓN PÉREZ, M.; MANCEBO GONZÁLEZ, A.

C140 DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO .. 113
TORRÓ GARCÍA, L.; GARCÍA MOLINA, O.; GIL ALMELA, J.; DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.A.

C141 USO DE PROTOCOLOS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISITIDA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO 114
TORRÓ GARCÍA, L.; MUÑOZ GARCÍA, I.; GIL ALMELA, J.; CANO MOLINA, J.A.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J.

C142 DESCRIPCIÓN Y USO DE MEZCLAS INTRAVENOSAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO 116
TORRÓ GARCÍA, L.; MUÑOZ GARCÍA, I.; GIL ALMELA, J.; DÍAZ RAMÓN, M.; DE LA CRUZ MURIE, P.; GARRIDO CORRO, B.

C143 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IPILIMUMAB-NIVOLUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO 117
TORRÓ GARCÍA, L.; GIL ALMELA, J.; DÍAZ RAMÓN, M.; GARCÍA MOLINA, O.; ESPUNY MIRÓ, A.; DÍAZ CARRASCO, M.S.

C144 COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE FÁRMACOS ANTI-IL 12-23, ANTI-IL 17 Y ANTI-IL 23 EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS 118
CASTRO SALINAS, P.; CHARQUES TRALLERO, V.; RETAMERO DELGADO, A.; MENDIOLA GARCÍA, S.; ANGUITA DOMINGO, D.; FERRANDEZ MARTÍ, D.

C145 TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITEMIA ESENCIAL CON INTERFERÓN ALFA-2A PEGILADO EN INDICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA 119
MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; CANO MOLINA, J.A.; DÍAZ RAMÓN, M.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; RAMÓN PÉREZ, M.; GONZÁLEZ PONCE, C.M.

C146 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE 120
MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; SÁNCHEZ CATALICIO, M.M.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MONTOYA EGEA, J.M.; FERNÁNDEZ VELA, J.

Poster. Técnicos Auxiliares de Farmacia 121

C12 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DEVOLUCIONES EN UNIDOSIS 121
JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.

C14 PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS 122
POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; URBIETA SANZ, E.

C15 DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS PROGRAMADA EN HORARIO DE TARDE: EVALUACIÓN DE RESULTADOS 124
MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; GARCÍA CORONEL, M.

C19 CICLO DE MEJORA DEL PROCESO DE RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS CON LA METODOLOGÍA LEAN HEALT-CARE 125
GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.

C20 CIRCUITO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 126
MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; FAJARDO MEROÑO, M.C.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; MATEO CARMONA, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; ROBLES GARCÍA, I.S.

C25 ACTIVIDAD EN EL CIRCUITO DE PREPARACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS EN SALA BLANCA Y FUNCIONES DEL TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA 128
FAJARDO MEROÑO, M.C.; MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; MATEO CARMONA, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; ROBLES GARCÍA, I.S.

C28 MANTENIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ADECUACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA POR EL TECNICO EN FARMACIA 129
PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; VELASCO COSTA, J.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C31 CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST DE VERIFICACION EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO 130
ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.

C35 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑOSOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 132
MELGARES DE AGUILAR LÓPEZ, G.; CORREDOR MATEU, M.A.; ALONSO MARTÍNEZ, M.A.; SÁNCHEZ DÍAZ, A.; GARCÍA CORONEL, M.;

C44 UTILIZACIÓN DE SOFTWARE COLABORATIVO COMO MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE FARMACIA 133
RAMOS GUARDIOLA, J.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; LUCAS RODRÍGUEZ, C.; VILLA MORENO, E.; ABELLÁN GUARDIOLA, L.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.

C48 ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA 134
GARCÍA GUTIÉRREZ, S.; SALAR VALVERDE, I.; MARTÍNEZ ALCARAZ, A.C.; BELMONTE CÁRCELES, T.; AGUADO COSTA, M.; MORALES ALMAGRO, L.

C54 IMPLANTACIÓN PROCEDIMIENTO DE ETIQUETADO DATAMATRIX EN CITOSTÁTICOS INTRAVENOSOS 135
MARTÍNEZ LAJARÍN, F.; ALVAREZ MORENO, I.M.; VALERA GÓMEZ, A.; BERNAL HERRERO, J.M.; MARTÍNEZ AMANTE, M.D.; ALONSO DOMINGUEZ, M.T.

C57 IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES. IMPACTO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DEL TÉCNICO DE FARMACIA 136
CELMA MARTÍNEZ, A.; MUÑOZ CELDRÁN, D.; ORTEGA SÁNCHEZ, L.; ALEDO MARTÍNEZ, J.; GARCÍA IBORRA, M.E.; CHICA MARCHAL, A.M.

C62 REINVENTANDO LA COMUNICACIÓN EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS: NUEVAS BARRERAS, UN RETO 137
RUPPMANN TOBELLA, H.; LOZANO BAUDET, P.; PÉREZ LLANOS, F.; MASIP TORNER, M.

C63 INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL FARMACÉUTICO DURANTE LA VALIDACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS 139
CARPENA RODRÍGUEZ, A.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; TOMÁS LUIZ, A.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.;

C66 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN 140
LOZANO BLEDA, V.; SÁNCHEZ CATALICIO, M.M.; MUÑOZ CELDRÁN, D.; MOYA ABRIL, R.; GONZÁLEZ MARTOS, A.; FREIRE MORENO, M.

C68 VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS LLEVADA A CABO POR UN TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS ... 141
PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; GARAY MARTÍNEZ, A.; DE GOROSTIZA FRÍAS, I.; GUIRAO PÉREZ, A.J.; GALLEGO MARTÍNEZ, M.P.

C69 COORDINACIÓN ENTRE FARMACIAS PARA LA ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES OFTALMOLÓGICAS 142
VELARDO MONTES, M.; RODRÍGUEZ REYES, M.; LEAL JARA, M.; GUTIÉRREZ VILANOVA, M.D.; PÉREZ VERA, J.L.; SOY MUNER, D.

C70 PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES Y FORMULAS MAGISTRALES DOMICILIARIAS 143
PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; GARAY MARTÍNEZ, A.; SALMERÓN MARÍN, J.; GIL ALMELA, J.; PELLICER FRANCO, C.

C75 EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN MICROBIOLÓGICA AMBIENTAL DEL ÁREA DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ESTÉRILES 145
LESTA DOMENE, C.; MARÍN ROMERO, A.; MARTÍN DEL PUEYO, A.; FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, N.; JUNCOS PEREIRA, R.; BALLESTEROS CABAÑAS, G.

C84 SISTEMA DE PETICIONES URGENTES DE MEDICACIÓN Y ENVÍO POR TUBO NEUMÁTICO A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POR EL TÉCNICO DE FARMACIA 146
ÁLVAREZ MORENO, M.C.; PÉREZ ANDREU, L.; GARAY MARTÍNEZ, A.; VILLA CARPES, J.; SALMERÓN MARÍN, J.; NAVARRO SAÉZ, R.

C85 MEJORAS PARA EL TÉCNICO DE FARMACIA CON EL APLICATIVO SAVAC FARMA® EN RELACIÓN A ENVÍO DE BOLSAS DE MEDICACIÓN EN HORAS DEFINIDAS 147
ÁLVAREZ MORENO, M.C.; PÉREZ ANDREU, L.; GARAY MARTÍNEZ, A.; VILLA CARPES, J.; MARTÍNEZ MORENO, A.; GUIRAO PÉREZ, A.J.

C86 PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR LOS ERRORES POR ISOAPARIENCIA EN LAS MUESTRAS DE ENSAYOS CLÍNICOS 148
RUIZ MARSILLA, J.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; PÉREZ SÁNCHEZ, M.L.; GARCÍA DIAZ, M.; QUILES PEDROSA, I.M.; NÁJERA PÉREZ, M.D.

C98 IMPLANTACIÓN DE UN GESTOR DE CITAS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 149
MUÑOZ CELDRÁN, D.; SÁNCHEZ CATALICIO, M.M.; LOZANO BLEDA, V.; MOYA ABRIL, R.; CELMA MARTÍNEZ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.

C107 INNOVACIÓN Y MEJORA EN EL FEEDBACK ENTRE FARMACIA-ENFERMERÍA CON UN SOLO "CLIC" 150
RAMOS MOLERO, B.; COMELLAS GONZÁLEZ, S.; SALA VILAJOSANA, N.

C108 ESTUDIO DE INDICADORES DE INVENTARIO Y CADUCIDAD DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN HORIZONTAL DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA 151
GUIRAO PÉREZ, A.J.; GARCÍA MOLINA, O.; NAVARRO SÁEZ, R.; MARTÍNEZ MORENO, A.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; PÉREZ ANDREU, L.

C112 CONTROL DE CADUCIDADES DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA DE UNA UNIDAD CLÍNICA 152
IBÁÑEZ MIRA, M.I.; TOMÁS LUIZ, A.; PÉREZ DÍAZ, M.S.; DÍAZ RANGEL, M.; ROMERO CANDEL, G.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.

C115 CONTROL DE CADUCIDADES DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE ALMACENAMIENTO 153
IBÁÑEZ MIRA, M.I.; TOMÁS LUIZ, A.; PÉREZ DÍAZ, M.S.; DÍAZ RANGEL, M.; ROMERO CANDEL, G.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.

C116 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIAS Y CONTROL DE CALIDAD EN EL LLENADO DE CARROS 154
IBÁÑEZ MIRA, M.I.; TOMÁS LUIZ, A.; PÉREZ DÍAZ, M.S.; DÍAZ RANGEL, M.; ROMERO CANDEL, G.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.

C134 VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DE TARDE POR UN TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS 155
PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; GARAY MARTÍNEZ, A.; MARTÍNEZ MORENO, A.; NAVARRO SÁEZ, R.; DE GOROSTIZA FRÍAS, I.

Índice de Autores 157

Comunicaciones Orales. Farmacia

C32

ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DETECTADOS EN NUEVOS INGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

VELASCO COSTA, J.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Roman Alberca

OBJETIVOS

Identificar los errores de prescripción en pacientes que ingresan en un hospital, con el fin de adecuar esos tratamientos y conocer los fármacos más frecuentemente relacionados con esos errores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal de 10 meses de duración realizado al ingreso en un hospital. Se incluyeron todos aquellos pacientes que ingresaban y cuyo tratamiento fue conciliado por el farmacéutico.

La historia farmacoterapéutica domiciliaria se elaboró a partir de la realizada por el equipo médico en urgencias, los registros electrónicos de primaria y la información aportada por el paciente/cuidador.

Como criterio de error de medicación se utilizaron los criterios stop-start para personas mayores de 65 años, omisión del tratamiento de alguna patología y duplicidades y/o interacciones claramente documentadas.

Los errores se clasificaron de la siguiente forma: omisión del tratamiento de alguna patología, duplicidades, interacciones, duración del tratamiento y sobredosificación. Una vez analizados todos los errores, se informó al médico prescriptor correspondiente de los errores con el fin de evitarlos y así disminuir su incidencia.

RESULTADOS

Se analizó el tratamiento de 369 pacientes con edad media de 43 años (60% hombres, 40% mujeres). El 27,9% presentaban al menos un error de prescripción, el número de errores por paciente fue 0,6. Se revisaron 2656 líneas de tratamiento. Los errores fueron los siguientes:

Duplicidades: 18

- Sistema Renina Angiotensina: 2
- Terapia inhalatoria: 3
- Terapia antipsicótica: 1
- AINEs: 2
- Protector Gástrico: 2
- Hipolipemiantes: 4
- Otros: 4

Duración del tratamiento: 7

- Antibióticoterapia > 7 días: 2
- Mucolítico > 10 días: 3
- Antihistamínico sin fecha de fin: 2

Contraindicaciones: 22

- Benzodiazepinas de vida media larga en mayores de 65 años: 12

- IECA-AINE en función renal reducida/mayores de 65 años: 2
- Antidepresivos tricíclicos en pacientes con prostatismo: 2
- Otros: 6

Interacciones: 47

- Riesgo de efecto serotoninérgico por antidepresivos+Litio: 29
- Inducción de CYP3A4 por Carbamazepina: 8
- Reducción de Levotiroxina por hierro oral: 3
- Beta bloqueantes con agonistas beta inhalados: 2
- Otros: 5

Sobredosificación: 105

- Antipsicóticos: 95
- Escitalopram > 10mg/día en mayores de 65 años: 2
- Inhaladores: 3
- Otros: 5

Omisión del tratamiento de alguna patología: 36

- Terapia antihipertensiva: 12
- Terapia inhalatoria: 8
- Terapia ocular: 5
- Terapia antihiperglucémica: 5
- Otros: 6

CONCLUSIONES

- Detectar estos errores e informar a los médicos prescriptores ayuda a reducir el número de eventos adversos, visitas a urgencias o atención primaria e ingresos hospitalarios.
- El farmacéutico al frente de la conciliación de la medicación tiene un papel clave en lo que a seguridad del paciente respecta, evitando así posibles errores de conciliación al ingreso.
- Se plantea un posible ciclo de mejora con foco en el error más habitual: la sobredosificación antipsicótica, lo cual aunque pueda estar en consonancia con la gravedad de los pacientes que ingresan en el hospital, no deja de ser un problema relacionado con la medicación.

* * *

C53

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y PERSISTENCIA DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ANTI TNFα EN PACIENTES CON PSORIASIS EN LA REGIÓN DE MURCIA

RAMÍREZ ROIG, C.; ARANDA GARCÍA, A.; SELVI SABATER, P.; LÁZARO CEBAS, A.; PASTOR CANO, J.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmaceutica-DGAS-SMS

OBJETIVOS

Describir la utilización de los medicamentos biológicos Anti TNF-α, medicamento original o biosimilar, para el tratamiento de la psoriasis en pacientes del Servicio Murciano de Salud, así como evaluar la persistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y de persistencia en pacientes de la Región de Murcia con psoriasis que iniciaron tratamiento con Anti-TNF α entre 2015 y 2021. El análisis se realizó mediante la explotación de datos, desde el Portal Inteligencia de Negocio, de dispensaciones por principio activo de pacientes con diagnóstico de facturación psoriasis en cualquier Área del Servicio Murciano de Salud durante el periodo de estudio. Para el análisis estadístico se utilizó el software IBM SPSS v.20. Las medianas de persistencia se obtuvieron empleando las curvas de Kaplan-Meier comparándolas entre grupos mediante el test de log Rank. Los datos censurados hacen referencia a pacientes en tratamiento. Se censuraron los pacientes con dispensaciones en los meses de septiembre-octubre-noviembre 2021.

RESULTADOS

Se analizaron 414 registros de dispensaciones, agrupados por principio activo, pertenecientes a 377 pacientes. Se realizaron un total de 175 prescripciones de medicamentos originales en primera línea: infliximab (1), adalimumab (90) etanercept (79) y certolizumab pegol (5); líneas sucesivas: adalimumab (18) etanercept(4) y certolizumab pegol(5). Los medicamentos biosimilares prescritos fueron (n=172); en primera línea: adalimumab (158), etanercept(13), infliximab(1) y, en líneas sucesivas: adalimumab (36), etanercept(4). Las medianas de persistencia global, en primera línea de tratamiento y sucesivas, expresadas en meses y agrupados por original/biosimilar, fueron: Original (n=202): 13,45 (8,67-18,22); biosimilar (n=212): 14,07 (7,66-20,48) p=0,51; En 1° línea: Original (n=175): 12,92 (7,57-18,27) p=0,47; biosimilar (n=172): 15,85 (8,19-23,50); En líneas sucesivas: Original (n=27): 15,55 (2,08-29,03); biosimilar (n=40): 13,18 (3,05-23,32) p=0,98.

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias significativas en términos de persistencia entre la utilización de los medicamentos originales y los biosimilares con mecanismo de acción anti-TNF α.

PALABRAS CLAVES

Biológicos, psoriasis.

* * *

C56

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS ESTABLECIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; PASTOR MONDÉJAR, C.; MARTÍNEZ SOTO, A.M.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; ONTENIENTE CANDELA, M.; CABALLERO REQUEJO, C.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVOS

Analizar el uso de rituximab en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica (FFT) para comprobar su correcta utilización e identificar posibles acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se recopilaron los pacientes tratados con Rituximab durante 2020 y 2021, y se seleccionaron los usos FFT. Se recogieron: variables demográficas y clínicas (edad, sexo, diagnóstico, año de inicio de tratamiento y servicio prescriptor) de la historia clínica electrónica (Selene®) y variables farmacoterapéuticas (posología, volumen de dilución, fecha de administración, premedicación y velocidad de administración) de la hoja de prescripción y los registros de administración, así como de la aplicación Farmis-Oncofarm®. Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como media (desviación estándar).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio fueron tratados con rituximab 67 pacientes; 30 de los cuales (44,77%) para indicaciones FFT. El 50% hombres y la media de edad de 53,2±14,6 años. Las patologías FFT más frecuentes fueron: nefropatía membranosa (36,67%) y miastenia gravis (10%), seguidos de anemia hemolítica autoinmune (6,67%), lupus eritematoso sistémico (6,67%), síndrome antisintetasa (6,67%), enfermedad de cambios mínimos (6,67%), anemia hemolítica por anticuerpos calientes (3,33%), hepatitis autoinmune tipo I (3,33%), crioglobulinemia (3,33%), síndrome de persona rígida (3,33%), síndrome nefrótico (3,33%), nefritis lúpica (3,33%), poliarteritis nodosa (3,33%) y síndrome de Sjögren (3,33%). Las prescripciones correspondían a los servicios: Nefrología (50%), Medicina Interna (13,33%), Neurología (13,33%), Reumatología (13,33%) y Hematología (10%).

Como pautas de inicio se prescribieron 5 diferentes: 1000mg/14 días (56%), 375mg/m2/semana durante cuatro semanas (20%), 500mg en dosis única (10%), 375mg/m2 en dosis única (6,66%) y 500mg/15 días (6,66%). El 43,33% de los pacientes recibió dosis de mantenimiento, de las cuales el 53,8% coincidía con la pauta de inicio. La pauta de mantenimiento se administró cada 6 meses en 6 pacientes (20%) y el resto con periodicidad variable superior a los 6 meses.

El volumen requerido para la dilución del fármaco estaba indicado en el 56,6% de las prescripciones y la premedicación en el 50% (2 de ellas con esquema de fármacos diferente al recomendado en ficha técnica). La velocidad de infusión del fármaco aparecía descrita en el 23,33% de las prescripciones (85,71% Nefrología y 14,29% Medicina Interna).

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que la utilización de rituximab en condiciones FFT es muy relevante en nuestro Hospital (44,77%) y con elevada variabilidad tanto en indicaciones como en servicios prescriptores.

Los regímenes de dosificación utilizados son diversos, sin embargo consideramos que esto es debido a que el grado de evidencia es muy limitado, sin ensayos que respalden una pauta concreta.

La principal área de mejora identificada fue la frecuente ausencia de instrucciones sobre premedicación, velocidad de administración y volumen de dilución de la dosis indicada, que puede originar errores en la validación farmacéutica y la administración de enfermería.

Dada la importante casuística encontrada en nuestro estudio, nos proponemos la elaboración e implantación de un protocolo consensuado de uso de rituximab en indicaciones FFT que permita reducir la variabilidad existente.

* * *

C96

ADALIMUMAB EN UVEÍTIS NO INFECCIOSA: ¿ES NECESARIO MONITORIZAR?

PASTOR MONDÉJAR, C.; INIESTA NAVALÓN, C.; MARTÍNEZ SOTO, A.M.; ORTÍZ FERNÁNDEZ, P.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; URBIETA SANZ, E.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVOS

Actualmente adalimumab es el único fármaco biológico con indicación en uveítis no infecciosa (UNI) en pacientes con respuesta inadecuada a corticoesteroides, cuya pauta es 40mg cada 2 semanas. Nuestro objetivo fue analizar las concentraciones séricas de adalimumab en pacientes con UNI y determinar el porcentaje de los mismos en rango terapéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de UNI en tratamiento con adalimumab a los cuales se les determinaron concentraciones séricas de adalimumab en algún momento de su tratamiento entre 2016 y 2021. Las extracciones se realizan en la consulta de dispensación de enfermedades inmunomediadas de farmacia y se analizan mediante enzimoinmunoanálisis de absorción (ELISA). Se consideró como rango terapéutico adecuado concentraciones superiores a 8mcg/ml. En aquellos casos con concentraciones indetectables, se determinó la presencia de anticuerpos anti-adalimumab. Se recogieron datos demográficos de los pacientes (sexo, edad, peso), diagnóstico, fecha de extracción, concentración sérica, pauta en el momento de la extracción y recomendación de pauta posológica recomendada. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 11 pacientes que correspondían a 31 determinaciones séricas, con una mediana de 2 concentraciones por paciente (rango 1-8). El 58,1% fueron mujeres, con una mediana de edad de 32,0 ± 14,37 años y un peso de 71±16,5 kilos. Se obtuvo una media de concentraciones de 11,25 (IQR 9,4-16,0) en los pacientes en RT y de 3,63 (IQR 0,8-6,43) en los pacientes con concentraciones inferiores a RT. Solo el 38,7% de las concentraciones se encontraban en rango terapéutico y el 13% fueron indetectables. Se realizó modificación de la pauta posológica en el 51,8% de los casos (36,5% de intensificaciones en pacientes con concentraciones inferiores a RT y 16,1% de desintensificaciones en aquellos con RT superior), no modificándose la pauta en el 45,2% restante. En aquellos pacientes que no estaban en RT, se realizaron 13 intensificaciones, 5 se mantuvieron igual y se retiró el fármaco en 1 caso por título de anticuerpos anti-adalimumab elevado.

CONCLUSIONES

Más del 60% de las determinaciones no se encontraban en rango terapéutico en el momento de la extracción, modificándose la pauta en la mayoría de los casos, lo que pone de manifiesto la utilidad de la monitorización de adalimumab en UNI, ya que actualmente es el único fármaco biológico indicado en dicha patología.

* * *

C118

EVALUACIÓN DE LA PERSISTENCIA DE GLATIRÁMERO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

MARTÍNEZ SOTO, A.M.; GARCÍA CORONEL, M.; GONZÁLEZ LÓPEZ, C.; PASTOR MONDÉJAR, C.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Ante la dificultad de medir resultados en salud de los tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), la persistencia de los mismos podría representar una buena medida indirecta.
El objetivo del presente estudio fue evaluar la persistencia del tratamiento con acetato de glatirámero (AG) en esclerosis múltiple (EM). Como objetivos secundarios se evaluó la eficacia y seguridad del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, desarrollado en un hospital de referencia de área en el periodo comprendido entre junio de 2007 y febrero de 2022. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EM en tratamiento activo con AG en el año 2017.

Mediante el programa de gestión del Servicio de Farmacia, SAVAC® y la historia clínica informatizada (Selene®), se obtuvieron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (diagnóstico, EDSS basal y actual) y relacionadas con la farmacoterapia (línea de tratamiento, fecha de inicio y fin de tratamiento en caso de suspensión, motivo de suspensión, línea previa y siguiente línea de tratamiento en caso de que las hubiese).

Las variables categóricas se presentaron como números absolutos y porcentajes, mientras que las variables continuas se expresaron como valores medios o medianas, junto con medidas de variabilidad expresadas como desviación estándar (DE) o rango intercuartílico (IQR).

Se utilizó el estimador de Kaplan-Meier para generar curvas de supervivencia global de AG y de supervivencia de AG en función del EDSS basal. Se usó la prueba de Long Rank para comparar curvas de supervivencia entre los pacientes con EDSS basal ≥2 y <2.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para paquete de Windows (versión 23.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU).

RESULTADOS

Se incluyeron 44 pacientes, de los cuales el 70,5% eran mujeres. La edad media fue de 43,3 años (DE: 10,5). El 72,7% de los pacientes inició tratamiento con AG en 1ª línea. Los TME previos fueron interferón-beta-1A 13,6%, interferón-beta-1B 4,6%, dimetilfumarato 2,3% y teriflunomida 2,3%.

El 68,2 de los pacientes presentaron un EDSS<2. Mediana de EDSS 1,5(IQR: 1,0).

El 50% de los pacientes suspendieron el tratamiento durante el periodo de seguimiento. Los motivos de suspensión fueron 50% intolerancia y 36,4% ineficacia desconociéndose el resto.

La mediana de la persistencia del tratamiento con AG fue 31,8(IQR: 31,7) meses.

La media para el tiempo de supervivencia del tratamiento con AG fue 99,8(IC95%:77,0-122,6).

Durante el periodo de seguimiento suspendieron el tratamiento el 40% de los pacientes con EDSS basal<2 y el 76,9% de los pacientes con EDSS basal≥2. Siendo la media del tiempo de supervivencia del tratamiento para los pacientes con EDSS<2 de 113,1(IC95%: 84,7-141,3) y para EDSS ≥2 la media fue 60,9(IC95%:36,1-85,7). Encontrando diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,72).

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes que continuaron en tratamiento con AG es elevado, por lo que podemos concluir que se trata de un fármaco con elevada persistencia en el tratamiento de la EM. Los pacientes que presentaron un EDSS basal< 2 presentaron un mejor perfil de respuesta al tratamiento presentando mayor persistencia del fármaco.

En cuanto a las limitaciones que encontramos en el uso de este fármaco podríamos resaltar la falta de tolerancia, ya que el 50% de los pacientes que suspendieron tratamiento lo hicieron por este motivo.

Nuestro estudio presenta limitaciones, por lo que serían necesarios estudios prospectivos en vida real.

* * *

Comunicaciones Orales. Técnicos Auxiliares de Farmacia

C13

AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Auditar y/o validar el cumplimiento de requerimientos mínimos de calidad en la entrega de pedidos de medicamentos a la Farmacia del Hospital por parte todos los implicados en el proceso: Laboratorios Fabricantes, empresas de transportes y personal de Farmacia que registra las entregas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se lleva a cabo en la Farmacia de un Hospital General. En una primera fase se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por un farmacéutico, un celador, un administrativo y técnicos de Farmacia, en el que se establece por consenso y en base a la legislación vigente, los requisitos mínimos que deben exigirse en la entrega de medicamentos y cumplirse en la recepción de los mismos. En la segunda fase, para validar los resultados se realizan 4 cortes transversales en 4 días diferentes de la semana registrando el grado de cumplimiento de cada uno de los ítems establecidos, clasificados según correspondan a las empresas de transporte (ET), los laboratorios fabricantes(LF) y los registros de Farmacia(RF).

RESULTADOS

Se establecieron un total de 15 requisitos mínimos o indicadores de calidad. Para las ET fueron 5: ET1_entrega dentro del horario (antes de las 14h), ET2_personal de la agencia de transporte identificado, ET3_caja que contiene el albarán identificada ET4_ colocación la caja en lugar visible, ET5_caja con medicamento termolábil identificada. Para los LF se definieron 3: LF1_ el albarán contiene lote y caducidad, LF2_Los precintos A.S.S.S. están anulados desde su origen, LF3_los precintos A.S.S.S permiten lectura de código de barras. Por último 6 para medir los RF: RF1_ registro fecha, RF2_ registro hora, RF3_ registro agencia de transporte. RF4_ registro número de bultos, RF5_ registro laboratorio, RF 6_registro nº pedido.

El grado de cumplimiento medio fue de 87,27% para ET, siendo el indicador con peor resultado el ET5 que solo cumplieron el 54% de las agencias (identificación de caja con medicamento termolábil). En el caso de los LF el grado de cumplimiento fue del 67,7% siendo el de menor cumplimiento el LF2 con un 58,33% de las entregas de medicamentos con códigos anulados desde su origen. Por último el grado de cumplimiento global de los RF fue del 88,71% con peor valor en el indicador RF4: 68% de los registro que no constaba el número de bultos recibidos

CONCLUSIONES

Nuestros resultados indican que en nuestro servicio el proceso de entrega y recepción de medicamentos globalmente se realiza con elevado índice de calidad.

Sin embargo, se ha visto necesario recordar mediante comunicación electrónica a las ET la importancia de facilitar el mantenimiento de la cadena de frío mediante la adecuada señalización y a los LF el cumplimiento de la legislación con respecto a la anulación de precintos en el origen que, además, supone una sobrecarga de trabajo para el técnico de Farmacia en la recepción de mercancías.

Consideramos muy conveniente la realización periódica de este tipo de auditorías, ya que la adecuada recepción de medicamentos en un Servicio de Farmacia de Hospital es un punto crítico para la seguridad de los pacientes y la adecuada gestión de existencias, en la que todos los implicados deben asumir la responsabilidad de su parte del proceso.

* * *

C51

VERIFICACIÓN DE UNIFORMIDAD DE LAS TEMPERATURAS INTERNAS DE LAS NEVERAS DE UN SERVICIO DE FARMACIA

ZAPATA MORALES, M.F.; LÓPEZ MARTÍNEZ, C.; MOLINA FERNÁNDEZ, A.M.; MUÑOZ SÁNCHEZ, J.; LÓPEZ RAYOS, R.O.; SALAR VALVERDE, I.
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

OBJETIVO

Asegurar las condiciones adecuadas de almacenamiento y conservación de los medicamentos termolábiles, estudiando la variabilidad en el interior de las neveras definido entre 2 y 8°C comparándolas con la temperatura de alerta del control centralizado de temperaturas.

Analizar la variación de temperaturas en el interior de un armario rotativo frigorífico tras una reposición de medicamentos estándar de 15 minutos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Termómetro Digital, Modelo Digi-Thermo WT2, con sonda acero inoxidable de 100 mm de longitud, cable de 1 m, resolución 0,1°C y precisión 1° C

FRIGORÍFICOS DE ALMACENAMIENTO

Radiber® FFD-362 , Ing® CBF 344C, Ing® climas CBS 360C, Kardex® Nevera SYS-120-1212NT

Sistema de registro y alarma centralizado y ajustado por el servicio mantenimiento del hospital con sondas individuales en cada nevera situada en esquina frontal superior derecha, a 12°C durante 3 min para evitar alarmas innecesarias durante la reposición.

PROCEDIMIENTO DE MEDIDA EN DISTINTAS ZONAS DE CADA NEVERA

1 Se espera que se estabilice la nevera a su rango de temperatura normal de funcionamiento. 2 Se introduce y se coloca la sonda en la parte superior de la nevera esperando 5 minutos y anotamos la temperatura alcanzada. 3 Se introduce y se coloca la sonda en la parte inferior de la nevera esperando 5 minutos y anotamos la temperatura alcanzada. 4 Se introduce y se coloca la sonda en la parte posterior de la nevera esperando 5 minutos y anotamos la temperatura alcanzada. 5 Se introduce y se coloca la sonda en la parte frontal de la nevera esperando 5 minutos y anotamos la temperatura alcanzada. 6 Se registra las temperaturas medidas en una tabla para comprobar la uniformidad de la temperatura en los distintos puntos de la nevera.

RESULTADOS

En las neveras sin recirculación interna ni sistema NO-FROST se observan temperaturas entre 6 y 1,7°C (Climas® CBS) y entre 6 y 1,1°C (Radiber® FFD) que se encuentran fuera de rango establecido. En la nevera con estos dos sistemas (Climas® CBF) la temperatura solo varía entre 5,6 y 4,8°C (dentro de rango).

En el rotativo refrigerado se observan un rango de temperatura entre 2,9 y 2,1 °C mientras se mantiene cerrado. Tras 15 minutos con la persiana abierta (tiempo estimado de reposición) las temperaturas varían entre 2,8 y -1,1°C.

CONCLUSIÓN

En las neveras que no disponen recirculación interna y sistemas NO FROST la variabilidad de las temperaturas internas es elevada alcanzando valores fuera de rango.

Esta consideración debería de tenerse en cuenta en los procedimientos de adquisición y compra de neveras así como de los de control de temperatura.

Se observa que la apertura del armario rotativo durante 15 min produce variaciones de temperatura en el interior de la cámara frigorífica superiores a las máximas admitidas.

Los procesos de reposición de los rotativos en nevera deberían de minimizar los tiempos y adoptar medidas para reducir las pérdidas de frío. (ej reducir la apertura de la persiana).

Sería necesario repetir estos controles una vez modificados los procedimientos de reposición de los rotativos.

	PARTE SUPERIOR	PARTE INFERIOR	PARTE FRONTAL	PARTE POSTERIOR
NEVERA ING CLIMAS CBS 360C	6,0 °c	4,0°C	4,6°C	1,7°C
NEVERA RADIBER MODELO FFD-362	6,0°C	7,9°C	5°C	1,1°C
NEVERA ING CLIMAS CBF 344C	5,6°C	3,4°C	3,0°C	4,8°C
KARDEX NEVERA GRIFOLS MODELO SYS-120-1212NT	2.9	2.1	2.8	2.9
KARDEX NEVERA GRIFOLS MODELO SYS-120-1212NT A LOS 15 MINUTOS	2.8	-1.1	0.2	0.7

* * *

C58

REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN DEVUELTA DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO Y ANÁLISIS DE SUS CAUSAS

PASCUAL VILLEGAS, M.; SOLA ZARAGOZA, M.C.; LACRUZ GUZMÁN, D.; QUILES PEDROSA, I.M.; PÉREZ GARCÍA, M.; PAGÁN NAVARRO, MC.
Hospital Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO

Cuantificar el número total de unidades devueltas de medicamentos dentro del sistema de dispensación de medicamentos de dosis unitarias (SDMDU) de un centro sociosanitario y analizar las causas de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 3 meses de duración (febrero-abril 2021) en un centro sociosanitario. Semanalmente los/as técnicos/as auxiliares de farmacia registraron las unidades devueltas de medicación de los carros preparados la semana anterior en el programa de gestión de Farmacia (SAVAC ®). Los motivos de devolución se consultaron con el centro sociosanitario. Se diseñó una hoja de recogida de datos con la siguiente información: medicamento devuelto, unidades, motivo de devolución (alta fin de semana/salida vacacional, error de llenado de carros, ingreso en hospital, medicamento no administrado, cambio o suspensión del tratamiento, éxitus, causa desconocida).

RESULTADOS

Se revisaron un total de 67 pacientes ingresados en el centro sociosanitario, a los que se dispensaron 86832 unidades de medicamentos y se devolvieron 410 (0,472%) durante el periodo de estudio. El mes de abril fue el mes que más devoluciones se produjeron, 227 (1,16%). Un 54,3 % de las unidades devueltas correspondieron tan solo a 7, de un total de 40 medicamentos distintos: ácido valproico comprimidos (13,1%), topiramato comprimidos (8,05%), quetiapina comprimidos (7,8%), clonazepam comprimidos (7,1%), fenitoína comprimidos (6,8%), torasemida comprimidos (5,9%) y omeprazol comprimidos (5,6%). El 35,5% de las devoluciones fueron causadas por salidas vacacionales o altas de fin de semana de los residentes que no habían sido comunicadas con suficiente antelación al Servicio de Farmacia; el 29,5 % por ingresos en el hospital; 10 % éxitus; 10 % por causa desconocida; 9,5 % medicamentos no administrados por diferentes motivos; 3,5 % error en el llenado y 2 % por cambio o suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de devoluciones detectadas fueron debidas a salidas vacacionales, aún siguen produciéndose devoluciones por errores en el llenado de carros o por no administración por parte de enfermería del centro. Las devoluciones y causas detectadas hacen necesario la implantación de medidas y cambios para aumentar la calidad y seguridad en el circuito y optimizar el trabajo en el área. Algunas de las medidas propuestas son: hablar con el centro para que nos avisen con suficiente antelación de las salidas vacacionales y la revisión exhaustiva de los carros antes de su salida del Servicio de Farmacia.

* * *

C65

DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EN UNIDOSIS A CENTROS SOCIOSANITARIOS MEDIANTE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN

GALLEGO MARTÍNEZ, M.P.; GARCÍA MOLINA, O.; SALMERÓN MARÍN, J.; GARAY MARTÍNEZ, A.; PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Describir el proceso de la preparación y dispensación de medicamentos mediante un sistema automatizado a centros sociosanitarios (CSS) dependientes de un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del proceso de preparación y dispensación de medicación a los CSS durante el año 2021. Se determinaron el número de bolsas dispensadas, medicación desemblistada, comprimidos fraccionados, tiempo dedicado a la fabricación de los carros y al trabajo de desemblistado. Para la obtención de datos se utilizó el software del Sistema Automatizado de Dispensación (SAD) tipo robot.

La dispensación es realizada por paciente en bolsas por tomas mediante el robot, el cual, es un armario automatizado de dispensación de medicamentos, con una capacidad de 400 tolvas calibradas específicamente para medicación en forma de comprimidos y/o cápsulas. Los comprimidos fraccionados y/o de baja rotación son dispensados a través de una bandeja extraíble, denominada benjamín. El resto de formas farmacéuticas son enviadas como medicación externa en el reparto semanal.

RESULTADOS

El Servicio de Farmacia cuenta actualmente con dos CSS a su cargo, de 40 y 120 camas respectivamente. Para la preparación de carros se realiza el volcado desde el programa de prescripción electrónica (PEA) al robot, tras validación por el farmacéutico. El técnico auxiliar de farmacia (TAF) repone diariamente la medicación del robot. El llenado se realiza mediante listado de reposición extraído del aplicativo SAVAC®, que tiene fijado el stock mínimo para dos semanas y el stock máximo para cuatro semanas. Tras ello, desde SAVAC® se realizan los traspasos necesarios desde el almacén CSS al robot. Posteriormente se rellenan las tolvas desde el software propio del robot. Los tratamientos de los residentes se vuelcan desde SAVAC® al SAD. Una vez fabricado, el farmacéutico mediante una comprobadora automatizada verifica que las bolsas preparadas coinciden con la medicación de cada residente del CSS. Tras este proceso, el TAF coloca los rollos de medicación en cajetines de forma individualizada, y posteriormente lo coloca en la cubeta junto con la medicación externa. Asimismo, se separan las cubetas en dos, según los residentes lleven medicación triturada o no.

El número de bolsas dispensadas fue de 136.013 con una media de 23 bolsas por residente, lo que supuso un total de 371.381 comprimidos/cápsulas dispensadas al año. La medicación desemblistada fue de 434.920 unidades (8.363 desemblistados/semana). Los comprimidos fraccionados realizados fueron 13.344 en un año. El tiempo invertido en la realización de carros semanales fue de 12 horas, el tiempo empleado en el desemblistado fue 18 horas y el rellenado de tolvas 2 horas aproximadamente.

CONCLUSIÓN

La implantación de un SAD tipo robot para suministrar la unidosis semanal supone una herramienta útil para dispensación a los CSS, ya que permite optimizar tiempo y recursos, con una alta seguridad en la realización de la unidosis de estos residentes.

C94

PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL PROCESO DE ENVÍO A DOMICILIO EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

NAVARRO SÁEZ, R.; MANCEBO GONZÁLEZ, A.; GUIRAO PÉREZ, A.J.; MARTÍNEZ MORENO, A.; PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Evaluar la participación del técnico de farmacia (TF) en el envío de medicación a domicilio en el área de pacientes externos del servicio de farmacia en un hospital de tercer nivel asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras el estado de alarma producido por la pandemia del SARS-CoV-2, se creó un programa de Telefarmacia y envío de medicación al domicilio a los pacientes más vulnerables (población de riesgo o inmunodeprimidos) para evitar su desplazamiento o la de sus familiares al hospital.

El farmacéutico, previo a la dispensación, realiza atención farmacéutica telefónica y revisa el tratamiento (pauta posológica, duración, unidades de fármaco que precisa) a través de la prescripción electrónica, el programa de gestión de tratamientos antineoplásicos y la historia clínica informatizada, consultando con el facultativo a cargo del paciente en caso de duda.

El TF, prepara la medicación y la etiqueta (garantizando la confidencialidad del paciente), identificando la fecha de envío y si es un medicamento termolábil. Una vez preparada, la deposita en el lugar habilitado en el almacén. Además, elabora un listado con la paquetería, clasificada según la conservación (temperatura ambiente o de frigorífico) e indicando el número de bultos, que cotejará con el responsable de la agencia de transporte que realizará el reparto al día siguiente.

Como criterios para la evaluación de la participación del TF en el envío a domicilio, se registraron los siguientes datos: número de envíos realizados, número de incidencias producidas y tipo de incidencias.

Se revisó la base de datos que contiene las dispensaciones y envíos a domicilio, así como el programa de dispensación a pacientes externos del hospital.

RESULTADOS

Desde la implantación del servicio (marzo 2020) se realizaron un total de 3179 envíos, 1086 en 2020, 1800 en 2021 y 293 en febrero 2022. Se registraron un total de 41 incidencias (1,3% del total de envíos): 18 de ellas (44%) tuvieron su origen en el Servicio de Farmacia (error dirección /teléfono: 15, error en la dispensación: 2 y etiquetado erróneo: 1), 14 (34,15 %) se atribuyeron a la empresa de transporte (aplazamiento: 12, rotura: 1 y pérdida de medicación: 1) y en 8 de ellas (19,51%) el paciente estaba ausente.

CONCLUSIONES

La participación del TF en el procedimiento de envío a domicilio es positiva, dado que las incidencias registradas suponen un porcentaje muy bajo del total de los envíos (0,57%), siendo el error en la dirección/teléfono la más frecuente. Con la nueva empresa de transporte no es necesario indicar la dirección en el etiquetado, por lo que se espera disminuir el número de incidencias.

* * *

Poster. Farmacia

C2

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL PACIENTE ANCIANO CRÓNICO COMPLEJO. ¿CUÁNDO TRATAR?

CANO MOLINA, J.A.; GARCÍA MOLINA, O.; DÍAZ RAMÓN, M.; TORRÓ GARCÍA, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; LA ORDEN CARRASO, A.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Análisis de las infecciones urinarias y consumo de antibióticos (ATB) en un centro sociosanitario (CSS) de personas mayores vinculado a un Servicio de Farmacia (SF) de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a todos los residentes institucionalizados en el CSS a lo largo del año 2021.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU), urocultivos realizados y sus resultados, ATB utilizados y número de ciclos recibidos.

Para la obtención de los datos, se utilizaron los programas de historia clínica electrónica (Selene®) y de prescripción electrónica asistida (MIRA®).

RESULTADOS

Se analizó la presencia de ITU sobre una muestra total de 34 pacientes (17 mujeres y 17 hombres). La media de edad fue de 83 ± 9,3 años. En el análisis inicial, se describió la existencia de 10 pacientes con diagnóstico de ITU, independientemente del nº de infecciones a lo largo del año. Se distinguió entre ITU sintomática o no sintomática, de los 10 pacientes (29,4 %; 6 mujeres y 4 hombres) diagnosticados solo uno de ellos se consideró asintomático, el cual no recibió tratamiento tampoco. 2 pacientes (5,7 %) precisaron ingreso hospitalario para el manejo de la infección. Durante este tiempo, se realizaron 28 urocultivos, resultando positivos 14 de ellos (50 %), que correspondían a 6 pacientes.

En cuanto a la descripción del perfil de antibioterapia utilizado, se trataron 9 (25,7 %) pacientes con un total de 30 ciclos de ATB, con una media de 2,3 ciclos/paciente (1-8 ciclos). Las familias de ATB utilizados, en orden descendente, durante un año para tratar la ITU fueron: fosfomicina (33 %), quinolonas (30 %), cefalosporinas (16,7 %), penicilinas (10 %), carbapenems (3,3 %), aminoglucósidos (3,3 %) y cotrimoxazol (3,3 %). En todos los casos el tratamiento se realizó de forma empírica.

En primera línea, la familia de ATB más utilizada fueron las quinolonas (55,5 %; levofloxacino y norfloxacino), mientras que en segunda línea el ATB más utilizado fue la fosfomicina (33,3 %). Tras los correspondientes cultivos, los microorganismos aislados (n=13) fueron, en orden descendente de prevalencia: Escherichia coli (38,4 %), Klebsiella pneumoniae (23 %), Citrobacter koseri, Providencia stuarti, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus facecium.

CONCLUSIONES

En el paciente anciano crónico complejo, la incidencia de ITU es bastante habitual, con un porcentaje cercano al tercio del total en nuestra muestra. En concordancia con la bibliografía revisada, encontramos E. coli como microorganismo más prevalente, así como una mayor incidencia de ITU en mujeres. El tratamiento más utilizado, coincidiendo con el que marcan las guías para el manejo empírico de ITUs fue fosfomicina.

Por lo tanto, el análisis de las ITU en un centro sociosanitario nos ha aportado información de gran utilidad sobre el uso de antibióticos, proporcionándonos oportunidades de mejora, con el objetivo de fomentar el uso racional y reducir el consumo de antibióticos, limitando su uso tras una evaluación correcta de la infección, conociendo el patógeno implicado y atendiendo a la clínica del paciente. En este escenario podremos tratar de forma más idónea y dirigida al paciente anciano con ITU.

* * *

C3 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA EN PACIENTES CON HEMOFILIA A GRAVE TRATADOS CON EMICIZUMAB

CANO MOLINA, J.A.; GONZÁLEZ PONCE, C.M.; DÍAZ RAMÓN, M.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; GIL ALMELA, J.; RAMÓN PÉREZ, M.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Los pacientes con hemofilia A grave han requerido tradicionalmente un especial control sobre muchas actividades de su vida diaria y un seguimiento activo por parte del servicio de hematología, principalmente. El objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con emicizumab, anticuerpo monoclonal de reciente aprobación, administrado por vía subcutánea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de hemofilia A grave con o sin inhibidor, tratados con emicizumab desde su incorporación en nuestro centro (2019) hasta diciembre de 2021. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, fecha de inicio de tratamiento, dosis prescritas, tratamiento previo, eventos adversos. Los datos demográficos y analíticos se obtuvieron del programa de historia clínica electrónica Selene®, y la información relacionada con el tratamiento se obtuvo del programa de prescripción electrónica asistida MIRA® y mediante entrevista clínica. Con objeto de evaluar la efectividad del tratamiento, analizamos la presencia de hemartros y si fueron precisos rescates con complejo coagulante antiinhibidor.

RESULTADOS

Se analizaron 7 pacientes, todos ellos varones, con edades: 6, 7, 12, 15, 34, 47 y 56 años. La localización de los hemartros fue principalmente en las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores.

Antes del cambio a emicizumab, los pacientes estaban en tratamiento con eptacog alfa activado, excepto un paciente naive que inició el tratamiento con emicizumab tras el diagnóstico en diciembre de 2020. Además, en 5 de los pacientes era necesario utilizar complejo coagulante antiinhibidor para el rescate de episodios hemorrágicos ocasionales o hematuria, que se sucedían una o dos veces al mes, y se mantuvo prescrito de forma concomitante con emicizumab por si precisaba su administración.

Se analizó la presencia o no de inhibidor, ya que tres de los pacientes estaban diagnosticados de hemofilia A grave con inhibidor, obteniendo una mediana de 2,25 UB/mL (rango: 0,4-25 UB/mL). Todos los pacientes completaron la inducción a 3 mg/kg/semana durante 4 semanas, y actualmente están en mantenimiento con una dosis de 1,5 mg/kg/semana.

Hasta el momento del análisis ningún paciente había presentado episodios hemorrágicos ni requirió la administración de rescates con el complejo coagulante inhibidor. Además, todos los pacientes refi-

rieron como principal ventaja la administración única semanal vía subcutánea, pues casi todos ellos procedían de un rango de dos a tres administraciones semanales vía intravenosa.

Analizamos la seguridad del tratamiento mediante entrevista clínica al paciente; ningún paciente refirió eventos adversos que motivasen la interrupción del tratamiento, aunque uno de ellos presentó episodios de cefalea y dolor en el lugar de inyección tras las dos primeras administraciones, que remitieron con analgesia.

CONCLUSIONES

El análisis tras dos años de tratamiento con emicizumab muestra un perfil farmacoterapéutico con grandes beneficios, principalmente en la posología y vía de administración, en los pacientes con hemofilia A grave, pero la escasa experiencia de utilización y una muestra pequeña nos obliga a realizar un seguimiento prolongado en el tiempo para obtener datos suficientemente maduros.

* * *

C4

EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA MEDIANTE SISTEMA DE CITA PREVIA

PACHECO LÓPEZ, P.; LEÓN VILLAR, J.; ASENSIO VILLALBA, A.I.; CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; TORRANO BELMONTE, P.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

Evaluar la calidad del sistema de cita previa implantado en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) para la dispensación de medicamentos en el área de pacientes externos, mediante indicadores de actividad, calidad y cumplimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre la actividad de preparación, dispensación y devolución de medicación durante el periodo de estudio de octubre a diciembre de 2021, ambos incluidos.

Los datos fueron obtenidos de los registros de actividad diarios del área de pacientes externos, y fueron explotados mediante una hoja de cálculo de Excel. Para la evaluación del sistema se establecieron y analizaron 3 tipos de indicadores: de actividad, de calidad y de cumplimiento. Los resultados se expresan en forma de promedio/día.

RESULTADOS:

- Indicador de actividad: Número de pacientes asistidos con cita previa.

  Una media de 70,6 pacientes/día acude al SFH a retirar medicación de continuación sin cambios durante el tiempo analizado. De ellos, el 39% (27,6/70,6) están incluidos en el sistema de cita previa.
- Indicador de eficiencia: Tiempo empleado en la preparación de la medicación.

  Se estima un tiempo medio de 15 minutos/paciente para la preparación de cada tratamiento con cita, de modo que, en una jornada de trabajo de 7 horas se prepara, como máximo, la medicación de 28 pacientes. citados.
- Indicador de cumplimiento: Porcentaje de pacientes citados que asisten a la cita.

  El 73% de los pacientes incluidos en el sistema de cita previa es cumplidor, es decir, acude al SFH el día indicado y el 27% lo incumple, bien por adelanto o por retraso respecto a la fecha de la cita.

Entre los problemas derivados de este incumplimiento se encuentran el trabajo extra que genera la devolución de la medicación remanente, que no llega a ser retirada por el paciente, y entre las oportunidades de mejora, la detección de falta de adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES

El sistema de cita previa permite preparar la medicación de los pacientes con antelación a la dispensación, con lo que se consigue reducir en gran medida los tiempos de espera del paciente en el Servicio de Farmacia y optimizar los procedimientos de gestión de los medicamentos necesarios.

La disminución de los tiempos de espera de los pacientes minimiza el riesgo de contagio por Covid19 asociado al entorno hospitalario en el contexto actual de pandemia y, adicionalmente, es valorado positivamente por los pacientes, dado que el tiempo es un recurso valioso.

Aunque la mayoría de los pacientes citados se están beneficiando correctamente de este circuito, es necesario analizar la oportunidad de mejora en relación a los pacientes que no acuden a la cita.

* * *

C5

EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA TRAS LA BAJADA DE PRECIO POR INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES FINANCIADAS

PACHECO LÓPEZ, P.; LEÓN VILLAR, J.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO

La dermatitis atópica (DA) fue la primera indicación financiada de dupilumab, pero el fármaco se está estudiando en otras patologías como el asma, que ha sido la última en incluirse en la financiación pública, lo que ha repercutido en el coste del fármaco para todas sus indicaciones. El objetivo de este trabajo es evaluar el ahorro derivado de la bajada de precio de dupilumab, tras la incorporación de una nueva indicación financiada, en enero de 2022, respecto al gasto previo asociado al fármaco en el tratamiento de la DA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con DA en tratamiento activo con dupilumab en 2021. Se comparan los costes anuales asociados al fármaco al precio antiguo y al precio nuevo. Para estimar el ahorro que supondrá la bajada de precio a partir de enero de 2022 se extrapolan los datos de 2021 asumiéndose un mismo número de pacientes tratados en 2022. Los precios de dupilumab (PVP + IVA) antes y después de la inclusión de la nueva indicación son: 469,07€/pluma y 381,07 €/pluma, respectivamente.

RESULTADOS

22 pacientes han recibido tratamiento con dupilumab durante el año 2021. El número medio de dosis recibido es de 22,7 dosis/paciente, por lo que, el gasto medio por paciente fue de 10.647,8 € (22,7 dosis x 469,07€) y el gasto total de los pacientes tratados 234.251,6 euros (22 pacientes x 10.647,8 €).

Suponiendo que un mismo número de pacientes sean tratados en 2022, el gasto medio extrapolado para el nuevo precio (381,07€/pluma) sería de 8.650,2€ /paciente, lo que supone un ahorro de casi 2000 €/paciente al año y un ahorro total (22 pacientes) de 44.000 € al año.

CONCLUSIONES:

Analizando la bajada de precio por la inclusión de asma entre las indicaciones financiadas de dupilumab en una población igual de pacientes atendidos (asumiendo la misma carga asistencial para DA en 2021 que en 2022), el ahorro total sería de 44.000 euros, aproximadamente. El incremento en el uso del fármaco, a expensas de otras indicaciones nuevas, como el asma, también será asumido por el Sistema Nacional de Salud aumentando, en términos globales, el gasto sanitario empleado en este fármaco, rentabilizando así la industria farmacéutica el desarrollo de la molécula conforme se va ampliando su uso para distintas patologías en el mercado.

* * *

C6

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LAMIVUDINA/DOLUTEGRAVIR EN COMPRIMIDO ÚNICO EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

CANO MOLINA, J.A.; MENÉNDEZ NARANJO, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; TORRÓ GARCÍA, L.; DÍAZ RAMÓN, M.; VILLA CARPES, J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de biterapia con lamivudina (3TC)/dolutegravir (DTG) en comprimido único en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tras su incorporación a la Guía Farmacoterapéutica del hospital. Evaluar su eficacia y seguridad tras un año de utilización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con la combinación 3TC/DTG coformulado desde su disponibilidad en nuestro hospital (mayo de 2020) hasta mayo de 2021. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, categoría clínica del VIH (estadio), tipo de paciente (naive o tratado anteriormente) tratamiento antirretroviral (TAR) previo, motivo del cambio, carga viral (CV) plasmática y recuento de CD4 al inicio y en semana 48. Toda la información se obtuvo de los programas de prescripción electrónica asistida (Silicon® y MIRA®) y de la historia clínica electrónica (Selene®). La eficacia se objetivizó por la consecución de la supresión virológica (SV) definida como la detección de CV del virus inferior a 50 copias/mL y la función inmunológica (CD4 >500 células/µL). La seguridad se evaluó por la aparición de efectos adversos (EA).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 116 pacientes iniciaron 3TC/DTG, siendo 92 hombres y 26 mujeres, siendo la mediana de edad de 52 años (rango: 28-86). El 36,2 % de los pacientes presentaban estadio clínico A2, seguido de estadios C3 y B2, 18 % y 16 %, respectivamente.

En todos los casos (100%), los pacientes habían tomado TAR previo: un 37,6 % que procedían de la misma combinación de fármacos (3TC+DTG) en comprimidos individuales, un 19.6 % provenía de la combinación de abacavir (ABC)+3TC+DTG, mientras que un 18,7 % procedían de la combinación tenofovir disoproxilo + emtricitabina + efavirenz (TDF+FTC+EFV). En cuanto a los motivos que propiciaron el cambio a la nueva presentación de 3TC/DTG, se encontraron los siguientes: simplificación del TAR para reducir nº de comprimidos (48,8 % de los pacientes), cambio por presentar toxicidad (23,5 %, destacando la toxicidad renal en la mitad de ésta), evitar toxicidades futuras (21 %) y evitar interacciones medicamentosas (6,7 %).

Respecto a la eficacia, del total, 113 pacientes (93,8%) mantuvieron CV indetectable tras 48 semanas de tratamiento y 3 pacientes CV > 50 copias/mL. Del recuento de células CD4, sólo disponemos de datos de 95 pacientes siendo la mediana de 746 células/µL (rango 179-1658) en semana 48.

En relación con la seguridad, 3 pacientes desarrollaron EA (hipertensión, diarreas e hipertransaminasemia), teniendo dos de ellos que suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES

La combinación de 3TC/DTG se ha utilizado en nuestro hospital únicamente en pacientes tratados anteriormente, siendo el motivo principal de cambio la simplificación del TAR previo para reducir el nº de comprimidos a tomar.

La terapia dual en comprimido único resulta efectiva tras 48 semanas de uso y constituye una buena opción de tratamiento en pacientes pretratados, ya que un 93,8% de los casos alcanzó SV, además de preservar la función inmunológica.

3TC/DTG coformulado presenta un buen perfil de seguridad ya que se ha detectado una baja incidencia de efectos adversos en los pacientes estudiados y sólo 2 tuvieron que suspenderlo.

* * *

C7

ANÁLISIS DE EFICACIA DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

PACHECO LÓPEZ, P.; GARCÍA MOTOS, C.; PLAZA ANIORTE, J.; TORRANO BELMONTE, P.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y perfil de seguridad de dupilumab en un hospital de tercer nivel.

Analizar el cumplimiento del protocolo farmacoclínico del Sistema Nacional de Salud en Valtermed para dupilumab en la dermatitis atópica (DA), cuya financiación se restringe mediante un acuerdo de pago por resultados y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ambulantes tratados con dupilumab en nuestro hospital.

Las variables que se recogen de la historia clínica y farmacoterapéutica del servicio de farmacia son: edad, sexo, enfermedades concomitantes, indicación de uso, tratamiento previo y actual, parámetros iniciales EASI, IGA y BSA, fecha de inicio de dupilumab, número de dosis recibidas y efectos adversos re-

lacionados. La evaluación de eficacia mediante los criterios de respuesta EASI e IGA, y el perfil de seguridad del fármaco se realizaron en las semanas 16 y 24 y 52 de tratamiento. La eficacia se establece con la reducción igual o superior al 50% de EASI e igual o superior a 2 puntos en IGA. Los datos se obtienen mediante entrevista mensual con el paciente en la consulta de atención farmacéutica y se completan con la historia clínica de Selene®.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 22 pacientes (12 mujeres y 10 hombres) con DA de moderada a grave (6 desde la infancia, 1 desde la lactancia y el resto de diagnóstico reciente). La mediana de edad de los pacientes fue de 37 años (18-80).

Al inicio de tratamiento, 7 pacientes presentaban afectación generalizada en todo el cuerpo y el resto DA localizada. Como patología concomitante, cabe destacar que 7 de ellos presentaban asma alérgico extrínseco. Todos cumplían los criterios de inicio del fármaco especificados en Valtermed (>18 años, EASI>21, IGA>3, BSA>10% y refractariedad a medicación tópica y con tratamiento previo de ciclosporina salvo en casos contraindicados). Todos habían recibido tratamiento previo con corticoides.

Del total de pacientes, 1 se encontraba en el tramo 16-24 semanas, 6 en el tramo 24-52 y 15 ya habían completado las 52 semanas de tratamiento. El número medio de administraciones del fármaco por paciente fue de 34 dosis. Los efectos adversos (EA) registrados con más frecuencia (45.8%) fueron a nivel ocular: 6 pacientes con conjuntivitis, 3 con sequedad ocular y 2 blefaritis. En ningún paciente, estos efectos adversos motivaron la suspensión del tratamiento.

Respecto a la evaluación de eficacia, el 100% de los pacientes cumplió los criterios establecidos (EASI-50 y reducción de IGA 2 o más puntos) en los momentos oportunos de evaluación: semanas 16, 24 y 52 de tratamiento, por lo que continuaron recibiendo el fármaco.

CONCLUSIONES

Dadas las características especiales de financiación de dupilumab, el análisis de eficacia y seguimiento de resultados es fundamental para garantizar el uso adecuado de este tratamiento.

En nuestro centro, todos los pacientes tratados con dupilumab cumplen los criterios de uso y están respondiendo satisfactoriamente al fármaco, evaluándose positivamente la eficacia del tratamiento en el 100% de los casos evaluables. El perfil de seguridad del fármaco es bueno, no causando en ningún paciente efectos adversos graves.

* * *

C8

ANÁLISIS DEL CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN DE PACIENTES COVID DE ALTO RIESGO PARA EL USO DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIVIRALES

SELVI SABATER, P.; ABELLÓN RUIZ, J.; PASTOR CANO, J.; RAMÍREZ ROIG, C.; LÁZARO CEBAS, A.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVO

Analizar los datos obtenidos del circuito para identificar pacientes de alto riesgo de progresión COVID.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estableció un circuito para identificación de pacientes COVID de alto riesgo de progresión, con el objetivo de poder usar en estos pacientes los nuevos antivirales para el tratamiento de COVID.

El circuito se basa en un cruce de datos de aquellos pacientes que estan en tratamiento con un anti-CD20 o han sido sometidos a trasplante, tanto de órgano sólido como hematológico.

Los datos analizados son: nº pacientes por fecha, área de salud a la que pertenecen, fecha del positivo, edad, sexo, diagnostico principal, tratamiento con anti-CD20, si el paciente estaba ingresado o no en el momento de la PCR y tratamiento recibido.

Los datos fueron registrados y analizados en una base de datos Excel® diseñada para este uso, y el análisis de consumo mediante el Portal de Inteligencia (PIN) del Servicio Murciano de Salud.

RESULTADOS

Se registraron un total de 304 pacientes durante el periodo desde el 1 de diciembre 2021 al 15 de febrero 2022, de los cuales el 58% son hombres y la mediana de edad es de 58 años, siendo el 46% mayores de 60 años.

Su evolución en el tiempo indica que en el periodo de enero la pendiente de la curva de casos positivos acumulados fue 3,12 veces superior a la pendiente de diciembre, mientras que la de febrero es 2 veces superior a la de diciembre.

La mayoría de pacientes pertenecen al Área I (28%), seguido del Área II (20%), el Área VI (16%) y el Área VII (9%).

En cuanto al diagnóstico el 48% eran trasplantados renales, el 13% enfermedad hematológica, el 13% esclerosis múltiple, el 8% trasplante hepático, el 3% trasplante hematológico, 4% otros tipos de trasplante y 11% otros diagnósticos que incluyen enfermedades autoinmunes en tratamiento con anti-CD20 y otros tipos de trasplante.

Respecto a los anti-CD20 hay un total de 110 (36%) pacientes de los cuales el 71 recibían tratamiento con rituximab, el 38 con ocrelizumab y 1 paciente obinutuzumab.

El 85% de pacientes no estaban ingresados en el momento del diagnóstico.

Por último 16 pacientes recibieron Casirivimab-imdevimab , 9 pacientes recibieron Sotrovimab y 7 pacientes recibieron Molnupiravir.

CONCLUSIONES

Se observa mediante la pendiente de casos, un incremento de los casos positivos en el mes de enero respecto al de diciembre, coincidiendo con la última ola de contagios, y que empiezan disminuir ligeramente durante la primera quincena de febrero.

Dentro de esta población de riesgo, la mayoría de pacientes tenían el diagnostico de trasplante renal.

La tasa de ingreso en el momento del diagnóstico de estos pacientes fue del 15%.

Solo un 10,5% recibieron tratamiento específico para el COVID.

* * *

C9

¿PROPORCIONAMOS A LOS PACIENTES INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES?

CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.; PACHECO LÓPEZ, P.; LEÓN VILLAR, J.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

En los últimos años asistimos a un importante incremento de especialidades farmacéuticas termolábiles, lo que obliga a guardar un estricto control de la temperatura de conservación desde su fabricación hasta su administración. En este contexto, la educación sanitaria al paciente constituye un paso fundamental para que estos medicamentos se administren de forma eficaz y segura.

Por este motivo realizamos un estudio para determinar la calidad de la información proporcionada por los profesionales del Servicio de Farmacia a los pacientes, en relación a la conservación en su domicilio de los medicamentos termolábiles.

Para ello analizamos la variabilidad de los resultados, para poder establecer de manera protocolizada los ítems de información, necesaria y suficiente, que debe contener el consejo farmacéutico al paciente en relación a la conservación de este tipo de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una selección al azar de 28 profesionales del Servicio de Farmacia (13 enfermeros, 10 farmacéuticos adjuntos y 5 farmacéuticos residentes).

Cada participante, de manera aislada e individualizada, realizó la selección de criterios que debía contener la información al paciente en relación al trasporte y conservación de los medicamentos termolábiles. Las respuestas fueron recogidas durante la entrevista en una base de datos anonimizada.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron:

Información general:

- Informar de que es un medicamento termolábil: 89,28%.
- Proporcionar teléfono para incidencias en caso de ruptura de la cadena de frio: 10,71%.
- Mantener fuera del alcance de los niños: 3,57%.
- Devolver si suspensión de tratamiento: 3,57%.

Almacenamiento:

- Especificar ubicación en nevera:
  - Distinción puerta/interior 28,57%;
  - Evitar el contacto con paredes: 28,57%;
  - Altura dentro de la nevera 3,57%.
- No guardar junto a alimentos: 17,85%.
- Hacer distinción nevera/congelador: 10,71%.

Transporte:

- Realizar recomendaciones para un correcto transporte: 50%.
- Recalcar la importancia del tiempo transcurrido desde la dispensación hasta la conservación en nevera: 39,29%.

Administración:

- Atemperar previo a la administración (en su caso): 39,28%.
- Inspeccionar visualmente: 7,14%.
- Comprobar la caducidad: 7,14%.
- Administrar a la misma hora: 3,57%.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado variabilidad en la selección de criterios proporcionada por los profesionales entrevistados, lo que nos ha permitido completar, estandarizar y sistematizar la entrega de información a los pacientes en cuanto a la conservación de medicamentos termolábiles.

Se trata de una iniciativa aplicable a todos los servicios de farmacia. A raíz de los resultados obtenidos se ha elaborado material de apoyo a la dispensación y se han impartido sesiones formativas dirigidas a todos los profesionales del servicio de farmacia implicados, incluidas las nuevas incorporaciones y los técnicos auxiliares de farmacia.

* * *

C10

COMPARACIÓN INDIRECTA DE ANTIVIRALES COVID FRENTE A REMDESIVIR EN PACIENTE AMBULATORIO CON ALTO RIESGO DE PROGRESIÓN A ENFERMEDAD GRAVE

SELVI SABATER, P.; ABELLÓN RUIZ, J.; PASTOR CANO, J.; RAMÍREZ ROIG, C.; LÁZARO CEBAS, A.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVO

Comparación indirecta de eficacia (hospitalización y/o muerte) de los tratamientos antivirales para el COVID19 el paciente ambulatorio con alto riesgo de progresión frente a remdesivir

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron aquellos antivirales que contienen alguna recomendación sobre uso a través de la Agencia Española del Medicamento para el tratamiento del COVID19 (Sotrovimab, Casirivimab+Imdevimab, Molnupiravir, Nirmatrelvir+Ritonavir y Remdesivir).

Para comparar los datos se utilizaron los datos publicados en los ensayos clínicos para el tratamiento de paciente ambulatorio con alto riesgo de progresión de cada fármaco.

La comparación indirecta se realizó para la variable principal de los ensayos clínicos (hospitalización y/o muerte) 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:

Para Remdesivir frente a placebo RR 0,14 (IC95% 0,03 a 0,59) con una p=0,008

Para Sotrovimab frente a placebo RR 0,14 (IC95% 0,04 a 0,48) con una p=0,00165

Para Nirmatrelvir+Ritonavir frente a placebo RR 0,15 (IC95% 0,06 a 0,34) con una p<0,0001

Para Casirivimab+Imdevimab frente a placebo RR 0,29 (IC95% 0,17 a 0,48) con una p<0,0001

Para Molnupiravir frente a placebo RR 0,52 (IC95% 0,33 a 0,8) con una p=0,0048

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 Remdesivir:

Para Sotrovimab frente a Remdesivir RR 1,04 (IC95% 0,15 a 7,2) con una p=0,97

Para Nirmatrelvir+Ritonavir frente a Remdesivir RR 1,11 (IC95% 0,24 a 5,05) con una p=0,89

Para Casirivimab+Imdevimab frente a Remdesivir RR 2,14 (IC95% 0,44 a 10,4) con una p=0,34

Para Molnupiravir frente a Remdesivir RR 3,84 (IC95% 0,81 a 18,2) con una p=0,09

Un RR>1 indicaría un peor resultado del comparador activo frente a Remdesivir (mayor riesgo de sufrir evento: hospitalización y/o muerte) siempre y cuando exista significación estadística (p<0,05)

CONCLUSIONES

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

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia de los distintos antivirales frente a Remdesivir para el tratamiento del paciente COVID ambulatorio.

Se deberán tener en cuenta otras características de los fármacos como vía de administración, coste, interacciones con otros medicamentos y/o actividad frente a omicron a la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado.

* * *

C17

IMPLANTACIÓN DE LA TELEFARMACIA ASOCIADA A LA DISPENSACION EN 2 ZONAS DE SALUD RURALES DESDE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

GRACIA PIQUER, R.; FRESQUET MOLINA, R.; VINUESA HERNANDO, J.M.; SOPENA CARRERA, L.; PASCUAL MARTÍNEZ, O.; SALVADOR GÓMEZ, T.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

OBJETIVOS

- Describir el proceso de implementación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico a través de Telefarmacia con posterior envío de medicación hospitalaria desde el Servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel a dos centros médicos de especialidades (CME) de 2 zonas de salud rurales del sector.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado desde mayo de 2019 hasta noviembre de 2021.

Se analizó en cada una de las zonas de salud: pacientes con dispensación activa, pacientes dados de baja, medicación dispensada, media de envíos mensuales, y porcentaje mensual en telefarmacia con respecto

al total de pacientes que recogen medicación en el hospital.

Se realizó un corte transversal en abril 2020, se analizó las incidencias acontecidas en el proceso de telefarmacia y se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes. Consta de 11 preguntas valoradas en base a una escala numérica (1-5) con una puntuación máxima de 55 puntos.

RESULTADOS

Se registraron 102 pacientes en la zona de salud 1 y 60 en la zona de salud 2. Se dieron de baja 16 y 6 pacientes respectivamente. La media de envíos mensuales a la zona 1 fue de 44 en 2020 y 50 en 2021; y a la zona 2 26 en 2021 (en 2020 no estaba). El porcentaje de pacientes mensual en telefarmacia respecto al total de medicamentos dispensados en hospital fue de 2,27% y 1,19% en zona 1 y 2 respectivamente. El 65,4% fármacos biológicos, 8,4% fármacos para esclerosis múltiple, 3,8% antibacterianos, 3,1% hormonas de crecimiento, 5,4% antiretrovirales, y 13,9% otros.

En el corte transversal las incidencias respecto el total de envíos fueron: 4,44% no recogieron la medicación, 2,09% error en la preparación del envío y 0,26% los pacientes no respondieron a la teleconsulta.

La encuesta de satisfacción se realizó a 70 pacientes, media de edad 51,5 ± 17,79 años, 57,14 % hombres. 51,43% trabajaban, 4,28% estudiaban, 40% jubilados y 4,28% desempleados. 82,85% residían en el municipio del CME. 57,14% recogían la medicación en el Servicio de Farmacia desde hace más de 5 años. La satisfacción fue 53,7 puntos.

CONCLUSIONES

- El programa de Telefarmacia, ha resultado ser una herramienta que incorpora innovación y facilita la atención farmacéutica, y el seguimiento farmacoterapéutico de algunos pacientes; nos permitió reforzar la adherencia, seguridad.-
- La Telefarmacia con dispensación reduce el tiempo empleado en recoger la medicación en los pacientes que viven en áreas alejadas del hospital, y sin merma en la atención farmacéutica recibida. Destacando la extraordinaria satisfacción de los pacientes.
- El éxito de este programa en la zona 1, promovió la implantación en otras zonas de salud del sector.

  El próximo objetivo es estratificar a estos pacientes mediante el modelo CMO (capacidad, motivación y oportunidad) del Programa MAPEX (Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo) de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) con el fin de seleccionar a los pacientes más candidatos a incluir en el programa de telefarmacia con dispensación.

* * *

C18

DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE FÁRMACOS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19

FRESQUET MOLINA, R.; GRACIA PIQUER, R.; SOPENA CARRERA, L.; VINUESA HERNANDO, J.M.; SALVADOR GÓMEZ, T.; GIMENO GRACIA, M.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

OBJETIVOS

Describir la actividad de dispensación de medicación hospitalaria a domicilio y atención farmacéutica durante el estado de alarma por COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de la dispensación domiciliaria de fármacos y seguimiento farmacoterapéutico apoyada en la telefarmacia en el periodo comprendido entre el 23 de marzo de 2020 hasta 22 de mayo de 2020. Durante este periodo la entrega a domicilio se realizó de lunes a viernes. Los pacientes fueron contactados telefónicamente para ofrecerles la consulta de atención farmacéutica.

Se generaron listados de dispensaciones desde enero de 2020 hasta marzo de 2020 del programa de Pacientes Externos de Farmatools y con la información demográfica del hospital se creó una base de datos. Se contactó telefónicamente con los pacientes, y en esta consulta se revisaban aspectos como la adherencia, la seguridad y la eficacia del tratamiento; priorizando la dispensación a pacientes de edad avanzada, pacientes de área rural más alejada, y los tratamientos onco-hematológicos.

Participaron en esta iniciativa el personal sanitario del Servicio de Rehabilitación disponible en aquellos momentos, que organizaban las rutas de envío con conductores, y entregaban la medicación en el domicilio de los pacientes.

Los datos estadísticos fueron tratados con Excel.

RESULTADOS

Se realizaron 2151 envíos a pacientes, de éstos se excluyeron para el análisis estadístico 32, 23 de los cuales pertenecían a otros hospitales de la misma comunidad autónoma y 9 eran de ensayos clínicos. El 51,1% de los pacientes fueron hombres con una media de edad 55 años ± 19años. Pertenecientes a 117 municipios diferentes, destacando el área urbana con un 52,8% de los envíos.

Los fármacos más dispensados fueron terapias biológicas en reumatología 19,7% (417 pacientes), tratamiento antirretroviral 15,3% (339 pacientes), Epoetina y Darbepoetina 11,2% (235 pacientes) fármacos modificadores de la esclerosis múltiple 7,5% (159 pacientes), terapia biológica para enfermedades inflamatorias digestivas 6,3% (133 pacientes) y tratamientos oncológicos 6% (128 pacientes).

Se realizaron una media de 52,68 envíos diarios, con un máximo de 77 y un mínimo de 21 envíos.

Con una tasa de error del 0,5%, se notificaron 11 incidencias de las cuales 6 fueron errores en la dispensación/preparación de la medicación, 4 errores de entrega y 1 error de ruta.

CONCLUSIONES

- Se ha objetivado que el cambio en el modelo de dispensación y atención farmacéutica del Servicio de Farmacia durante el COVID-19 garantizó un buen seguimiento de los pacientes, además de garantizar la continuación de sus tratamientos.
- La disminución de las presencias de los pacientes en el Servicio de Farmacia contribuyó a minimizar el riesgo de contagio de COVID-19, ya que un alto porcentaje de los pacientes que acuden al Servicio de Farmacia están inmunocomprometidos.
- La dispensación de medicación a domicilio, y la consulta telemática, son alternativas perfectamente válidas y complementarias a la dispensación y atención farmacéutica presencial.

* * *

C21

INFLUENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES EN LA EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB EN LÍNEAS AVANZADAS DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

GARCÍA SOLER, J.L.; DÍAZ CARRASCO, M.S.; ALONSO ROMERO, J.L.; OLMOS JIMÉNEZ, R.; VALDERREY PULIDO, M.; ESPUNY MIRÓ, A.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Analizar la influencia de la administración de corticoides en la efectividad, en términos de supervivencia global (SG), del tratamiento con un anticuerpo frente al receptor de muerte programada 1 (anti-PD-1) en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) tratados líneas avanzadas de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de CPNM que comenzaron un tratamiento con un anti-PD-1 en tercera línea de tratamiento o posterior entre 2015 y 2018. Se analizó la edad, sexo, anticuerpo y duración del tratamiento. En cuanto a la enfermedad, se recogió la histología, estadio, valor de la escala ECOG, expresión de PD-L1, mutación en EGFR y reordenamiento de ALK y ROS-1. El consumo de corticoides; definido como la administración de fármacos con acción corticoide a dosis superiores a 10mg/día de prednisona o equivalente, se evaluó en los 30 días previos y 30 días posteriores al inicio del anti-PD-1. La SG se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y la influencia de la administración de corticoides en la SG a través del modelo de regresión de Cox.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 52 pacientes con una media de edad de 61,1±11,3 años; el 78,8% eran hombres. Los pacientes fueron tratados con nivolumab (94,2%) y pembrolizumab (5,8%) durante una mediana de 19,9 semanas (p25:5,3-p75:49,0). La histología fue de tipo adenocarcinoma en 32 (61,5%), epidermoide en 13 (25,0%) e indiferenciado en 7 (13,5%). Cincuenta pacientes (96,2%) presentaban estadio IV y 2 (3,8%) estadio IIIC. El valor de la escala ECOG fue evaluado en 45 pacientes siendo de 0 en 2 pacientes (4,4%), 1 en 25 (55,6%), 2 en 17 (37,8%) y 3 en 1 (2,2%). En 7 pacientes se evaluó la expresión de PD-L1 siendo: <1,0% en 2 (28,6%), ≥1,0% y <5,0% en 2 (28,6%), ≥5,0% y <50,0% en 1 (14,3%) y ≥50,0% en 2 (28,6%). La mutación de EGFR se determinó en 31 pacientes; 2 (6,5%) presentaban la mutación en EGFR y 1 (3,2%) la mutación de resistencia T790. El reordenamiento de ALK y ROS-1 se determinó en 22 y 11 pacientes, no habiendo ningún paciente con el reordenamiento de ALK y 2 (18,2%) con el de ROS-1.

En 51 pacientes se pudo evaluar el consumo de corticoides, habiendo 14 pacientes (27,5%) con consumo de estos fármacos en los 30 días previos al inicio del anti-PD-1 y 16 (31,4%) con consumo tras los primeros 30 días de tratamiento. La mediana de SG de estos pacientes fue de 7,9 meses (IC95%: 4,3–11,5), siendo el valor del HR del uso de corticoides en los 30 días previos al inicio del anti-PD-1 de 2,4 (IC95% 1,2 – 4,6); p 0,009 y de 4,6 (IC95% 1,2 – 4,6); p <0,001 para su uso en los 30 días tras el inicio.

CONCLUSIONES

En los pacientes con CPNM que inician un anti-PD-1 en líneas avanzadas de tratamiento, tanto el consumo de corticoides en los 30 días previos como en los 30 días posteriores al inicio del tratamiento, ha presentado un impacto negativo en la SG. Este impacto ha sido de mayor magnitud cuando el consumo de corticoides se ha producido en los 30 días tras el inicio del tratamiento.

C22

CIRCUITO DEL ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; MATEO CARMONA, J.; MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; FAJARDO MEROÑO, M.C.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; ROBLES GARCÍA, I.S.
Hospital Comarcal del Noroeste

OBJETIVOS

Describir el procedimiento farmacocinético y analizar los resultados obtenidos en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2018 se estableció un procedimiento para la monitorización de niveles de fármacos biológicos.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 2019 a 2021. Se analizó todo tratamiento biológico (TB) aprobado para su determinación (Infliximab (IFX), Adalimumab (ADA), Etanercept (ETN), Ustekinumab, Vedolizumab y Golimumab) en un hospital comarcal. Las variables recogidas fueron: Servicio Clínico solicitante del nivel, TB a monitorizar, nivel farmacocinético, actuación del Servicio de Farmacia (SF), aceptación o no por parte del médico y motivo de rechazo. Los datos fueron recogidos por el programa SELENE®.

RESULTADOS

Se diseñó un circuito y un formulario para la petición de niveles e informes farmacocinéticos en el aplicativo SELENE®.

El SF conociendo la última fecha de administración o la cita en hospital de día (HD), contacta con el paciente para hacer coincidir ésta con la determinación (nivel valle), modificando en SELENE la fecha propuesta por el médico. Los pacientes tratados con IFX, Vedolizumab o Ustekinumab la extracción se realiza en HD previa a su administración.

Tras la extracción, la muestra se envía al laboratorio de inmunología del hospital de referencia.

Una vez consultado el resultado del nivel en SELENE® el SF redacta un informe farmacocinético que comunica al médico.

En total se determinaron 79 niveles, 13 (16,4%) en dermatología (11 [84,6%] ADA y 2 [15,4%] Ustekinumab), 55 (69,6%) en digestivo (19 [34,6%] IFX, 27 [49,1%] ADA, 7 [12,7%] Ustekinumab, 2 [3,6%] Vedolizumab), 1 (1,3%) en medicina interna (1 [100%] ADA) y 10 (12,7%) en reumatología (3 [30%] IFX, 3 [30%] ETN, 4 [40%] ADA). Informándose 43 (54,4%) ADA, 22 (27,9%) IFX, 9 (11,4%) Ustekinumab, 3 (3,8%) ETN y 2 (2,5%) Vedolizumab.

El SF recomendó en 43 (54,4%) casos continuar con el mismo tratamiento, en 12 (15,2%) cambiar de diana terapéutica, en 4 (5,1%) cambiar a otro TB con mismo mecanismo de acción, en 16 (20,2%) intensificar TB (13 [81,25%] acortando intervalo y 3 [18,75%] aumentando dosis), en 1 (1,3%) disminuir la dosis y en 3 (3,8%) espaciar la administración.

De los informes realizados por el SF, 62 (78,5%) casos fueron aceptados por el médico. De los 17 (21,5%) no aceptados, 9 (52,9%) fueron con ADA, 4 (23,5%) con IFX, 2 (11,8%) con ETN, y 2 (11,8%) con Ustekinumab. En el caso de ADA, el médico propuso en 4 (44,5%) de ellos continuar igual, en 2 (22,2%) cambiar de diana terapéutica y en 3 (33,3%) intensificar el tratamiento. De los 4 IFX, el médico recomendó en 2 (50%) casos cambiar de diana, en 1 (25%) continuar igual TB y en 1 (25%) acortar intervalo. Respecto al ETN, en uno (50%) se propuso continuar con ETN y en otro (50%) cambiar por otro TB con mismo mecanismo de acción. Finalmente, con Ustekinumab recomendó en un caso (50%) continuar igual tratamiento y en otro caso (50%) acortar el intervalo de administración.

CONCLUSIONES

La determinación de niveles farmacocinéticos permite optimizar el uso y maximizar la eficiencia de los TB.

El Servicio de Digestivo es el que más peticiones de informes realiza y ADA el fármaco con más niveles farmacocinéticos.

Gran parte de recomendaciones del SF son aceptadas por el médico, siendo la continuación con el mismo fármaco la recomendación más frecuente.

De los casos no aceptados, ADA es el fármaco habitual y continuar con el mismo TB lo más recomendado.

* * *

C23

MEJORAS IMPLANTADAS EN LA UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES EXTERNOS

LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.; SORIANO JIMÉNEZ, A.; MUÑOZ GUARDIOLA, E.; VALERO CANTERO, M.J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

RESUMEN

Objetivos: Analizar la puesta en marcha de una agenda de citación en la unidad de dispensación de medicamentos a pacientes externos (UDMPE) del servicio de farmacia hospitalario (SFH) y evaluar las interconsultas regionales (IR) de otros hospitales e interconsultas a farmacia intrahospitalarias (IFI) de los servicios clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

1- Se diseñó una agenda de citación para la UDMPE. Se establecieron citaciones con intervalos de 10 min. de lunes a viernes en horario desde las 08.00 a las 14.30. Se definieron 6 prestaciones diferentes para la dispensación de medicación desde el SFH: derivación desde otro hospital, nuevo /modificación de tratamiento, recogida de medicación, inicio telefónico, sucesiva telefónica, suero autólogo.

2- Se habilitó la IFI para la prescripción de tratamientos dentro del hospital.

3- Se habilitó la IR entre SFH, para la derivación de dispensación de medicación de pacientes de otros hospitales.

RESULTADOS

Desde 2020, el 100% de pacientes que se atienden UDMPE son citados en la agenda de farmacia. Un total de 747 pacientes fueron citados de enero 2021-diciembre 2021. Se generaron 7.479 citas con un 3,3% (249) de citas imprevistas. La citación por prestaciones fue: 1,4% (104) derivación desde otro hospital, 3,1% (236) inicio/modificación del tratamiento, 91,5% (6.841) recogida de medicación, 129 (1,7%) sucesiva telefónica, 1,1% (82) suero autólogo.

En 2021 el SFH recibió 203 IFI del resto de especialidades clínicas del hospital con la siguiente distribución: 1,4% (11) Alergología, 6,2% (9) Dermatología, 38,8% (62) Digestivo, 14,8% (23) Hematología, 18,5% (29) Medicina Interna, 14,2% (22) Neurología, 0,6% (1) Oftalmología, 0,6% (1), Pediatría 1,8% (3), Rehabilitación 19,7% (40), Urología 1,0 % (2).

En 2021, todas las derivaciones de pacientes para dispensación de otros hospitales se hicieron por IR, 45 pacientes fueron derivados desde otros hospitales para dispensación de medicación en el SFH del Área de Salud. El impacto económico de estos pacientes derivados fue de 502.221,3 €. El desglose por especialidades fue la siguiente: 18 pacientes Reumatología 149.069,1 €; 10 pacientes Neurología 95.311,7 €; 4 pacientes Dermatología 26.689,3 €;

4 pacientes Urología 31.336,7 €; 2 pacientes Digestivo 10.234,3 €; 1 paciente Inmunología 47.091,0 €; 4 pacientes Medicina Interna 73.788,1 €; 1 paciente Hematología: 62.968,7 €; 1 paciente Infecciosas 5.732,4 €.

CONCLUSIONES

La citación por agenda, mejora la organización de la UDMPE con recursos materiales y humanos disponibles y la calidad en la atención a los pacientes.

La IFI queda registrada en la historia clínica con la intervención del farmacéutico, evita desplazamientos de los pacientes al SFH y permite eliminar peticiones manuales reduciendo el consumo de papel.

La IR habilita la derivación de pacientes entre los SFH para la dispensación de medicación en el hospital más cercano, queda registrada en la historia clínica y permite detectar fácilmente los pacientes para su seguimiento.

* * *

C24

CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.; .
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Analizar la carga anticolinérgica (CA) y el riesgo anticolinérgico (RA) asociado en los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría e identificar los fármacos que contribuyen en mayor medida a dicha carga.

Secundariamente, determinar qué escala/s determina más confiablemente el RA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en enero de 2022 que incluyó a todos los pacientes ingresados.

Las variables recogidas fueron edad, sexo y tratamiento farmacológico: nº de fármacos con CA y su RA según las escalas: *Anticholinergic Drug Scale (ADS), Anticholinergic Risk Scale (ARS), Drug Burden Index (DBI), Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), Chew's scale (Chew), Anticholinergic Activity Scale (AAS), Anticholinergic Load Scale (ALS), Clinician-Rated Anticholinergic Scale (CrAS)* y *Duran's scale (Duran)*.

La carga y el riesgo anticolinérgico (sin riesgo, bajo, medio y alto) se calcularon mediante la herramienta "*Anticholinergic Burden Calculator*".

Análisis estadístico: SPSS®. Grado de concordancia entre escalas mediante índice *Kappa*.

RESULTADOS

88 pacientes (40% mujeres) con edad media de 43,5 años.

N° medio de fármacos prescritos con efectos anticolinérgicos: 6

Además, el 31% de los pacientes llevaban prescritos fármacos extra con carga anticolinérgica no computados por la herramienta (clotiapina, amisulprida, tiaprida, clometiazol, vortioxetina y lacosamida).

La carga anticolinérgica media y el riesgo anticolinérgico que supone este valor en cada escala fue: 5,5 (alto) con ADS; 2,1 (medio) con ARS; 2,8 (alto) con DBI; 4,5 (alto) con ACB; 3,3 (medio) con Chew; 3,0 (medio) con AAS; 1,8 (medio) con ALS; 2,2 (medio) con CrAS; y 2,9 (alto) con Duran.

Más del 50% de los pacientes tiene riesgo alto en alguna de las escalas.

El 100% de los pacientes tenía prescrito algún fármaco con carga anticolinérgica.

Dentro de estos fármacos con actividad anticolinérgica, los más pautados fueron benzodiacepinas (83,1%), olanzapina (45,7%), antidepresivos (44,3%) y quetiapina (33,3%).

Más del 90% de los fármacos pertenecen al grupo N (Sistema Nervioso) según la clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC).

Índice Kappa: concordancia muy débil (51,8%), débil (39,6%), moderada (8,6%).

CONCLUSIONES

Existe un elevado número de pacientes con CA elevada y alto riesgo de desarrollar efectos adversos anticolinérgicos.

Los fármacos más frecuentemente implicados pertenecen al grupo N de la clasificación ATC.

El grado de concordancia entre las distintas escalas es muy bajo, por lo que no se puede recomendar el uso de una escala frente a otra.

Los resultados orientan a la necesidad de implementar estrategias de deprescripción en estas unidades de hospitalización.

* * *

C27

PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE LA COMISIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; MATEO CARMONA, J.; MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; FAJARDO MEROÑO, M.C.; ROBLES GARCÍA, I.S.
Hospital Comarcal del Noroeste

OBJETIVOS

Analizar los tratamientos biológicos comentados en la Comisión de Terapias Biológicas (CTB) de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras aprobarse la instrucción 1/2019 del Servicio Murciano de Salud (SMS) sobre el acceso de terapias biológicas se creó la CTB en el hospital con la participación de diferentes servicios (farmacia, reumatología, dermatología, digestivo, hematología, neumología, cardiología, neurología, alergia y endocrino).

Se acordó celebrar la reunión el último jueves de cada mes excepto en verano y Navidad, con un total de nueve reuniones anuales.

En dichas reuniones se discuten los casos recibidos durante el mes anterior en el Servicio de Farmacia (SF) para el inicio, suspensión o cambio de diana terapéutica de los tratamientos biológicos (TB) y se exponen las nuevas actualizaciones de los grupos de trabajo sobre las diferentes patologías implicadas.

Con todo ello, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los años 2019 a 2021 de todos los TB presentados en la CTB de un hospital comarcal. Las variables recogidas fueron: reuniones realizadas, inicios de TB, cambios de diana terapéutica, cambios a biosimilar (con mismo mecanismo de acción y de marca comercial a biosimilar), intensificaciones y Servicio Clínico implicado, derivaciones de otros hospitales y traslados de otras Comunidades Autónomas. Los datos fueron recogidos de las actas realizadas en cada reunión y de las historias clínicas consultadas a través del programa de historias clínicas SELENE®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron 20 reuniones. Seis de ellas en 2019 tras publicación de la instrucción en marzo, cinco en 2020 como consecuencia de la pandemia y nueve durante el 2021.

De forma global se comentaron 194 TB, siendo 117 (60,3%) inicios de tratamiento, 35 (18,1%) cambios de diana terapéutica, 19 (9,8%) traslados de otras comunidades y/o derivaciones de otros hospitales de la región, 9 (4,6%) intensificaciones de tratamiento, 9 (4,6%) cambios a otro biosimilar con mismo mecanismo de acción y 5 (2,6%) cambios de marca comercial a biosimilar. Los inicios se realizaron con biosimilares en 63 (53,8%) casos, mientras que el resto de TB (46,2%) no presentaban biosimilar comercializado. En los inicios con biosimilar, 46 (73,0%) fueron con adalimumab (ADA), 13 (20,6%) con etanercept (ETN), 2 (3,2%) con infliximab (IFX) y 2 (3,2%) con rituximab.

Entre las intensificaciones de TB se realizaron 8 (88,9%) por el servicio de digestivo y 1 (11,1%) por reumatología. En digestivo se intensificaron 4 (50%) IFX, 2 (25%) ADA, 1 (12,5%) vedolizumab y 1 (12,5%) ustekinumab. En 6 (75%) intensificaciones se acortó el intervalo de administración, y en las 2 de ADA fueron por aumento de dosis. En reumatología se intensificó IFX, acortando el intervalo.

CONCLUSIONES

Se realizan el número de reuniones acordadas en la CTB excepto en el periodo de pandemia.

La mayoría de los casos son inicios de tratamiento y se realizan con biosimilares según lo acordado por la instrucción del SMS. ADA es el fármaco más utilizado para iniciar los TB.

El Servicio de Digestivo es el que más intensificaciones de TB realiza y la disminución del intervalo de administración es la intensificación más utilizada.

La creación de la CTB es una gran oportunidad para conseguir que los pacientes reciban el TB más adecuado y eficiente según las características de cada uno de ellos.

* * *

C29

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR CONTAMINACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SARS-COV-2

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Desarrollar protocolo de actuación a seguir frente a medicamentos susceptibles de haber estado en contacto con pacientes positivos por SARS-CoV-2 en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal de implantación los 3 primeros meses de 2021. Se identificó la necesidad de medidas encaminadas a mejorar la seguridad en medicamentos en contacto con pacientes sospechosos de infección por SARS-CoV-2.

Diseño del circuito y etapas:

1-Previsión riesgo de contaminación cruzada: asegurar que medicamentos de pacientes sospechosos de SARS-CoV-2 no se manejen conjuntamente con el resto de medicación.

No permitido que medicamentos retirados de cajetín del botiquín de enfermería sean devueltos al contenedor del que provienen. Usar contenedor de devolución común y seguro para que no se reutilicen.

2-Disminución del tráfico y limitación de contaminación cruzada:

- Aumentar temporalmente stock de medicamentos en los botiquines para disminuir la frecuencia de reabastecimiento.
- Dispensar sólo los medicamentos necesarios para minimizar el volumen de artículos devueltos a Farmacia.
- Almacenar los medicamentos en múltiples contenedores con menos dosis por contenedor para minimizar la contaminación táctil del contenedor al retirar los medicamentos.
- No usar el mismo cajetín de almacenamiento para >1 fármaco.

3-Almacenamiento seguro de artículos críticos: colocar medicamentos con alta demanda, escasez o que requieren control más estricto en cajoneras con mayor supervisión e inventario periódico.

4-Política de seguridad en devoluciones: medicamentos no usados se colocan en una bolsa de plástico etiquetada con la fecha y se envían a Farmacia, donde se almacenan en lugar seguro. Tras 3 días queda eliminada la viabilidad de cualquier posible virus SARS-CoV-2 (ISMP-N van Doremalen et al.2020), y el farmacéutico evaluará si los medicamentos pueden reponerse o deben descartarse.

No se permite devolver viales multidosis ni formulaciones de dosis única o multidosis (cremas, colirios, jarabes) de medicamentos que hayan estado en la habitación del paciente sospechoso de SARS-CoV-2.

5-Al manipular medicamentos en planta, los profesionales deben seguir enfoque de "manos limpias", realizando higiene de manos antes y después de acceder al medicamento.

Implantación: Se realiza simulacro del circuito, plan de formación y difusión del protocolo al personal implicado.

RESULTADOS

Se aumentó temporalmente el stock de 30 medicamentos en los botiquines de planta para disminuir su frecuencia de reabastecimiento.

Se revisaron los informes de inventario, retirándose 7 especialidades con apenas uso para así dejar espacio a medicamentos con más movimiento y reducir su dosis por cajetín y minimizar posible contaminación.

21 medicamentos devueltos a Farmacia desde la puesta en funcionamiento del protocolo, de los que 15 fueron asumidos tras superar el período de cuarentena y 6 desechados.

CONCLUSIONES

La existencia de pacientes hospitalizados SARS-CoV-2 ha requerido cambios sustanciales en protocolos y flujos de trabajo, incluidos los relacionados con el uso de medicamentos, lo que ha hecho necesario el desarrollo e implantación de este protocolo.

Estas medidas de actuación son válidas ante cualquier caso de alerta sanitaria, ya sea por SARS-CoV-2 o por cualquier otro agente infeccioso futuro.

Circuito y protocolo fácilmente aplicables a otros Servicios de Farmacia, incluidos aquellos con mayor incidencia de SARS-CoV-2 que el nuestro.

C30

"QUÍTATE LA ETIQUETA": PROYECTO DE DESETIQUETADO DE ALERGIA A BETALACTÁMICOS

FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; CABALLERO REQUEJO, C.; RENTERO REDONDO, L.; NAVARRO GARRIDO, C.; TOMÁS JIMÉNEZ, C.; URBIETA SANZ, E.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVOS

Detectar pacientes con alergia a betalactámicos (AB) codificada en la historia clínica electrónica sin confirmación mediante pruebas de alergología, con el fin de un posible desetiquetado de alergia. De esta manera, se podrá optimizar el uso de antimicrobianos en futuros ingresos mediante la ampliación de las opciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 55 años que ingresaron en las distintas secciones de Medicina Interna desde enero hasta septiembre de 2021, y que presentaban AB codificada. Estos datos se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Se comprobó si tenían confirmación por parte del Servicio de Alergología (SA) de dicha alergia mediante pruebas cutáneas y de exposición controlada. En aquellos pacientes en los que no se hayan realizado estas pruebas, se hará interconsulta por parte del Servicio de Farmacia (SF) al SA, que procederá según la siguiente metodología:

1. Confirmar si la reacción adversa descrita en la historia clínica es sugestiva de reacción alérgica (se desetiquetará automáticamente a aquellos pacientes cuya reacción es un efecto adverso predecible: náuseas, vómitos, diarrea, candidiasis, etc..)
2. Valorar edad y patología de base para realización de las pruebas, así como tratamiento crónico con betabloqueantes (se descartarán aquellos pacientes que no puedan ser tratados con adrenalina en caso de reacción anafiláctica durante la prueba).
3. Cuando la reacción adversa haya sido hace menos de 3 años, se realizarán pruebas de IgE específica para confirmación. En caso de ser negativas, se realizarán pruebas cutáneas. Si éstas también resultan negativas, se realizará prueba de provocación con el fármaco.

RESULTADOS

Durante el período de estudio ingresaron 120 pacientes con AB codificada en la historia clínica. La media de edad fue de 75±11,5 años, siendo el 60,8% mujeres. El 31,7%% de los 120 pacientes ingresaron por un proceso infeccioso como diagnóstico principal.

Se comprobó que se había realizado test cutáneo y pruebas de exposición controlada en el SA a 17 pacientes (14%), resultando positivas en el 70,6% de ellas. De los 103 pacientes restantes sin pruebas confirmadas, 12 fueron éxitus, por lo que finalmente serán derivados mediante interconsulta al SA 91 pacientes.

CONCLUSIONES

Entre un 10 y un 20% de los pacientes hospitalizados refieren ser alérgicos a los betalactámicos. Sin embargo, las reacciones documentadas graves a estos fármacos tienen una baja incidencia (0,004 a 0,015%). En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con registros de AB realmente diagnosticados por pruebas alergológicas es bajo (17%), sin embargo se ha encontrado un alto porcentaje de AB confirmados entre ellos (70,6%).

La muestra seleccionada es relevante ya que los pacientes de edad más avanzada suelen presentar más reingresos, siendo subsidiarios de futuros tratamientos antimicrobianos. El disponer de un abanico

más amplio de antibióticos para su futuros tratamientos podrá optimizar su terapia, ya que en los pacientes con AB se utilizan con frecuencia agentes alternativos de segunda línea que pueden ser clínicamente inferiores, además del riesgo aumentado de desarrollo de resistencias. Este proyecto está enmarcado como un objetivo dentro del Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA), siendo un trabajo multidisciplinar enfocado en la mejora de resultados en el paciente.

* * *

C36

PREVALENCIA Y DETECCIÓN DE PACIENTES ALÉRGICOS A MEDICAMENTOS EN UNIDAD DE CIRUGÍA

QUIRANTE CREMADES, A.; BALLESTEROS MARÍN, I.; MOLINA MARTÍNEZ, V.; GARCÍA PEDREÑO, A.; GARCÍA BELCHI, N.
Hospital Viamed San José

OBJETIVOS

Las reacciones alérgicas a medicamentos son reacciones de hipersensibilidad impredecibles en las que se produce una respuesta inmunológica anormal ante la exposición a un fármaco. Los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía son expuestos a fármacos por vía endovenosa que pueden provocar reacción alérgicas.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de pacientes alérgicos a medicamentos en pacientes ingresados en la unidad de cirugía y valorar la eficacia de la detección de pacientes alérgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes ingresados en la unidad de cirugía entre octubre de 2021 y enero de 2022.

Las reacciones alérgicas que manifiestan los pacientes en la consulta de pre anestesia son registradas en el programa informático HIS. A partir de estas alergias registradas se determinar prevalencia de pacientes alérgicos a medicamentos y frecuencia de alergias a diferentes grupos de medicamentos y principios activos.

De los pacientes alérgicos se realiza seguimiento registrando si se le prescribe algún fármaco al que se ha identificado como alérgico o al que pueda tener alergia cruzada o si se realiza alguna sustitución por otro medicamento. Si se le prescribe un fármaco al que es alérgico se revisa en la historia clínica si se le administra y si presenta reacción alérgica.

RESULTADOS

Entre el 21 de octubre de 2021 y 21 de enero de 2022 se producen en la unidad de cirugía 1009 ingresos. La edad media de los ingresos fue de 54 años y el 68,46% eran mujeres. De los 1009 pacientes se detectaron a 149 pacientes alérgicos (14,77%). De los 149 pacientes alérgicos, 40(26,84%) presentaban alergias múltiples. Los grupos terapéuticos de fármacos al que los pacientes presentaban más alergias fueron las penicilinas (24,34% del total) y pirazolonas (15,34% del total). Otros grupos terapéuticos a los que los pacientes presentaban alergia de forma frecuente fueron Antinflamatorios no esteroideos (AINEs) (11,64% del total), opioides (11,11%) y salicílicos y derivados (7,94%). Del total de las alergias registradas en 119 casos (63%) se conocía el fármaco responsable. Los más frecuentes fueron metamizol (16,81%), ácido acetilsalicílico (12,61%) y tramadol (10,08%). En 33 pacientes se tuvo que sustituir el fármaco al

que presentaba alergia por otro. Los fármacos que con más frecuencia se tuvieron que sustituir fueron las penicilinas (15) y pirazolonas (11). Se detectaron 2 casos en los que se prescribió un fármaco al que el paciente podría presentar alergia cruzada, un caso al que siendo alérgico al esomeprazol se le pautó pantoprazol y otro de un paciente alérgico a ibuprofeno al que se le pauto dexketoprofeno. Se registra también una posible reacción alérgica al propofol.

CONCLUSIONES

Para evitar las reacciones alérgicas en pacientes quirúrgicos es necesario realizar un registro en el sistema informático de las reacciones alérgicas para que el personal sanitario pueda evitar siempre que sea posible o detectar una posible reacción alérgica. Hay que vigilar especialmente las posibles alergias a los fármacos usados de forma habitual en procesos quirúrgicos (analgésicos, antibióticos y anestésicos).En nuestro caso se han detectado con frecuencia elevada pacientes alérgicos a penicilinas, pirazolonas y opioides, fármacos que se usan habitualmente para tratar a pacientes ingresados en la unidad de cirugía y que requirieron en algunos casos de la sustitución por otros.

* * *

C37

PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A RITUXIMAB EN DOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA

GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; MANRESA RAMÓN, N.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; TORRANO BELMONTE, P.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; IBÁÑEZ CATURLA, J.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

Descripción del protocolo de desensibilización al rituximab en dos pacientes hematológicos que presentaron hipersensibilidad tras inicio de rituximab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el 23/02/2020 hasta el 23/02/2022 se han presentado dos reacciones de hipersensibilidad inmediata tras el inicio de la infusión con rituximab remitidos al Servicio de Alergia (SA).

Paciente 1: varón de 79 años con diagnóstico de linfoma B de la zona marginal estadio IV por comienzo de sensación de dolor torácica, prurito cutáneo y lesiones urticariformes en brazos y tronco acompañado de edema palpebral bilateral y labial.

Paciente 2: varón de 76 años con diagnóstico de linfoma linfoplasmocítico IgM por exantema cutáneo con prurito, fiebre e hipotensión.

El SA solicita al Servicio de Farmacia (SF) la elaboración de los siguientes test cutáneos consensuando las concentraciones con el área de farmacotecnia: prick test 10 mg/ml e

intradermos seriadas a 1/1000, 1/100 y 1/10, obteniendo resultados positivos en 1/1000 y 1/100. Dichas preparaciones se elaboraron utilizando suero salino 0.9% en cabina de flujo laminar vertical, y otorgamos una caducidad y condiciones de conservación basadas en la Guía de Buenas Prácticas de Medicamentos de Servicio de Farmacia (GBPP).

RESULTADOS

La pauta de premedicación domiciliaria iniciada 48 horas antes del procedimiento fue montelukast 10 mg/24 h y cetirizina 10 mg/12h. Además, recibe el mismo día de la pauta de desensibilización (30 minutos antes de la infusión de rituximab) la premedicación intravenosa habitual previa a la administración de rituximab: metilprednisolona 100 mg, paracetamol 1 g, dexclorfeniramina 5 mg y ranitidina 50 mg.

En el SF elaboró tres bolsas para perfusión intravenosa con una dosis total de 788,10 mg de rituximab en cabina de flujo laminar vertical para ser administradas con la siguiente pauta de administración:

- 1° perfusión: 7,10 mg de rituximab en 500 ml de suero fisiológico, siendo el tiempo total de infusión 1 hora. La velocidad de infusión ascendente cada 15 minutos pautada fue: 5ml/h, 10ml/h, 20ml/h y por último, 40ml/h.
- 2° perfusión: 71 mg de rituximab en 500 ml de suero fisiológico, siendo el tiempo total de infusión 1 hora. La velocidad de infusión ascendente cada 15 minutos pautada fue: 10ml/h, 20ml/h, 40ml/h y por último, 80ml/h.
- 3° perfusión: 710 mg de rituximab en 500 ml de suero fisiológico, en un tiempo total de 5 horas y 30 minutos. La velocidad de infusión fue de 20 ml/h, 40 ml/h y 80 ml/h, cada una durante 15 minutos, y después, aumentar a 100 ml/h hasta completar la perfusión.

El paciente 1 tuvo que suspender la infusión de rituximab (dosis acumulada aproximada de 120 mg) por dolor centrotorácico irradiado a cuello junto con edemas leves en ambos miembros inferiores de forma repetitiva. El paciente 2 toleró las perfusiones con resultado satisfactorio y en ciclos sucesivos se administró el protocolo de desensibilización sin ninguna incidencia.

CONCLUSIONES

Rituximab es fármaco de gran relevancia dentro de los protocolos del Servicio de Hematología siendo imprescindible un protocolo de desensibilización que nos permita administrar el fármaco a dosis plenas en pacientes que presenten hipersensibilidad.

* * *

C38 EVOLUCIÓN DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS DEPOT EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de prescripción de antipsicóticos depot (N05A, clasificación ATC) en centros sociosanitarios (CSS) como objetivo principal, y como objetivos secundarios: proporción de prescripciones *off-label* (dosis superior a recomendada en ficha técnica del medicamento) y proporción de antipsicóticos (APS) típicos frente a atípicos y su evolución en los últimos 3 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado con los pacientes ingresados en varios CSS que llevaban prescrito algún APS de acción prolongada en enero 2022.

Se revisaron todas las prescripciones y se creó base de datos Excel® con la información: paciente, APS depot prescritos y dosis.

Análisis estadístico con SPSS®; para las comparaciones se usó Chi2 y t-Student, presentándose los datos como media±desviación estándar o porcentajes.

RESULTADOS

280 pacientes tenían prescrito algún APS depot, 179 hombres y 101 mujeres con edad media de 66±28,1 años.

El % total de prescripciones de APS depot fue del 73,6% (206) frente a 61,3% (173) de hace 3 años; de los que 8 (3,9%) correspondieron a APS típicos y 198 (96,1%) a APS atípicos, siendo significativamente mayores los APS atípicos en los 3 centros ($p<0,01$).

La prevalencia de prescripción de cada APS depot fue: zuclopentixol 8 (3,9%), paliperidona mensual 71 (34,5%) y paliperidona trimestral 113 (54,9%).

Tras 3 años de seguimiento, se ha dejado de prescribir completamente el APS depot típico flufenazina y los atípicos risperidona y aripiprazol. Y se ha aumentado significativamente el consumo de paliperidona mensual de 38 a 71 ($p<0,05$).

El % de uso de antipsicóticos depot en cada CSS fue estadísticamete superior al de hace 3 años ($p<0,05$): 33.3%, 49,5% y 87,9% en 2018 por 44,4%, 66,7% y 91,6%, respectivamente en la actualidad. Siendo el último centro el que alberga el 100% de sus prescripciones depot (107) en forma de paliperidona trimestral, con 33,6% de prescripciones con dosis superiores a lo que recomienda la ficha técnica.

Un total de 81 (39,3%) prescripciones, respecto a 64 (37,0%) hace 3 años, se consideraron *off-label* al superar la dosis máxima contemplada en ficha técnica, correspondiendo el 100% a paliperidona.

CONCLUSIONES

- Mayor prevalencia estadísticamente significativa de prescripciones de antipsicóticos depot atípicos frente a los típicos.
- El % de prescripciones de antipsicóticos parenterales de acción prolongada aumenta significativamente con los años, aumentando significativamente el consumo de paliperidona en detrimento de risperidona y aripiprazol.
- Más de un tercio de las prescripciones de APS depot sigue superando la dosis máxima recomendada en ficha técnica, igual que hace 3 años. Lo cual puede representar un problema de seguridad en el paciente en caso de necesidad de retirada urgente del medicamento por efectos adversos.
- La evidencia científica disponible no demuestra ninguna ventaja en el uso de APS de acción prolongada en pacientes institucionalizados, pues en estos CSS los pacientes son seguidos estrechamente por los profesionales sanitarios favoreciendo así el cumplimiento y adherencia del tratamiento farmacológico. Por tanto, quizá debería revisarse un uso más restrictivo de estas formulaciones depot.
- El análisis periódico en la utilización de APS depot, unido a la ausencia de signos de mejoría clínica y/o psico-social en los pacientes tratados con altas dosis de éstos, hace necesario plantearnos dudas acerca de estas estrategias clínicas actuales de tratamiento.

* * *

C40

CONCILIACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA EN PERMISOS Y AL ALTA

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Durante el proceso farmacoterapéutico de los pacientes pueden aparecer diversos problemas relacionados con los medicamentos (PRM), algunos inherentes al propio medicamento y otros derivados de la asistencia sanitaria. El 25% de los errores de medicación en pacientes hospitalizados son debidos a una incorrecta conciliación de la medicación al ingreso.

Así, los objetivos de este estudio fueron:

1- Garantizar que los pacientes reciban los medicamentos crónicos y hospitalarios necesarios evitando duplicidades e interacciones entre ellos.

2- Promover la adherencia al tratamiento a través de información farmacoterapéutica (IFT) oral y escrita al alta y durante los permisos hospitalarios de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La atención farmacéutica integral al paciente hospitalizado se divide en 2 actuaciones:

1.- Conciliación de la medicación al ingreso hospitalario: evitar los PRM que se producen en la transmisión de la IFT entre los diferentes niveles asistenciales mediante el proceso denominado conciliación de la medicación.

Este conocimiento de la medicación real del paciente adquiere especial importancia y supone un importante problema en los ingresos hospitalarios de los pacientes, sobre todo aquellos pluripatológicos y polimedicados.

2.- Conciliación e IFT, oral y escrita, en permisos y al alta hospitalaria: se compara la medicación prescrita al alta con la registrada durante el ingreso y se proporciona IFT al alta, oral y escrita, al paciente y/o cuidador, con los siguientes objetivos:

- Favorecer el correcto cumplimiento farmacológico de los pacientes.
- Favorecer la adherencia al tratamiento.
- Resolver dudas respecto a la medicación al alta de los pacientes.
- Facilitar un informe completo de la medicación del paciente para posteriores profesionales sanitarios.

Se consideran susceptibles de IFT al alta, principalmente los pacientes con > 5 medicamentos, fundamentalmente aquellos con edad > 65 años.

Las fuentes principales de información fueron: Historia Clínica Informatizada completa (incluida historia de primaria), informes de centros de media/larga estancia, receta electrónica y entrevista personal con pacientes y familiares.

RESULTADOS

La estancia media en la Unidad de Corta Estancia es de 14 días.

Durante 12 meses se registraron todos los pacientes ingresados, un total de 369 pacientes con edad media de 43 años (60% hombres, 40% mujeres) y nº medio de medicamentos/paciente de 7.

Se conciliió la medicación de atención primaria y especializada a todos ellos, revisando 2656 líneas de tratamiento, y resultando 128 intervenciones/discrepancias. Se aceptaron 95,3% (122).

Cumplieron los requisitos de IFT al alta de durante el período indicado 62 pacientes (16,8%).

CONCLUSIONES

- La coordinación y la comunicación directa y activa entre los distintos profesionales sanitarios implicados en la asistencia de los pacientes, aumenta la calidad de la atención sanitaria de los mismos.
- La integración del farmacéutico de enlace en las unidades de hospitalización permite un uso seguro y eficiente de los medicamentos. Asimismo, acerca la labor del farmacéutico a los pacientes hospitalizados, facilitando y expandiendo la atención farmacéutica en el hospital y durante las transiciones asistenciales.
- Valor añadido de mejora de la adherencia al tratamiento, facilitando al paciente el conocimiento de su tratamiento a través de información oral y escrita en el momento del alta.

* * *

C41

PUESTA A PUNTO DE UN SISTEMA DE ALERTA DE INTERACCIONES HOSPITALARIO

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.; .
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Aprovechando la implantación de un nuevo programa de prescripción electrónica con posibilidad de alertas por interacciones, se propuso desde el Servicio de Farmacia depurar el sistema de alerta, siempre como ayuda a la prescripción, sobre las interacciones más relevantes y frecuentes que se pueden presentar en nuestro ámbito sanitario.

El objetivo es describir el sistema de alerta de interacciones en el proceso de prescripción y analizar los resultados de su implantación en la actividad asistencial de un hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de 6 meses de duración analizando posibles interacciones farmacológicas tras la implantación de un sistema de alerta en la prescripción médica.

El programa de prescripción informatizada del hospital tiene la opción de detectar interacciones que le hayan sido programadas como tales así como duplicidades y dosis por encima de ficha técnica, apareciendo una alerta visible al médico prescriptor.

En colaboración con los Servicios de medicina interna y psiquiatría se elaboró un listado de los medicamentos más utilizados y susceptibles de producir interacción relevante en los pacientes ingresados en nuestro centro. Se realizó una búsqueda bibliográfica y se clasificaron las interacciones potencialmente más peligrosas según la importancia clínica en 2 grupos:

1- Interacción importante y ampliamente estudiada en clínica.
2– Interacción importante, aunque solo descrita en casos aislados.

Se seleccionaron e introdujeron gran parte de ellas en el sistema de alerta del programa de prescripción.

Durante 6 meses se han analizado las prescripciones médicas de los pacientes ingresados y se han recopilado las pautas de fármacos con interacciones recogidas en el sistema de alerta.

RESULTADOS

Se partió inicialmente de una base de datos con 8.447 interacciones de los dos grupos antes mencionados: 4.484 del grupo 1 y 3.963 del grupo 2.

Tras depurar y analizar pormenorizadamente dichas interacciones y adaptarlas a las características de nuestro hospital, nos quedamos con un total de 2.973 interacciones: 1.457 (49%) del grupo 1 y 1.516 (51%) del grupo 2.

Tuvimos una media de 5 interacciones mensuales (rango 2-10), de las que el 80% estaban recogidas en el grupo 2 y el 20% restante en el grupo 1.

La interacción más frecuente fue la de potenciación del riesgo de síndrome serotoninérgico por los distintos antidepresivos, seguida de la interacción de AINEs con Litio, IECA y diuréticos del asa.

CONCLUSIONES

- La propuesta del Servicio de Farmacia de depurar el sistema de alerta de interacciones para fomentar su uso promueve la atención farmacéutica en la actividad asistencial.
- Disponer de un sistema de alerta favorece el uso racional y seguro de los medicamentos, ya que el médico dispone de información a tiempo real del riesgo que existe al asociar determinados fármacos.
- El farmacéutico especialista debe asegurar el correcto funcionamiento y actualización del sistema de alerta por interacciones farmacológicas en el hospital.

* * *

C42

TELEFARMACIA: DE LA IMPROVISACIÓN A LA ESTANDARIZACIÓN. RECORRIENDO EL CAMINO

VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.; ARANDA GARCÍA, A.; PASTOR CANO, J.; LÁZARO CEBAS, A.; AROCAS CASAÑ, V.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVOS

La aparición de la Telefarmacia en la práctica clínica asistencial durante la pandemia ha supuesto un cambio de paradigma en el modelo tradicional de atención farmacéutica (AF) que recibe el paciente. Ante la necesidad de desarrollo de la Telefarmacia, se puso en marcha un proyecto cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Fondos FEDER), cuyos objetivos fueron: Establecer un sistema de atención farmacéutica a distancia mediante las tecnologías de la información y la comunicación, y optimizar el sistema de dispensación a domicilio de los tratamientos desde los Servicios de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron las necesidades de los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) respecto a la Telefarmacia y entrega de medicación a domicilio. Para ello, se realizaron reuniones con los farmacéuticos

del área de Pacientes Externos y se realizó un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de cada uno de los hospitales. A continuación, el conjunto de peticiones recogidas fueron puntuadas, en orden de prioridad, por los distintos centros.

RESULTADOS

Tras el análisis con los centros, se obtuvieron 12 peticiones. En orden de prioridad: Realización de un consentimiento informado, registro de la consulta de AF en la Historia Clínica Electrónica (HCE), creación de un circuito de Telefarmacia y envío de medicación a domicilio en el programa de prescripción electrónica, mejorar la integración entre la HCE y el programa de prescripción, definición de criterios para priorización de pacientes, gestión del servicio de envío de medicación, posibilidad de visualización de informe de AF en la HCE unificada, sistema de avisos entre especialidades, definición de nuevas herramientas de comunicación farmacéutico-paciente, sistema de citación de pacientes, necesidad de dispositivos electrónicos, y necesidad de una herramienta digital de teleseguimiento. De las 12 peticiones, 7 han sido ejecutadas durante el proyecto: Elaboración de consentimiento informado aprobado por servicios jurídicos del SMS, creación de un formulario de registro de la actividad de la consulta de AF en la HCE compuesto por 6 apartados (información clínica, datos analíticos, seguimiento fármacoterapéutico, adherencia, Telefarmacia/ Envío de medicación a domicilio, y estratificación de pacientes), desarrollo de un módulo de Telefarmacia y entrega de medicación a domicilio en el programa de prescripción electrónica, integración de agendas de citación no presenciales originadas en HCE con el programa de prescripción, estandarización de criterios de priorización de pacientes en programa de prescripción y HCE, elaboración de un concurso público para el servicio de envío de paquetería, y visualización de informe de atención farmacéutica en HCE unificada. Otras tareas ejecutadas han sido: creación de informes de pacientes con previsión de envío de medicación y con información para el transportista, y elaboración de etiquetas identificativas para el envío.

CONCLUSIONES

Disponer de un proyecto a nivel Regional de Telefarmacia ha permitido cubrir, desarrollar y estandarizar algunas de las necesidades generadas a raíz de la pandemia. La implementación de la Telefarmacia en el SMS se ha llevado a cabo mediante la adaptación del circuito en el programa de prescripción y la HCE. Actualmente, la dispensación de medicamentos a domicilio se ha consolidado dentro de la cartera de servicios del SMS.

* * *

C45

CÓMPARACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL CON EL RESTO DE CENTROS

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Comparar los incidentes notificados en nuestro centro mediante un sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP) desde su implantación con la media de centros de la Comunidad Autónoma (CCAA) y del territorio nacional que utilizan el mismo sistema para evaluar nuestra gestión en materia de seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos del análisis de las notificaciones recibidas desde su implantación en 2011 hasta enero de 2021.

En 2011 se implantó SiNASP, 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, diseñada por el Ministerio de Sanidad, 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, consecuencias para el paciente, factores contribuyentes y tipo de incidente.

Análisis estadístico: SPSS® ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

El nº total de incidentes notificados en nuestro centro durante el periodo analizado fue de 295, por un total de 4.006 del resto de centros de la CCAA y 40.719 en toda España.

El volumen medio anual de notificaciones (Nº notificaciones*100/Nº camas) fue de 29,5 para nuestro centro, 14,2 para la CCAA y 14,7 para el país ($p<0,05$).

En nuestro centro: %SAC=1 fue 0, %SAC=2 fue 11,9%, %SAC=3 de 24,1%, %SAC=4 de 24,8% y sin SAC el 39,3%; en la CCAA %SAC=1 fue 2%, %SAC=2 fue 11,9%, %SAC=3 de 20,8%, %SAC=4 de 23,9% y sin SAC el 41,4%; y la media del país fue %SAC=1 de 1,1%, %SAC=2 fue 7,5%, %SAC=3 de 21,5%, %SAC=4 de 23,3% y sin SAC el 46,7% de los incidentes.

% Notificaciones con indicación de análisis causa raíz: 9,5% en nuestro centro, 8,0% en la CCAA y 4,7% en todo el país.

Como feedback, % email enviados a notificantes identificados: 94,9% en nuestro centro, 81,0% en la CCAA y 80,4% en toda España.

El grupo profesional que más notificaciones realiza fue enfermería (53,2% en nuestro centro, 44,6% de media en la CCAA y 55,2% a nivel estatal), seguido del personal médico (32,5% en nuestro centro, 41,2% de media en la CCAA y 27,0% a nivel estatal).

CONCLUSIONES

Enfermeros y médicos son los profesionales que más notificaciones registran, y por tanto los que más contribuyen, tanto a nivel autonómico como estatal.

El volumen de notificaciones fue significativamente mayor en nuestro centro, lo que puede ser debido a la cultura de seguridad que se ha ido trabajando con los profesionales a lo largo de este tiempo, al contar desde el inicio con un grupo multidisciplinar de gestores.

El % de SAC para cada riesgo en nuestro centro es muy similar al del resto de centros del territorio nacional, lo cual nos permite confirmar la buena práctica y política de seguridad seguida en nuestro centro sanitario.

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.

* * *

C47

EVOLUCIÓN DE LOS ENVÍOS DE MEDICACIÓN A DOMICILIO EN LOS HOSPITALES DEL SMS DURANTE LA PANDEMIA

VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.; ARANDA GARCÍA, A.; PASTOR CANO, J.; OLMOS JIMÉNEZ, R.; AROCAS CASAÑ, V.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVOS

El envío de medicación a domicilio por parte de los Servicios de Farmacia Hospitalaria ha sido y está siendo una actividad fundamental durante la situación pandémica actual. El objetivo del estudio ha sido describir la cantidad de envíos de medicación a domicilio realizados por los Servicios de Farmacia Hospitalaria de los distintos hospitales que componen el Servicio Murciano de Salud (SMS), así como la evolución en el tiempo de los mismos. También se analizaron las condiciones de conservación de la medicación enviada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó la evolución de los envíos de medicación desde el momento en que la empresa de transporte fue contratada por el SMS (en un primer momento con un contrato menor, y posteriormente con un concurso público). Este período comprende desde Julio de 2020 hasta Diciembre de 2021, por tanto se excluye la primera ola. En el caso de las Áreas 4,6 y 9, no utilizaron la empresa resultante del contrato menor ya que ellas mismas gestionaron el transporte de sus propios envíos hasta el momento en el que se adjudicó el concurso a una nueva empresa para el conjunto del SMS (Noviembre 2021). Por tanto, los datos de los envíos de dichas Áreas son estimados. Se obtuvieron los datos globales de los envíos, así como los envíos por meses, por Áreas y por 10.000 habitantes. También se calculó el porcentaje de envíos que necesitaron refrigeración frente a los que necesitaron temperatura ambiente.

RESULTADOS

En el período comprendido de estudio (18 meses) se realizaron 7.400 envíos aproximadamente. El 80% de los envíos fueron realizados por el Área 1 y el Área 4. Los envíos por Áreas fueron: 2.540 (Área 1), 257 (Área 2), 90 (Área 3), 3.448 (Área 4), 90 (Área 5), 541 (Área 6), 212 (Área 7), 45 (Área 8) y 175 (Área 9). Los envíos realizados durante las distintas olas de la pandemia fueron aumentando progresivamente hasta la 4ª Ola: 658 (2ª Ola), 771 (3ª Ola), 998 (4ª Ola) y 888 (5ª Ola). Teniendo en cuenta la población de cada Área, los envíos realizados por 10.000 habitantes fueron: 96 (Área 1), 9 (Área 2), 5 (Área 3), 495 (Área 4), 15 (Área 5), 21 (Área 6), 10 (Área 7), 4 (Área 8) y 32 (Área 9). Si dividimos los envíos por meses en el período de estudio: 301 (Julio 2020), 289 (Agosto 2020), 369 (Septiembre 2020), 353 (Octubre 2020), 418 (Noviembre 2020), 379 (Diciembre 2020), 540 (Enero 2021), 458 (Febrero 2021), 486 (Marzo 2021), 458 (Abril 2021), 484 (Mayo 2021), 444 (Junio 2021), 469 (Julio 2021), 419 (Agosto 2021), 465 (Septiembre 2021), 368 (Octubre 2021), 391 (Noviembre 2021) y 304 (Diciembre 2021). La medicación refrigerada supuso el 40% de los envíos.

CONCLUSIONES

La tendencia de los envíos a domicilio ha sido ascendente a lo largo del período de estudio, a excepción de los últimos tres meses. Con respecto a las olas pandémicas, los envíos también han ido en aumento a excepción de la 5ª Ola. La 4ª Ola y más concretamente el mes de Enero de 2021 es el período en el que se produjo un mayor número de envíos a domicilio. El Área 4 es el área con mayor número de envíos totales y por 10.000 habitantes, presentando ésta una gran dispersión geográfica, seguida a continuación del Área 1.

C49

ANÁLISIS DE LAS DISPENSACIONES DE FÁRMACOS FUERA DE GUÍA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL

VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Analizar las condiciones de dispensación en el último año de todos los fármacos fuera de la guía hospitalaria, con el fin de actualizar la guía farmacoterapéutica cuando proceda y minimizar así las prescripciones fuera de guía cuando no haya suficiente evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal en el que se recogieron los datos de todos los medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica solicitados al Servicio de Farmacia del hospital a lo largo del año 2021.

Se realizó un análisis de los datos obtenidos diferenciando 2 tipos de situaciones: a) Medicamentos no susceptibles de intercambio terapéutico. b) Medicamentos de utilidad terapéutica baja (UTB) según la guía farmacoterapéutica del Servicio Murciano de Salud.

Se consideraron medicamentos de UTB aquellos en los que concurría alguna de las siguientes circunstancias:

a) No se encuentra probada su utilidad terapéutica a través de estudios clínicos realizados en condiciones adecuadas.
b) Insuficiente relación beneficio-riesgo.
c) Asociaciones no recomendadas, considerando como tales aquellas en que la combinación de dos o más fármacos no aporta ninguna ventaja frente a la administración de los medicamentos por separado o bien aquellas que lleven incorporado algún medicamento de baja utilidad terapéutica.

RESULTADOS

En un período de 12 meses, se recogieron 66 tratamientos con medicamentos no incluidos en guía correspondientes a 40 pacientes distintos, para un total de 190 dispensaciones.

52 (79%) no eran intercambiables y 14 (21%) eran medicamentos de UTB.

3 grupos farmacológicos suponen el 33,3% del total de tratamientos: antiespasmódicos urinarios, antidepresivos (ambos con el 12,1%) y antiasmáticos (9,1%).

CONCLUSIONES

La mayoría del gasto en medicamentos no incluidos en la guía del hospital se produce por la adquisición de medicamentos para los cuales se asume que no existe ninguna otra opción intercambiable en la guía farmacoterapéutica. Un 21% eran de UTB.

Tres grupos farmacológicos suponen un tercio del total del gasto de estos medicamentos. Por ello, habría que priorizar las actuaciones en estos grupos proponiendo su sustitución cuando sea posible y valorando la posibilidad de incluirlos en la guía del hospital, disminuyendo con ello el coste de adquisición.

En vista de los resultados, la Comisión de Farmacia y Terapéutica decide la inclusión de uno de los antidepresivos en la guía del hospital debido a su coste-beneficio.

Podría ser recomendable el refuerzo de las intervenciones del farmacéutico al respecto para inculcar a los prescriptores la importancia del ajuste del tratamiento a la guía del hospital.

C50

ANÁLISIS DE ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POLIMEDICADOS

GARCÍA MOLINA, O.; CANO MOLINA, J.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; DÍAZ RAMÓN, M.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; VILLA CARPES, J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de tratamientos en pacientes institucionalizados en un Centro Sociosanitario (CSS) dependiente del Servicio de Farmacia de un Hospital de tercer nivel utilizando los criterios Less-Chron. Describir las principales interacciones antes y después de la intervención por el equipo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio realizado durante el año 2020 y 2021. Para realización de dicho trabajo se ha formado un equipo multidisciplinar compuesto por el Servicio de Medicina Interna, Servicio de Farmacia y personal sanitario del CSS. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, historia farmacológica, interacciones medicamentosas antes y después, el coste y el ahorro anual. Las interacciones farmacológicas se analizaron mediante la base de datos Micromedex® y se clasificaron según 4 niveles de gravedad: contraindicado, importante, moderada y menor. Los criterios de deprescripción según los Less-Chron clasifican los fármacos en siete grupos: A (tracto gastrointestinal), B (sangre y órganos hematopoyéticos), C (cardiovascular), D (genitourinario y hormonas sexuales), M (musculo-esquelético), N (sistema nervioso) y R (sistema respiratorio). Para analizar estos criterios se midieron las escalas necesarias: Barthel (determinación de actividades de la vida diaria), GDS (determinación de gravedad de cognitiva en Alzheimer), índice Proffund y test de Pfiffer.

RESULTADOS

La media de edad de nuestra muestra (n=35) fue de 82,8±7,8 años. El 51,4% eran hombres. La media de medicamentos consumidos por paciente antes de la intervención fue de **10,5 [4-19] y** después de la intervención fue de **7,2 [1-16] fármacos (p<0,05)**. La reducción media de medicamentos por pacientes fue de 3,3 [1-7]. Las escalas valoradas antes y después de la intervención fueron similares, sin presentar diferencia estadísticamente significativa. El coste medio por residente antes de la intervención fue de 73,5€ y tras la intervención fue de 52,8€, lo que conllevó un ahorro mensual de 724€ y de 8.694€ anual. Se detectaron un total de 120 prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI), 77 según los criterios Less-Crohn y 43 no incluido en estos criterios. Los principales grupos fueron: C: Sistema cardiovascular 32,4%, seguido del A: tracto alimentario (31,1%) y N: sistema nervioso (25,9%). Se encontraron un total de 137 interacciones, con una media de 3,9 [0-14]. El 60% (n=86) de estas interacciones fueron clasificadas como importantes, seguido del 37% (n=53) moderada-leve y el 3% (n=4) como contraindicadas. Las principales interacciones detectadas afectaban al grupo de psicofármacos. Tras la intervención, se disminuyó a 61 interacciones totales con una media de 1,7 [0-9], lo que supuso una reducción de 2,2 interacciones/residente (p<0,05).

CONCLUSIONES

Tras la realización del estudio se considera necesaria la formación de un equipo multidisciplinar que permita asegurar la adecuación al tratamiento en personas mayores pluripatológicas para optimizar así el tratamiento, evitando problemas relacionados con la medicación. Por otro lado, el alto porcentaje de pacientes susceptibles de deprescripción de medicación, justifica la implantación de un protocolo de revisión rutinaria de los tratamientos de todos los residentes que garantice la calidad de la prescripción farmacológica asegurando así la mejor eficiencia de los tratamientos.

C52

TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA POR SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA CON UREA. EXPERIENCIA DE USO

TORRANO BELMONTE, P.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; VENTURA LÓPEZ, M.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso y resultados de la urea como tratamiento de la hiponatremia en el síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH). La concentración normal de sodio en sangre está entre 136-145 mEq/L. El SIADH cursa con hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, osmolalidad urinaria elevada y natriuresis altas. Los fármacos disponibles son demeclociclina y litio, ambos nefrotóxicos, y los inhibidores de los receptores de vasopresina, como tolvaptán, muy eficaces, pero de elevado coste económico. Actualmente, la urea está autorizada como tratamiento del SIADH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron los pacientes tratados con urea (polvo para solución oral) en el hospital durante un periodo de tiempo de dos años (enero 2020- diciembre 2021). Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), cuantificación de los niveles de sodio en sangre (al ingreso, durante la terapia con urea y 60 días después de la administración del fármaco), tratamiento inicial, duración del tratamiento con urea y tratamiento posterior a la urea hasta la actualidad (febrero 2022), necesidad de tolvaptán y aparición efectos adversos.

RESULTADOS

El número de pacientes estudiados fue 11. La edad media fue de 82 años (71-94 años). El 45% de la muestra eran mujeres. La duración promedio de tratamiento fue 15 días (3-60 días). El tratamiento de inicio fue suero salino hipertónico, restricción hídrica y/o diuréticos del asa o ahorradores de potasio. Una vez que la concentración de sodio no mejoraba, añadían urea a la prescripción. Solo uno de los pacientes no toleró urea y fue suspendida. La posología fue variable: en un 54% la dosis prescrita fue de 15 g diarios, un 27% 15 g cada 12 horas y un 18% 30 g cada 24 horas.

Los pacientes se clasificaron en función de la hiponatremia inicial: un 27% tenían hiponatremia leve (130-135 mEq/L), 45% moderada (125-129 mEq/L) y un 27% grave (<125 mEq/L).

Una vez concluido el tratamiento con urea oral los resultados fueron:

- Pacientes con hiponatremia leve al inicio: el 66% recuperaron niveles de sodio normales en sangre, mientras que el 33% se mantuvo con hiponatremia leve.
- Pacientes con hiponatremia moderada, el 60% recuperaron concentraciones normales de sodio, el 20% no presentaron control analítico y el 20% empeoró a una hiponatremia grave.
- Pacientes con hiponatremia grave, el 66% normalizaron la natremia, pero el 33% no tuvieron control analítico al terminar el tratamiento.

Un 45% de los pacientes tratados con urea consiguieron normalización de la natremia una vez terminado el tratamiento con la misma. El 27% necesitaron tratamiento con tolvaptán 15 mg diario.

El 50% de los pacientes tratados únicamente con urea mantuvieron concentraciones normales de sodio en sangre a los 60 días de finalizar el tratamiento con la misma.

CONCLUSIONES

Las guías clínicas contemplan la urea como opción de tratamiento para la hiponatremia por SIADH, pero no la posicionan respecto al resto de alternativas. De ahí surge la necesidad de más estudios que comparen urea frente a los vaptanes. La urea se muestra como una opción segura y de eficacia moderada, siendo coste/efectiva para el tratamiento del SIADH. Además, por su perfil de seguridad, permite su administración crónica en domicilio por el bajo riesgo de producir hipernatremia o desmielinización osmótica por la rápida reposición de sodio.

* * *

C55

ESTUDIO DE PERSISTENCIA DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS

RAMÍREZ ROIG, C.; ARANDA GARCÍA, A.; SELVI SABATER, P.; LÁZARO CEBAS, A.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVOS

Evaluar la persistencia de los medicamentos biológicos, y apremilast, en función de su mecanismo de acción y línea de tratamiento, utilizados para el tratamiento de la psoriasis en los pacientes del Servicio Murciano de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de persistencia en pacientes de la Región de Murcia con psoriasis que iniciaron tratamiento entre 2015 y 2021. El análisis se realizó mediante la explotación de datos, desde el Portal Inteligencia de Negocio, de dispensaciones por principio activo de pacientes con diagnóstico de facturación psoriasis en cualquier Área del Servicio Murciano de Salud durante el periodo de estudio. Para el análisis estadístico se utilizó el software IBM SPSS v.20. Las medianas de persistencia se obtuvieron empleando las curvas de Kaplan-Meier comparándolas entre grupos mediante el test de log Rank. Los datos censurados hacen referencia a pacientes en tratamiento. Se censuraron los pacientes con dispensaciones en los meses de septiembre-octubre-noviembre 2021.

RESULTADOS

Se analizaron 1.258 registros de dispensaciones pertenecientes a 915 pacientes. Las medianas de persistencia global, en primera línea de tratamiento y sucesivas, expresadas en meses y agrupados por mecanismo de acción, fueron: Anti-TNFα (n=414): 13,841 (9,92-17,762); Anti IL12/23 (n=268): 42,575 (36,551-48,599); Anti IL17 (n=314): 38,4 (27,027-49,773); Anti IL23 (n=62): no se alcanzó la mediana; Anti PDE4 (n=200): 9,041 (5,52-12,562) p=0,001. En 1º línea de tratamiento: Anti-TNFα (n=347): 13,611 (9,183-18,039); Anti IL12/23 (n=200): 42,74 (35,146-50,33); Anti IL17 (n=186): 51,814 (38,282-65,345); Anti IL23 (n=9): 6,279 (0-13,043); Anti PDE4 (n=173): 10,685 (6,653-14,717) p=0,001. En tratamiento sucesivos: Anti-TNFα (n=67): 15,551 (5,128-25,973); Anti IL12/23 (n=68): 42,575 (23,743-61,408); Anti IL17 (n=128): 21,173 (12,965-29,38); Anti IL23 (n=53): no se alcanzó la mediana; Anti PDE4 (n=27): 5,622 (1,667-9,577) p=0,002.

CONCLUSIONES

Los fármacos con mecanismo de acción anti IL12/23 fueron los más persistentes a nivel global y en los tratamientos sucesivos; mientras que, los anti IL17, fueron los más persistentes utilizados en tratamiento de primera línea.

PALABRAS CLAVES

Biológicos, psoriasis.

* * *

C64

CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS Y ANTIMICÓTICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE 6 HOSPITALES PÚBLICOS: IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19

LÁZARO CEBAS, A.; RAMÍREZ ROIG, C.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; ARANDA GARCÍA, A.; SELVI SABATER, P.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica.

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la pandemia COVID-19 en el consumo de antimicrobianos (J01) y antimicóticos (J02) en las unidades de cuidados intensivos de 6 hospitales públicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, con recogida de datos de consumo de todos los medicamentos con principios activos (P.A) de los grupos J01 y J02 en los servicios de medicina intensiva durante el periodo 2019-2021. Para la clasificación de los distintos P.A y grupos terapéuticos se empleó el sistema de clasificación anatómica terapéutica y química (ATC). La dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD/100E) se utilizó como unidad de medida del consumo. Se compararon los consumos entre los años 2019-2020 y los años 2020-2021, expresando las variaciones en términos relativos.

RESULTADOS

Durante el primer año de pandemia, el consumo global del grupo J01 aumentó de 98,04 DDD/100E en 2019 a 105,47 DDD/100E en 2020 (+8%), produciéndose posteriormente una disminución del consumo a 98,13 DDD/100E en 2021 (-7% respecto a 2020). En 2019 los subgrupos de mayor consumo fueron el J01CR (combinaciones de penicilinas, incluyendo inhibidores de la betalactamasa) y el J01MA (fluoroquinolonas) con 15,00 y 14,29 DDD/100E respectivamente. En 2020 el subgrupo de mayor consumo pasó a ser el J01XX (otros antibacterianos) que incluye los P.A daptomicina, linezolid y fosfomicina con 16,29 DDD/100E (+51% respecto a 2019), el J01CR fue el segundo de mayor consumo con 13,91 DDD/100E y el J01MA pasó a la quinta posición con 10,48 DDD/100E. Esta tendencia se ha mantenido en 2021 siendo los consumos de los grupos J01XX, J01CR y J01MA de 14,54, 14,46 y 9,60 DDD/100E respectivamente. El subgrupo con un mayor incremento de consumo en el periodo 2019-2020 fue el J01FA (macrólidos) con un aumento del 116% (4,61 DDD/100E en 2019 versus 9,97 DDD/100E en 2020). En 2021 el consumo ha sido de 6,09 DDD/100E, un 39% menos. Los P.A de mayor consumo fueron piperacilina-tazobactam en 2019 (10,37 DDD/100E), linezolid en 2020 (11,55 DDD/100E) y meropenem en 2021 (10,88 DDD/100E). El

global del consumo de P.A con actividad antipseudomónica fue de 40,62, 40,57 y 39,25 DDD/100E en los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente.

En relación con el grupo J02 se observaron aumentos de consumo entre el periodo 2019-2020 de todos los subgrupos J02AA (amfotericina), J02AX (equinocandinas) y J02AC (derivados triazólicos). Los incrementos fueron del 52% en J02AC y del 51% y del 34% en J02AA y J02AC respectivamente. Teniendo en cuenta el global del grupo el consumo aumentó de 11,77 DDD/100E en 2019 a 17,32 en 2020 (+47%), siendo en 2021 de 15,95 DDD/100E (-7,9%). El P.A con un mayor incremento en el periodo 2019-2020 fue isavuconazol con un aumento del 1988% (0,02 DDD/100E en 2019 versus 0,35 DDD/100E en 2020). En 2021 el consumo ha sido de 1,90 DDD/100E, un 439% más que en 2020 y similar al consumo de voriconazol (2,31 DDD/100E) que ha disminuido respecto a 2020 un 17%.

CONCLUSIONES

Durante el primer año de pandemia se produjo un aumento en el consumo global de los grupos J01 y J02 que no ha continuado en 2021. Los cambios principales en los patrones de consumo tras la irrupción de la pandemia han sido el aumento de consumo de macrólidos, antimicrobianos para la cobertura de Gram+ positivos resistentes y antimicóticos. El consumo global de antipseudomónicos se ha mantenido estable, aunque con aumento de consumo principalmente de carbapenemes en detrimento de fluoroquinolonas.

* * *

C67

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS ANTES Y DESPUÉS DE IMPLANTAR UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL

MATEO CARMONA, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; SÁNCHEZ LUCAS, J.; ROBLES GARCÍA, I.S.
Hospital Comarcal del Noroeste

OBJETIVOS

Estudio del consumo de antibióticos en un hospital previo a la implantación de un Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) y tras el inicio del proyecto, mediante la valoración de los indicadores de consumo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo del período 2019-2021 en un hospital de 105 camas. El PROA se inició en dicho hospital en enero de 2021.

Se utilizó como medida de consumo la dosis diaria definida (DDD) dividido por 100 estancias (E). Los datos se obtuvieron del programa de gestión SAVAC® y se excluyeron los servicios de urgencias, por no tener estancias, y el servicio de pediatría por utilizar dosis muy diferentes a las DDD.

Se utilizaron seis indicadores de consumo:

- Consumo global de antibacterianos (CGA).
- Consumo de carbapenémicos (CC). Indicador de uso de agentes de amplio espectro.
- Consumo de fluorquinolonas (CFQ). Indicador relacionado con la selección de resistencias.

- Ratio anti-*Staphylococcus aureus* meticilín sensible (SAMS)/anti- *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR): suma de DDD/100E de cloxacilina y cefazolina dividido entre la suma de DDD/100E de glucopéptidos, daptomicina y linezolid. Indicador relacionado con la desescalada terapéutica en la infección por *Staphylococcus aureus*.
- Ratio amoxicilina/amoxicilina-clavulánico: DDD/100E de amoxicilina dividido entre DDD/100E de amoxicilina-clavulánico. Indicador positivo que relaciona el uso de amoxicilina en infecciones donde el inhibidor no es necesario.
- Ratio amoxicilina-clavulánico / piperacilina-tazobactam: DDD/100E de amoxicilina-clavulánico entre DDD/100E de piperacilina-tazobactam. Indicador positivo del uso de amoxicilina-clavulánico en infecciones donde no sea necesario recurrir a agente con actividad frente a *Pseudomonas*.

RESULTADOS

Los consumos de antibióticos en el período 2019-2021 fueron los siguientes (todos medidos como DDD/100E):

- CGA: 2019: 79,46; 2020: 75,83; 2021: 60,08.
- CC: 2019: 5,64; 2020: 5,70; 2021: 2,96.
- CFQ: 2019: 12,01; 2020: 9,57; 2021: 6,45.
- Ratio anti-SAMS/anti-SAMR: 2019: 0,24; 2020: 0,44; 2021: 1,17.
- Ratio amoxicilina/ amoxicilina-clavulánico: 2019: 0,05; 2020: 0,03; 2021: 0,04.
- Ratio amoxicilina-clavulánico/ piperacilina-tazobactam: 2019: 2,91; 2020: 2,00; 2021: 1,46.

CONCLUSIONES

Tras la implantación del PROA se ha observado una disminución del consumo global de antibióticos y una mejora en el consumo de carbapenémicos, de fluorquinolonas y del ratio anti-SAMS/anti-SAMR. Por otro lado, no se observa mejoría en el consumo de amoxicilina-clavulánico y se advierte un aumento en la utilización de piperacilina-tazobactam.

La implantación del PROA ha contribuido en la reducción de los consumos de antibióticos, sin embargo, no se ha conseguido disminuir el uso de todos los antibióticos de amplio espectro. Por tanto, desde el PROA se debe valorar este resultado y realizar una estrategia dirigida a disminuir la utilización de piperacilina-tazobactam.

* * *

C71

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN UN ÁREA DE SALUD

SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; PALAZÓN GONZALVEZ, E.; MARTÍNEZ MARMOL, M.; SAURA MORENO, M.S.; TEMPLADO MARTÍNEZ, M.
Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao"

OBJETIVOS

Analizar las condiciones de uso de Idarucizumab como antídoto de dabigatrán desde su introducción en la guía farmacoterapéutica del área hasta la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Idarucizumab es un fragmento de un anticuerpo monoclonal humano que actúa como agente de reversión específico para el anticoagulante oral directo dabigatrán. Su afinidad es 300 veces más potente que la afinidad de unión de dabigatrán a la trombina, neutralizando su efecto anticoagulante. El inicio de acción es muy rápido, siendo la duración de su acción suficiente para permitir una actuación clínica de emergencia en caso de sangrado o cirugía urgente. Los principales parámetros de la coagulación son el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) o el tiempo de trombina diluida (TTd). La dosis recomendada es de 5 g (2 viales de 2,5 g/50 ml, administrados de manera consecutiva) y se puede considerar una nueva dosis de 5g en caso de recurrencia de sangrado, si se observan tiempos de coagulación prolongados o si se necesitara una segunda intervención quirúrgica. Se diseñó un estudio observacional retrospectivo, mediante revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes tratados desde enero de 2016, hasta la actualidad. Para tal fin, se diseñó una base de datos donde se recogieron edad, sexo, indicación, posología y fecha de administración, niveles TTPA antes y después de la dosis, probables reacciones adversas asociadas (si se produjeron), así como el tiempo hasta reintroducir de nuevo terapia anticoagulante oral. Para el acceso a la información se siguió la normativa relativa a la protección de datos de carácter personal. Se consultó también el histórico de los movimientos asociados desde el almacén de farmacia.

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes (4 varones y 3 mujeres) de entre 65 y 92 años (media 79,7). Todos ellos estaban siendo tratados con dabigatrán por fibrilación auricular no valvular (FA), a dosis de 150 mg cada 12 h en 3 casos y 110 mg cada 12 h en 4. La indicación del tratamiento fue hemorragia no controlada en 4 casos, y en 3 por intervención quirúrgica de emergencia (colecistectomía laparoscópica y colostomía). En todos se observa recuperación de los valores de TTPA tras la dosis de Idarucizumab. No se ha descrito ningún evento tromboembolico asociado, ni ha sido necesaria su readministración, aunque 1 de los pacientes falleció después del tratamiento por complicaciones relacionadas con el evento hemorrágico. El registro del lote y caducidad del fármaco no aparece reflejado en ninguna de las historias clínicas consultadas, aunque sí consta en el servicio de farmacia. La reintroducción del tratamiento anticoagulante oral se pudo retomar en 4 de los 7 pacientes, siendo en el resto necesario el mantenimiento de heparinas de bajo peso molecular ante su situación clínica. Se ha detectado un cambio en la definición de unidades por envase del fármaco, que inicialmente permitía la dispensación de 1 solo vial de 2,5g, aunque la dosis completa es de 5 g.

CONCLUSIONES

Idarucizumab se ha empleado según las recomendaciones contempladas en ficha técnica, y se muestra como un fármaco seguro y efectivo como antídoto de dabigatrán, aunque para lograr una adecuada trazabilidad es recomendable recordar la necesidad de registrar lote y caducidad también en la historia clínica

* * *

C74

CONSUMO DE PALIPERIDONA DEPOT EN UN ÁREA DE SALUD

LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.; MUÑOZ GUARDIOLA, E.; SORIANO JIMÉNEZ, A.; ALCÁZAR GALLEGO, J.A.
Hospital Virgen del Castillo, Yecla

OBJETIVOS

Analizar los datos de consumo de paliperidona depot en un Área de Salud (AS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron los datos de consumo de paliperidona depot desde enero 2020 a diciembre 2021. Se utilizaron dos fuentes: registro de dispensaciones (por stock y por paciente desde el último semestre del 2021) del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) del AS y las recetas emitidas para su dispensación en Oficina de Farmacia (OF). El SFH dispensó el fármaco dentro del programa de administración de antipsicóticos depot (AD) en los centros de salud mental (CSM) del AS. En OF se dispensó el fármaco a través de prescripciones realizadas por psiquiatras y médicos de atención primaria (AP) del AS con administración en centro de salud (CS). En el SFH se empezó a dispensar la paliperidona trimestral (PT) en el último trimestre del 2021, mientras que la paliperidona mensual (PM) ya se dispensaba en años anteriores.

RESULTADOS

El gasto económico de paliperidona depot en el año 2021 fue de 453.825 € para el AS, con un aumento de 35.663 € (7,8%) respecto al año anterior. Este incremento, se debió a un mayor consumo de PT, con un gasto total de 179.405 €; 35.027 € más que en 2020 (13.606 € en OF y 21.421,9 € en SFH). El gasto total de PM en 2021 fue de 274.420 €; 9.364 € (3,4%) menos que el año anterior (3.170 € en dispensación en OF y 6.194 € en dispensación en SF).

En el año 2021 se dispensó:

- PM en OF a 10 pacientes (prescrita en 80-90% por médicos de AP) y en SFH a 54 pacientes dentro del programa de seguimiento de dispensación y administración de AD a los CSM.
- PT en OF a 46 pacientes (ha pasado de ser prescrita en 52% a 33 % por médicos de AP).

En el último trimestre del 2021 se incluyó en el programa de seguimiento de dispensación de AD a CSM a 44 pacientes con PT, a los que administraba medicación en CSM. El gasto en PT (octubre -diciembre 2021) dispensado fue de 21.421 €.

CONCLUSIONES

El número de pacientes tratados con PT es superior al de PM en el AS.

La prescripción de paliperidona depot por médicos de AP y administración en CS es elevada y se escapa del programa de seguimiento de dispensación y administración de AD en CSM.

Los médicos de AP prescriben un 68% más PT que PM, y el número de pacientes tratados con PT es superior a los incluidos dentro del programa de seguimiento de AD.

* * *

C76

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE METOTREXATO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

RAMÓN PÉREZ, M.; BOSÓ RIBELLES, A.; CANO MOLINA, J.A.; DÍAZ RAMÓN, M.; TORRÓ GARCÍA, L.; VILLA CARPES, J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Estudiar la efectividad y seguridad de una fórmula magistral (FM) de metotrexato en solución oral de concentración 2mg/ml elaborada por el servicio de farmacia en pacientes pediátricos diagnosticados de Artritis idiopática juvenil (AIJ)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron un total de 8 pacientes pediátricos tratados con metotrexato FM entre diciembre de 2020 y enero de 2022.

De la historia clínica electrónica se recogieron los siguientes datos demográficos: edad, sexo, tratamiento previo y concomitante, dosis, posología, y duración del tratamiento con la FM, sintomatología clínica y efectos adversos.

La efectividad del tratamiento se evaluó comparando los síntomas de los pacientes antes y después de administrar la FM durante al menos 6 semanas de duración y midiendo los niveles de reactantes de fase aguda (RFA) (proteína C reactiva).

La seguridad se evaluó midiendo indicadores de toxicidad renal (niveles de creatinina en plasma), alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas), alteraciones hematológicas (VCM) y síntomas a nivel pulmonar.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes pediátricos (todas mujeres) diagnosticados de AIJ, siendo la mediana de edad: 3 años (1,5-6 años).

Todos ellos habían sido tratados previamente durante al menos un mes con antiinflamatorios no esteroideos vía oral y al menos dos infiltraciones de corticoides a nivel articular.

El rango de dosis de metotrexato fue de 9 mg/m2 – 11,53 mg/m2 en dosis única semanal, siendo necesaria aumentar la dosis en 1/8 de los pacientes por ausencia de efectividad.

Mediana de duración de tratamiento: 7,3 meses (2,5-13,4 meses)

Antes de ser tratados, los pacientes presentaban cojera (5/8), inflamación y tumefacción articular en alguna de las rodillas (4/8) o ambas (4/8), limitación en la flexión y extensión de algún miembro inferior (5/8) y uveítis anterior crónica (1/8).

Durante el tratamiento 7 pacientes mejoraron los síntomas y la movilidad articular. 2/8 iniciaron metotrexato con etanercept subcutáneo simultáneo a dosis de 0,8 mg/kg. 1/8 pacientes añadieron etanercept posteriormente tras reaparición de síntomas alcanzando mejoría clínica.

1/8 pacientes empeoraron clínicamente, siendo necesario añadir al tratamiento etanercept, sin resultado satisfactorio.

En cuanto a las variables analíticas, antes del tratamiento ningún paciente presentaba alteración de la función renal, afección hepática, hipertensión pulmonar o alteraciones hematológicas. Durante el tratamiento con metotrexato ningún paciente mostró alteraciones analíticas.

Al inicio del estudio 4/8 pacientes presentaban RFA por encima de los valores normales. 1/8 pacientes mostraron niveles de proteína C reactiva ligeramente elevados a lo largo del periodo de seguimiento.

Al finalizar el estudio todos los pacientes continúan en tratamiento con la FM de metotrexato.

CONCLUSIÓN

Los objetivos del tratamiento de la AIJ son alcanzar la remisión clínica y prevenir el daño articular para un crecimiento y desarrollo normales, las cuales aparecen a consecuencia de un control insuficiente de la enfermedad.

En la mayoría de pacientes tratados con la FM de metotrexato se ha logrado disminuir los síntomas más graves de la enfermedad lo que ha permitido mejorar su calidad de vida sin provocar reacciones adversas destacables.

Así, esta FM es una alternativa que puede cubrir el vacío terapéutico existente en las presentaciones orales de este principio activo para pacientes pediátricos

* * *

C77

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.; MIRA SIRVENT, M.C.
Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)

OBJETIVOS

Analizar y comparar las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) realizadas con un sistema de prescripción manual (PM) y tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se implantó la PEA durante el año 2019. Se analizaron las IF realizadas durante la validación farmacéutica en dos periodos de 6 meses (previo y posterior a la implantación de la PEA). En el primer periodo (julio-diciembre 2018) la prescripción médica se realizaba de forma manual en el programa informático Selene® con posterior transcripción y validación de la orden médica en el Servicio de farmacia, realizándose las IF en el formulario FAR-Clínicos de Selene®. Durante el segundo periodo de estudio (julio-diciembre 2021) la prescripción y las IF se realizaron en el programa de PEA MIRA®. Los tipos de intervenciones parametrizadas y compartidas en ambos sistemas fueron: ajuste función renal(1); equivalente terapéutico(2); alergias(3); duplicidad terapéutica(4); interacciones medicamentosas(5); administración por sonda(6); dosis/administración/posología/duración(7); terapia secuencial(8); medicamento no incluido en guía(9); indicación fuera de ficha técnica(10); ajuste farmacocinético(11); otros motivos(12).

Con la PEA se eliminó la IF de medicamento de uso restringido(13) y se parametrizaron nuevas IF: medicamento no incluido en guía autorizado(14), ajuste de dosis en insuficiencia hepática(15), compatibilidad físico-química(16), medicamento no fraccionable(17), medicamento autorizado(18), embarazo/lactancia(19), medicamento suspendido(20) y adecuación a presentación disponible(21). El indicador de actividad empleado fue intervenciones realizadas/mes presentadas como media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se realizaron una media de 1.133±54,90 IF/mes durante el primer periodo de estudio con PM. Tras la implantación de la PEA se obtuvo una media de 862,66±102,41 IF/mes (disminución del 23,86%). Se observó, por orden decreciente, una reducción en las IF tipo 2(90,01%), tipo 9(84,78%), tipo 3(67,42%), tipo 10(63,57%) tipo 8(16,67%) y tipo 11(9,45%) y un aumento en las IF tipo 12(94,66%), tipo 6(90,61%), tipo 4(86,28%), tipo 5(62,50%), tipo 1(53,53%) y tipo 7(14,32%) con la PEA. La IF más prevalente tras PEA fue la tipo 21 (30,85% del total de IF).

CONCLUSIONES

Se observa una disminución del número de IF tras la implantación de la PEA y un cambio en el perfil de las IF realizadas, debido a la reducción de la prescripción en campo de texto libre y a la generación de alertas/ayudas para facilitar la prescripción y validación.

Se observa un aumento en las intervenciones tipo 1, 4 y 5 al detectar durante la validación farmacéutica que no se han realizado las modificaciones del tratamiento esperadas según las alertas generadas, en algunos casos por motivos justificados considerados por el médico y en otros, debido al exceso de alertas o a la información insuficiente que aportan éstas.

Por otro lado, se observa un aumento de las IF tipo 12 "otros motivos".

Como iniciativas de mejora para aumentar la eficiencia y seguridad de la prescripción y validación con la PEA nos proponemos la revisión de las alertas generadas, actualizando la información que ofrecen y evitando el exceso y la revisión/simplificación de los tipos de intervenciones parametrizadas, adecuándolas a las necesidades de intervención farmacéutica detectadas.

* * *

C79

ANÁLISIS DE LOS MEDICAMENTOS REENVASADOS EN DOSIS UNITARIA CON LA FINALIDAD DE REDUCIR EL IMPACTO MEDIOAMBIENTAL

ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; ALCÁZAR GALLEGO, J.A.; TOMÁS LUIZ, A.; LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; MUÑOZ GUARDIOLA, E.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.
Hospital Virgen del Castillo

OBJETIVOS

Analizar los medicamentos reenvasados durante el año 2021, el número de dosis unitarias elaboradas y comprobar si existen presentaciones en el mercado que permitan evitar este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de los fármacos reenvasados en un hospital comarcal durante el año 2021. Se registraron todas las presentaciones reenvasadas y el número de dosis unitarias elaboradas de cada una. Las presentaciones se dividieron en 2 grupos: número de unidades reenvasadas superior o inferior a 200 unidades / año. Las presentaciones comercializadas en España disponibles en dosis unitaria se obtuvieron de una base de datos elaborada por la Sociedad Castellano Manchega de Farmacia Hospitalaria y se clasificaron en 3 grupos: envases normales (EN), envases clínicos (EC) o ambos envases disponibles.

RESULTADOS

Se reenvasaron 178 presentaciones diferentes, 42 obtenidas por fraccionamiento de un comprimido de mayor dosis, y un total de 36.307 unidades durante 2021. En la base de datos consultada se encontraron 41 presentaciones alternativas comercializadas en dosis unitaria. La adquisición en formato unitario habría evitado 9.860 unidades de reenvasados y reduciendo el reenvasado del 27,5%. De las presentaciones unitarias disponibles, 7 (17,07%) se obtenían por fraccionamiento y generaron 1.008 unidades. Las presentaciones disponibles en dosis unitaria eran EC en 15 ocasiones, EN en 7 y en 18 estaban disponibles ambas opciones. El reenvasado anual sólo superó las 200 unidades en 10 (24,39%) de las presentaciones disponibles en dosis unitarias, siendo las más frecuentes: bisoprolol 2,5 mg (1.861 unidades), gabapentina 300 mg (1.350), valsartan 160 mg (840), bisoprolol 5 mg (780) y valsartan 80 mg (756).

CONCLUSIONES

Este análisis nos permitirá disminuir los comprimidos reenvasados durante 2022, reducir el impacto medioambiental de este proceso y las horas de trabajo del técnico de farmacia.

* * *

C80

¿ES NECESARIO EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN UNA ROTACIÓN EXTERNA

PASTOR MONDÉJAR, C.; CABALLERO REQUEJO, C.; MARTÍNEZ SOTO, A.M.; ORTÍZ FERNÁNDEZ, P.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; URBIETA SANZ, E.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) llevadas a cabo por un residente de farmacia hospitalaria durante el periodo de rotación externa en el Servicio de Urgencias (SU), así como evaluar su grado de aceptación. El objetivo de dichas IF fueron la optimización farmacoterapéutica y la prevención de efectos adversos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el periodo de rotación externa en el SU (octubre-noviembre de 2021) se registraron todas las IF llevadas a cabo por el residente, tanto de forma proactiva como reactiva por parte del médico prescriptor o personal de enfermería, ya sea de forma presencial como a través del programa de prescripción electrónica. Se revisó el tratamiento crónico de cada paciente, registrando el número de fármacos activos en el momento de la llegada a urgencias, así como el número de intervenciones realizadas. Las intervenciones se clasificaron en las siguientes categorías:

- Conciliación: discrepancias en el tratamiento crónico del paciente en cuanto a dosis, frecuencia, fármaco erróneo u omisión.
- Consulta farmacéutica: consultas realizadas en cuanto a dosis, frecuencia, administración del medicamento.
- Modificación/ajustes de dosis: por insuficiencia renal, dosis máxima, posología diferente a la habitual, duplicidad, interacción.

– Relacionadas con el medicamento: equivalente de fármacos no disponibles, vía de administración, forma farmacéutica adecuada

Los datos se recogieron en Excel® y se analizaron con el programa SPSS®.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 225 pacientes durante un periodo total de estudio de 35 días hábiles. La mediana de fármacos crónicos por paciente fue de 7 (rango 0-17), el 70,6% eran pacientes polimedicados (con 5 o más fármacos como tratamiento crónico) y el 9,3% no tenían ningún tratamiento crónico. Se realizaron 172 intervenciones en un total de 114 pacientes, con una mediana de intervenciones realizada por paciente de 1 (rango 0-5), por lo que en el 50,6% de los pacientes se realizó intervención.

De las intervenciones realizadas, el 47,1% fueron relacionadas con la conciliación del tratamiento crónico: omisión (20,9%), dosis (12,8%), posología (4,1%), fármaco no crónico (4,6%) y fármaco erróneo (4,6%). El 19,1% fueron por ajuste de dosis: duplicidad (5,8%), ajuste por insuficiencia renal duplicidad (5,8%), posología (2,9%), dosis máxima (2,3%), clínica actual (1,7%) e interacción (0,6%). Las intervenciones clasificadas como relativas al medicamento representan el 15,7%: equivalente (9,8%), forma farmacéutica (2,3%), vía de administración (1,7%), administración (1,1%) y conservación (0,6%). El 5,8% corresponden a consultas realizadas al farmacéutico. De las 172 intervenciones realizadas, fueron aceptadas el 90,1% (n=155).

CONCLUSIÓN

La intervención del farmacéutico en urgencias es una figura que aporta una mayor calidad de los tratamientos prescritos y aumenta la seguridad del paciente debido a la detección y prevención de errores relacionados con los medicamentos. Además, el alto grado de aceptación de las IF es indicativo de la importancia de la integración del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar del SU.

* * *

C81

ANÁLISIS DE ALERTAS DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS GENERADAS EN UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.; ASENSI CANTÓ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVO

La implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) ha reducido considerablemente los errores de medicación con respecto a la prescripción manual tradicional. Entre las características de la PEA destaca su potente sistema de alertas de seguridad. Sin embargo, el exceso de alertas puede dar lugar a un agotamiento o fatiga por parte del clínico que distrae las notificaciones realmente relevantes.

El objetivo de este estudio es analizar las alertas de interacciones generadas en la PEA para actualizar la base de datos preexistente limitando las alertas a las clínicamente relevantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de un mes de duración en el que se registraron las interacciones detectadas de forma más frecuente durante la validación farmacéutica a través del sistema de PEA MIRA®, el cual

dispone de una amplia base de datos de 32.359 interacciones clasificadas en 9 niveles según relevancia y evidencia clínica, no aportando suficiente información acerca de la naturaleza y manejo de la misma. En el periodo de estudio sólo estaba activo el nivel 1 "interacción importante y ampliamente estudiada en clínica" (4.484 interacciones).

Se recogieron los siguientes datos: fármacos implicados en la interacción, gravedad, naturaleza, descripción y breve manejo de ésta. Para ello, se analizaron y compararon los resultados en diferentes bases de datos: "Medinteract®", "Micromedex®" y "Bot-Plus®". La gravedad de las interacciones fue estratificada según su grado en: graves (aquellas que pueden causar daño/lesión al paciente), moderadas (interacción que genera la necesidad de realizar un seguimiento al paciente) y leves (la interacción no causa daño y no suele requerir modificación de la farmacoterapia).

RESULTADOS

Se recopilaron 50 interacciones generadas con más frecuencia en la prescripción médica durante el periodo de estudio. El 35% fueron de grado grave, el 45% grado moderado, y el 20% grado leve. Los grupos de fármacos que más interacciones generaron fueron: diuréticos (18,18%), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (12,2%), antiepilépticos (10,6%); derivados de benzodiacepinas (9%); inhibidores de la bomba de protones (9%), antiinflamatorios no esteroideos (9%); antiagregantes y anticoagulantes (7,5%); antipsicóticos (7,5%) y antiarrítmicos (7,5%). Del total de interacciones, 35% fueron de naturaleza farmacocinética y 65% farmacodinámica.

Asimismo, durante el estudio se detectó que algunas interacciones clínicamente relevantes no generaban alerta en la PEA al no estar incluidas en el nivel 1 de la base de datos de MIRA®.

CONCLUSIONES

- El sistema actual detecta un elevado número de interacciones, algunas de ellas sin relevancia clínica, lo que da lugar a un exceso de alertas que puede llevar a una falta de atención en aquellas que sí lo merecen. Además, no ofrece información suficiente acerca de la naturaleza de la interacción.
- Con la información recopilada se propone desactivar las interacciones clínicamente irrelevantes y activar aquellas clínicamente significativas que actualmente no generan alerta, así como modificar el texto de alerta de las interacciones activas informando del grado de gravedad, breve descripción del mecanismo de interacción así como del manejo clínico con el fin de mejor la calidad del sistema PEA y aumentar la seguridad del paciente.

* * *

C87

UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.; GARCÍA MATILLAS, CN

GARCÍA LAGUNAR, M.H.; MARTÍNEZ PENELLA, M.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MONTOYA EGEA, J.M.; MIRA SIRVENT, M.C.
Hospital General Universitario Santa Lucia

OBJETIVOS

Idarucizumab es un agente de reversión específico para Dabigatrán, está indicado en pacientes adultos tratados con Dabigatrán cuando se necesita una reversión rápida de sus efectos anticoagulantes: intervenciones quirúrgicas urgentes o en hemorragias potencialmente mortales o no controladas.

Analizar la efectividad y la seguridad de Idarucizumab en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes tratados con Idarucizumab durante 6 años en un hospital de tercer nivel.

Para el análisis se partió del protocolo de uso de Idarucizumab(*Reversión*), basado en el ensayo REVERSE que sirvió para la aprobación de la comercialización del fármaco con el aval de Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. En él se consideraron varios factores antes de la administración del antídoto: tiempo transcurrido desde la última dosis de Dabigatrán, factores que condicionen la farmacocinética como aclaramiento renal e interacciones, actividad anticoagulante mediante los test de coagulación, localización y magnitud del sangrado.

Se recogieron: variables demográficas, pauta de Dabigatrán, filtrado glomerular estimado(eFG) previo a la reversión, fecha y hora de la última dosis de Dabigatrán, ratio del tiempo de tromboplastina parcial activada(TTPA) antes, 24 h y 48 h tras reversión, reacciones adversas y desenlace.

RESULTADOS

Idarucizumab fue administrado a 12 pacientes, 42,67% hombres con 76,90±7,67años de media. 7 pacientes presentaban hemorragias graves(5 digestivas y 2 subdurales) y 5 pacientes requirieron intervención quirúrgica urgente asociado a alto riesgo de sangrado.

El 58% tomaban Dabigatrán 150mg y el 42% 110 mg(ajustada por función renal o edad). En el momento de la reversión 3 pacientes presentaron un eFG<30mL/min, situación en la que el Dabigatrán estaría contraindicado.

Un paciente se encontraba en tratamiento con heparina de bajo peso molecular(HBPM) y otro en tratamiento con propafenona que están totalmente contraindicados y dos pacientes recibían inhibidores de la recaptación que favorecen el aumento de hemorragias.

La fecha de última administración de Dabigatrán era desconocida en la mayoría de los casos, únicamente en 1 paciente la reversión <12h desde la última dosis.

El 83% de los pacientes(n=10) tenían un TTPA prolongado previo a la reversión. En el 66,7% de los pacientes se normalizaron los valores de TTPA a las 24 y 48 horas. En ningún caso se administró una segunda dosis, aunque en uno se observó un aumento de TTPA a las 48 horas. No se describieron episodios de sangrado activo tras la administración de Idarucizumab, ni reacciones adversas.

El 50% de los pacientes falleció, dos tras mala situación crítica, 1 por una parada cardiorrespiratoria y 3 por causa desconocida.

En la actualidad el 50%(n=6) siguen vivos, 5 reiniciaron el Dabigatrán igual que lo tomaban antes y un paciente cambio a HBPM.

CONCLUSIONES

Idarucizumab se puede considerar una alternativa efectiva en pacientes con Dabigatrán en situaciones de cirugía o hemorragia grave, debido a los buenos resultados y buena recuperación de la hemostasia, pero siempre que se emplee según las condiciones establecidas en los protocolos, aunque en algunas circunstancias es difícil cumplir el tiempo aconsejado desde la administración del Dabigatrán. Es importante conocer los niveles de TTPA.

Además, debe realizarse un uso racional, al ser un fármaco de alto impacto económico y con evidencia limitada sobre su seguridad.

* * *

C91

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑOSOS

HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; NÁJERA PÉREZ, M.D.; PACHECO LÓPEZ, P.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

Comparación del estado de salud y la calidad de vida en pacientes en tratamiento antimigrañoso con erenumab o galcanezumab antes de la administración del fármaco y tres meses después.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo realizado en un hospital de tercer grado mediante administración de cuestionarios EQ-5D-5L a 68 pacientes antes de la primera dosis de Erenumab o Galcanezumab y tres meses después del inicio del tratamiento. Se recogieron datos de variables demográficas (sexo y edad), y de las dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión está compuesta por 5 niveles de gravedad. Los pacientes completaron la escala visual analógica (EVA), graduada de 0 (peor estado de salud) a 10. Para su análisis, se agruparon las respuestas en dos categorías: leves y graves, asociando los niveles 1-2 y 4-5 respectivamente. Las encuestas se analizaron de manera global y anónima, sin que se incluyeran datos identificativos.

RESULTADOS

De los 68 pacientes incluidos en el estudio, 40 (58,8%) completaron el cuestionario tras tres meses de tratamiento. El 83,8% ellos son mujeres, con una edad media de 48,9 años. El 36.8% de los pacientes afirmó tener estudios superiores y el 38,2% estudios primarios y secundarios. El resto no proporcionó datos.

En la dimensión movilidad, al inicio el 76,1% describió síntomas leves y el 2,98% síntomas graves, mientras que tres meses después los datos reflejaron una disminución a 66,1% y 1,47% respectivamente.

El 91,1% describió síntomas leves en cuanto al autocuidado y el 2,98% expresó dificultades graves. Tres meses después, solo el 63,2% mostró síntomas leves mientras que la gravedad se mantuvo constante.

El 35,8% refirió tener problemas leves para realizar las actividades cotidianas y el 22,36% mostró gravedad. Tres meses después, solo un 13,2% continuó expresando problemas graves. Los síntomas leves no mejoraron.

En cuanto al dolor/malestar, la administración del fármaco supuso una reducción de síntomas graves ya que inicialmente fue del 68,6% y tres meses después pasó a 27,9%. Los síntomas leves no mejoraron.

La ansiedad y depresión graves estaban presentes en el 28,9%. Tres meses después, disminuyó al 13,2%. Los síntomas leves no se modificaron.

En cuanto a la puntuación expresada por los pacientes a través de la escala EVA, se obtuvo una mediana de 5 antes del inicio del tratamiento frente a 6,25 tres meses después.

CONCLUSIONES

En las encuestas de calidad de vida, antes de iniciar el tratamiento, el dolor y la depresión/ansiedad son las dimensiones más afectadas, con unos porcentajes de síntomas graves de 68,6% y 28,9%. El estado de salud con una mediana de 5 nos permite constatar que la migraña puede afectar significativamente a la calidad de vida del paciente.

Todas las dimensiones mostraron mejoría, especialmente en criterios de gravedad. Tras tres meses de tratamiento, dolor/malestar fue la que más mejoró seguida de la ansiedad/depresión (reducciones de 40,7% y 15,7% respectivamente) mientras que actividades cotidianas no se vio afectada.

La escala EVA mostró un aumento de la calidad de vida tras tres meses de tratamiento en 1,25 puntos de mediana.

Una limitación del estudio es que no se dispone del total de encuestas de calidad de vida a los 3 meses. Esperamos poder disponer de más datos trimestrales y, en un futuro, anuales para confirmar los resultados obtenidos.

* * *

C95

COMPARATIVA INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PRIVADOS SIN ATENCIÓN FARMACÉUTICA VERSUS PÚBLICO CON ATENCIÓN FARMACÉUTICA

TOBARUELA SOTO, M.; PASTOR CANO, J.; ARRIBAS DÍAZ, B.; HERRERO DELICADO, R.; ABELLÓN RUIZ, J.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVO

Comparativa de indicadores de calidad de prescripción mediante análisis de las prescripciones en Centros Sociosanitarios (CSS) privados de 100 o más camas y un CSS público de alta complejidad con larga evolución de atención farmacéutica (AF) y con guía farmacoterapéutica (GFT)

MATERIAL Y MÉTODOS

Las prescripciones fueron obtenidas del Portal de Inteligencia de Negocio para los CSS privados y de Discoverer® para el CSS público y analizadas con Excel® y Access®. Se consideró tratamiento crónico si la duración del mismo era igual o superior a 3 meses.

Selección de indicadores: se llevó a cabo en colaboración con el grupo de Coordinación Regional para la Cronicidad Avanzada y Atención Sociosanitaria (CORECAAS).

Los indicadores seleccionados fueron: el número de fármacos crónicos por paciente y las prescripciones de: Ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg, medicamentos de acción lenta para el tratamiento sintomático de la artrosis (SYSADOA), citalopram a dosis mayores de 20mg (citalopram > 20mg), escitalopram a dosis mayores de 10 mg (escitalopram > 10mg), citicolina, fluoxetina y paroxetina, así como la prescripción de 3 o más antipsicóticos.

RESULTADOS

Se analizaron 1882 tratamientos de personas mayores de 65 años en 22 CSS privados de 100 o más camas y 137 tratamientos de personas mayores en 1 CSS público con AF y GFT durante el segundo trimestre de 2020.

La mediana de fármacos crónicos por paciente fue de 9,22 en CSS privados (máximo CSS privado 13) y de 8 en el CSS público con AF. El porcentaje de pacientes con más de 15 fármacos en el CSS público fue de un 13,9% que fue superado por 6 residencias privadas (17,4%, 41,4%, 30%, 17,2%, 19,8% y 18%)

Los resultados de los indicadores de calidad de prescripción comparando CSS público y CSS privados (% máximo CSS privado) fueron:

AAS 300 mg: 0% y 1,9% (6,7%), SYSADOA: 0% y 1,5% (7,7%), citalopram > 20mg: 0% y 0,6% (2,6%), escitalopram > 10mg: 0% y 4% (11,7%), citicolina: 0% y 5,6% (16%), fluoxetina: 0,7% y 1,2% (4%), paroxetina: 0% y 3,7% (10,3%) y 3 o más antipsicóticos: 2,2% y 2,5% (4%).

CONCLUSIONES

Aunque la comparación de resultados no sea adecuada por la diferente complejidad de los pacientes según las residencias, si nos muestra la realidad de su calidad de prescripción, las mejoras que la AF puede conllevar en ellas y centra el foco como método de priorización de actuaciones.

El desarrollo del Decreto 2/2014 en residencias privadas de 100 o más camas es un punto importante en la mejora de la calidad de prescripción tanto por el hecho de implementar una GFT común para todos los centros como por la AF que se realizará en ellos.

* * *

C97

PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN 2 CENTROS SOCIOSANITARIOS PRIVADOS MEDICALIZADOS POR COVID

TOBARUELA SOTO, M.; MOLINA PÉREZ DE LOS COBOS, E.; ARANDA GARCÍA, A.; LÁZARO CEBAS, A.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVOS

Detectar prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) y problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en mayores de 65 años en 2 Centros Sociosanitarios (CSS) privados medicalizados durante la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional transversal

Las prescripciones de dos CSS privados de 100 o más camas se extrajeron de receta electrónica durante el mes de mayo de 2021 y fueron analizadas con los programas Excel® y CheckTheMeds® para detectar PPI y PRM.

Las PPI se midieron con los criterios Stopp/Start y los PRM incluyeron fármacos peligrosos en pacientes crónicos según el instituto para el uso seguro de medicamentos (ISMP), interacciones relevantes, contraindicaciones, PPI y sobredosificación de fármacos.

Además durante la medicalización se realizaron diferentes actuaciones como pesar y tallar, clasificar según fragilidad mediante la Clinical frailty scale (CFS) y estado de la escala de deterioro global (GDS), detección de disfagia e insuficiencia renal que pudieron realizarse en un reducido número de residentes y de los que se han analizado los datos.

RESULTADOS

Se analizaron los tratamientos de 200 pacientes institucionalizados mayores de 65 años de 2 CSS privados (96 y 104 residentes). El 47% y 40% con edad igual o superior a 85 años.

La mediana de tratamientos crónicos por paciente fue de 8 y 9, encontrando polimedicación excesiva (≥10 fármacos crónicos) en el 40% y 45% de los residentes de cada centro.

La media de PPI criterios Stopp/paciente fue de 2,39 y 1,88 y la media de PPI criterios Start/paciente fue de 0,34 y 0,07. También se midió la media de carga anticolinérgica/paciente que fue de 3 y 4 en cada CSS

En cuanto a la media de PRM importantes por paciente fue de: 3,77 y 3,33 y la media de PRM importantes por fármacos totales: 0,46 y 0,37 respectivamente.

En la mayoría de los residentes existían pocos datos antropométricos y analíticos. Durante la medicalización pudieron realizarse mediciones en 50 pacientes. Se detectaron 6 con un índice de masa corporal (IMC) menor de 22,5, 12 pacientes con disfagia, 9 con aclaramiento de creatinina (ClCr) menor de 50ml/min y 4 con ClCr menor de 30 ml/min, 17 pacientes con fragilidad moderada CFS 6 y 25 con fragilidad avanzada (18 con CFS 8 y / con CFS 7). En cuanto al GDS encontramos 19 pacientes GDS 6 y 8 con GDS 7.

CONCLUSIONES

El análisis de las prescripciones en residencias privadas durante la intervención y medicalización en la pandemia, ha supuesto la identificación de problemas relacionados con la medicación en estos pacientes institucionalizados.

Este análisis ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar diferentes actuaciones de atención médica y farmacéutica en pacientes institucionalizados, como valoraciones nutricionales, disminución de carga anticolinérgica, ajustes de fármacos por insuficiencia renal, deprescripción, desintensificación de antihipertensivos y antidiabéticos orales para disminuir los PRM y PPI.

* * *

C99

EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO PARA LA COVID-19 EN UN HOSPITAL COMARCAL

MUROS ORTEGA, M.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; LASO ORTIZ, A.; PAYA PEÑALVER, E.; GARCÍA NOGUERA, D.; SARABIA MARCO, F.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

OBJETIVOS

Describir la experiencia del tratamiento utilizado en los pacientes ingresados por covid-19 y la implicación del farmacéutico, desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad, en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del tratamiento para la covid-19 en un hospital comarcal, con un área sanitaria de 54.000 personas. Mediante un equipo multidisciplinar de Medicina Interna, Neumología y Farmacia Hospitalaria, se elaboraron protocolos internos de tratamiento para el paciente con neumonía (moderada-grave o crítica) por SARS-COV-2 que requiere ingreso hospitalario. El farmacéutico ha realizado diariamente un estrecho seguimiento de los pacientes y registro en base de datos (edad, sexo, días de ingreso, carga viral, días de síntomas, tipo de tratamiento y duración, motivo de alta) para su posterior análisis.

RESULTADOS

Desde Marzo 2020 a Febrero 2022 se han atendido 471 pacientes con covid-19, de los cuales 433 recibieron tratamiento dirigido. La media de edad fue 64,5 años (rango 15-98), el 53,5% eran hombres. La media de ingreso fueron 7 días (rango 1-33). La carga viral media fue 22,7 (rango 11-38) según ciclo umbral de PCR. La media de días de inicio de síntomas fue 6,3 (rango 0-25). Los ingresos resultaron en 84,8% de altas por mejoría, un 6,3% traslados a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y un 8,9% de mortalidad con 82 años de media (rango 59-96). Los corticoesteroides, como metilprednisolona y dexametasona; y la profilaxis tromboembólica, con enoxaparina o bemiparina, se han aplicado a más del 90% de los pacientes. El 98% recibió terapia respiratoria, siendo la ventilación mecánica no invasiva, el techo terapéutico disponible en el hospital al no disponer de UCI. Remdesivir se administró al 30% de los pacientes (129), de los cuales, 44 fueron en monoterapia (34%), 63 con baricitinib (49%) y 22 con tocilizumab (17%). Remdesivir también se administró, en ciclos de 3 días, en 8 pacientes sin oxígeno con factores de riesgo de progresar a covid grave y; en ciclos de 10 días, a 2 pacientes con patologías hematológicas. El 4% (16) recibieron lopinavir/ritonavir con hidroxicloroquina, un 1% (5) recibieron hidroxicloroquina en monoterapia y un 0,5% (2) interferón beta-1b, todos durante la 1ª ola (Marzo hasta Agosto 2020). Baricitinib ha sido el inmunomodulador más utilizado en el 34% (147). El 21% recibió tocilizumab (92), la mayoría en monoterapia. Anakinra se utilizó en el 5% (20). Se recabó el consentimiento informado de los pacientes en la historia clínica, para recibir tratamiento sin indicación, pero con evidencia científica para la covid-19. El farmacéutico ha participado en las 3 actualizaciones del protocolo, ha realizado diariamente intervenciones directas al tratamiento y ha registrado los pacientes con remdesivir en Valtermed (sistema de información de valor terapéutico de medicamentos).

CONCLUSIONES

A pesar de las novedades terapéuticas futuras, en nuestra experiencia hasta la fecha, se han consolidado como pilar del tratamiento para los pacientes con covid-19 que requieren ingreso hospitalario, los corticoesteroides, la terapia antitrombótica, el tratamiento antiviral e inmunomodulador, junto con la terapia respiratoria. El resultado del trabajo en equipo con la implicación del farmacéutico, se ha reflejado en unas cifras de alta hospitalaria importantes y unas reducidas tasas de mortalidad y traslados, a pesar de encontrarnos en el entorno de un hospital comarcal sin presencia de UCI.

* * *

C100

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL COMARCAL

MUROS ORTEGA, M.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; GARCÍA NOGUERA, D.; SARABIA MARCO, F.; SORIANO MOLINA, J.M.; VALIENTE BORREGO, F.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

OBJETIVO

El objetivo fue diseñar e implementar un protocolo para el abordaje y tratamiento de la COVID-19, para disminución de la variabilidad ocasionada por el creciente número de casos y la situación de emergencia sanitaria, adaptado a las particularidades de nuestra Área de Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reducir la variabilidad de la práctica asistencial mediante guías y protocolos de práctica clínica, es un objetivo común de las organizaciones sanitarias. La emergencia sanitaria por la pandemia del SARS-COV-2, originó la colaboración de especialidades médicas y quirúrgicas, para responder eficazmente a la situación. Se planteó la necesidad urgente de elaborar documentos de uso interno sobre el abordaje y tratamiento de la COVID-19. La colaboración de los servicios de Medicina Interna, Neumología, Microbiología y Farmacia, se realizó por teléfono y correo electrónico, por las limitaciones de los encuentros presenciales. Se revisaron protocolos nacionales, autonómicos, de hospitales de referencia, sociedades científicas y artículos más relevantes.

RESULTADOS

En la 2ª ola, triplicados los ingresos por COVID-19 respecto a la 1ª ola, se diseñó una Guía General como marco para el tratamiento de los casos en el hospital. La 3ª ola, con una ocupación por COVID-19 superior al 50%, obligó al diseño de un Protocolo de consulta rápida y accesible en dispositivos móviles, ordenadores y papel. La Gerencia Médica lideró la presentación de la Guía y el Protocolo, a nivel regional y hospitalario. El Protocolo incluyó según los parámetros clínicos-analíticos del paciente al ingreso; junto con la situación de gravedad (moderada, grave o crítico), las alternativas terapéuticas recomendadas en cada caso, también recomendaciones para el manejo de los casos leves a nivel ambulatorio y en urgencias. Se han realizado 3 actualizaciones hasta la fecha, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Se detallaron los criterios clínicos específicos para iniciar tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, corticoesteroides, remdesivir, tocilizumab, baricitinib y anakinra, dosis y pauta habitual, motivos de reducción posológica y contraindicaciones. Se reflejó la necesidad de recabar el consentimiento informado en la historia clínica electrónica, para el uso de estos fármacos en condiciones fuera de ficha técnica pero con evidencia científica para COVID-19. Se recogió la indicación de nutrición parenteral y antipsicóticos para adaptación a la ventilación mecánica no invasiva.

Para agilizar la prescripción, en el aplicativo MIRA® se crearon protocolos para remdesivir y tocilizumab, con fechas de inicio, finalización y dosis establecidas. Se diseñaron hojas para el personal de enfermería con instrucciones de administración, estabilidad y conservación de los fármacos endovenosos. Para mejorar la adherencia se protocolizaron las dispensaciones al alta de lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina, anakinra y baricitinib.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo multidisciplinar en la elaboración del protocolo ha contribuido a reducir la variabilidad y unificar los criterios de tratamiento de la COVID-19, aumentando la seguridad y eficacia en la atención de estos pacientes. El apoyo de la Dirección, contribuye a implementar las iniciativas corporativas con mayor garantía que las decisiones unilaterales. La incertidumbre generada por la variación de los criterios de práctica clínica fue una limitación, debido al rápido avance en el conocimiento de la patología

* * *

C102

MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN FRECUENTE ASOCIADOS A FLEBITIS QUÍMICA: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA PARA LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA

MUROS ORTEGA, M.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; RAMOS GUARDIOLA, J.; LUCAS VILLA, N.; CABALLERO FRANCO, C.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

OBJETIVOS

Elaborar una guía actualizada de consulta rápida con las condiciones de administración de medicamentos de uso frecuente con riesgo de flebitis; y su difusión por las unidades de enfermería del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Aplicando las recomendaciones de la Ley 44/2003, 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que recoge la difusión de la práctica clínica, de las recomendaciones basadas en la evidencia y de las buenas prácticas, como línea estratégica prioritaria de la política sanitaria; y su aplicación a la práctica clínica,comouna responsabilidad de los profesionales sanitarios, se aborda desde la Dirección de Enfermería, la mejora del indicador de incidencia de flebitis de nuestra Área de Salud, en el marco de la mejora continua por la seguridad del paciente.

Para ello se propone desde la Dirección de Enfermería, la realización de cinco sesiones formativas para el personal de enfermería y; se pide la colaboración del Servicio de Farmacia, en el diseño y elaboración de una guía de consulta rápida de fármacos de administración frecuente asociada a la aparición de flebitis.

Para la elaboración de la guía, se revisó el documento del programa Flebitis Zero del Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos sobre la "Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica", las recomendaciones de administración de la Separata de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Guía de Hospital Son Espases, la Guía Hospitalaria de Terapéutica Antibiótica en Adultos del Servicio Murciano de Salud 2021y las condiciones de conservación y estabilidad de fármacos de la aplicación Stabilis®.

RESULTADOS

Tras revisar la bibliografía se identificaron 28 principios activos con riesgo potencial bajo, medio y alto de producir flebitis. Para cada uno y sus presentaciones, un total de 57 productos, se ha diseñado un esquema resumen con los campos: nombre principio activo, descripción, riesgo de flebitis (alto, medio, bajo), reconstitución y vehículo (tipo, volumen, estabilidad), conservación, recomendaciones de administración para cada tipo de vía intravenosa directa, intravenosa intermitente e continua, subcutánea, intramuscular y otras. Para su difusión inicial, se ha elaborado una guía impresa sencilla de 2 páginas, de consulta rápida, con las recomendaciones condiciones de administración de medicamentos con riesgo de flebitis, y se ha solicitado, su incorporación a la información externa disponible para consulta a través del programa de prescripción MIRA®

CONCLUSIONES

La participación del Servicio de Farmacia, junto con el resto del personal del centro, ha permitido obtener una guía con el objetivo de minimizar la aparición de flebitis química asociada a fármacos. La reducción de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, se mantiene como uno de los principales objetivos dentro de nuestra organización.

C103

IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO PARA PRESCRIPCIÓN VALIDACIÓN Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICO EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PASTOR CANO, J.; ARANDA GARCÍA, A.; LOZANO BUENO, M.C.; SAURA MARTÍN, J.M.; TRIGUEROS GRAO, F.J.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
DGAS, SERV. Gestión Farmacéutica

OBJETIVOS

Detallar la implantación de un programa común para el circuito de prescripción/validación y registro electrónico de la administración (PCPVA) en el Servicio Murciano de Salud (SMS).

MATERIAL Y MÉTODOS

El SMS abordó en últimos años la implantación de un programa común para el circuito PCPVA. Previamente, en 2017, la prescripción electrónica abarcaba el 38% de las camas de hospitalización pertenecientes a 4 de los 10 hospitales del SMS. De estos, uno de los centros con la prescripción médica (PM) implantada con programa no corporativo (700 camas) y 3 hospitales con PM electrónica implantada con la versión anterior del programa corporativo 410 camas.

Esta situación de uso de la prescripción electrónica generaba la necesidad de transcripción de tratamientos en los servicios de farmacia de 6 hospitales (1.785 camas, 62% del SMS) para la realización del llenado de la unidosis y prácticamente impedía el registro electrónico de administración.

Para la implantación del PCPVA en las camas de hospitalización (excepto cuidados intensivos), así como los centros sociosanitarios (CSS), se utilizaron grupos interdisciplinares en cada uno de los centros. En estos grupos se integraronlas direcciones médicas, las de enfermería, los servicios de farmacia y los de informática, que junto a la empresa y responsables de órganos centrales del SMS, planificaron a escala hospitalaria las tareas de formación e implantación. De esta manera la programación elaborada desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria junto a la Subdirección General de Tecnología de la Información a nivel global presentó una adaptación a las necesidades inquietudes, posibilidades y ritmos de trabajo de los diferentes hospitales. El avance del proyecto se evalúa según las camas hospitalarias con PCPVA en funcionamiento.

RESULTADOS

El proyecto se inicia en septiembre de 2017 con la firma del contrato abierto con la empresa adjudicataria y se extiende durante los siguientes 4 años llegando a su fin en febrero de 2021 con la implantación de la PCPVA en el último hospital del SMS alcanzando el 100% del objetivo.

Durante el proyecto se puso el PCPVA en marcha en diferente número de camas cada año, 1º 950; 2º 595; 3º 650; 4º 700 que ascienden a los siguientes datos si tenemos en cuenta los CSS, 1º 1030; 2º 755; 3º 870; 4º 760.

CONCLUSIONES

A nivel global el SMS presenta un 100% de implantación de PCPVA, prescripción y registro de administración electrónica, superando el 98% de media estatal de prescripción electrónica ny superando el 74% de registro electrónico de administración reflejados en la Encuesta Nacional SEFH-2019.

Eliminar la transcripción de la PM ha generado un gran cambio en la validación farmacéutica a nivel global en el SMS.

C104

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ LOBATO, B.; MONTOYA EGEA, J.M.; ASENSI CANTÓ, A.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía

Los efectos sobre la salud de los Medicamentos Peligrosos(MP) están asociados a sus efectos terapéuticos y/o a sus efectos secundarios, que se admiten por ser menores o, en algunos casos, inevitables, como ocurre con los efectos cancerígenos asociados al uso de muchos citostáticos.

Según los documentos publicados por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) los MP se dividen en tres grandes grupos: Grupo 1: medicamentos antineoplásicos; Grupo 2: medicamentos no antineoplásicos que cumplen con uno o más criterios NIOSH para ser considerados de riesgo; Grupo 3: medicamentos no antineoplásicos que tienen efectos sobre la reproducción.

En España el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT) elaboró un documento técnico donde recopiló todos los MP empleados en España, así como instrucciones para su preparación y administración correctas. El manejo correcto de estos medicamentos es fundamental en la estrategia de seguridad tanto para los pacientes como el personal sanitario que los manipula.

OBJETIVOS

Los efectos sobre la salud de los Medicamentos Peligrosos(MP) están asociados a sus efectos terapéuticos y/o a sus efectos secundarios, que se admiten por ser menores o, en algunos casos, inevitables, como ocurre con los efectos cancerígenos asociados al uso de muchos citostáticos.

Según los documentos publicados por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) los MP se dividen en tres grandes grupos: Grupo 1: medicamentos antineoplásicos; Grupo 2: medicamentos no antineoplásicos que cumplen con uno o más criterios NIOSH para ser considerados de riesgo; Grupo 3: medicamentos no antineoplásicos que tienen efectos sobre la reproducción.

En España el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT) elaboró un documento técnico donde recopiló todos los MP empleados en España, así como instrucciones para su preparación y administración correctas. El manejo correcto de estos medicamentos es fundamental en la estrategia de seguridad tanto para los pacientes como el personal sanitario que los manipula.

Describir la prevalencia de prescripción de MP en un centro sociosanitario para personas con discapacidad (CPD).

Informar y formar al personal sanitario sobre las medidas de prevención en la preparación y administración de los MP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de las prescripciones de MP en un CPD durante abril de 2021.

Las variables recogidas fueron edad, sexo, pacientes en tratamiento con MP, así como los más utilizados.

Elaboración de un listado con los MP incluido en la Guía Farmacoterapéutica de CPD, tomando como referencia la última actualización del INSHT y NIOSH.

Los datos se recogieron mediante la revisión de los tratamientos en el programa de prescripción electrónica MIRA® implantada en el CPD.

RESULTADOS

De los 80 pacientes ingresados con CPD, 64 pacientes estaban en tratamiento con MP.

De los 64 pacientes (59,37%) eran hombres, con una edad media de 50,12±10,87 años. El total de medicamentos prescritos fue 329, siendo la media de medicamentos por paciente 5,14±2.

Se detectaron 90 medicamentos peligrosos (27,35%) con 14 principios activos distintos según los grupos clasificados en: Grupo 1: metotrexato 1,11%(n=1); bicalutamida 1,11%(n=1), triptorelina 1,11%(n=1); Grupo 2: carbamazepina 13,33%(n=12), fenitoína 8,88%(n=8), oxcarbamazepina 5,55%(n=5); Grupo 3: valproico 22,22%(n=20), clonazepam 15,55%(n=14), vigabatrina, cabergolina, zonisamida y topiramato todos con el mismo porcentaje 1,11%(n=1).

Se elaboró material didáctico formato póster con listado de los MP clasificados por grupo de riesgo y con información de que equipo de protección individual deben usar, según la vía de administración que se facilitó al personal sanitario.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la prevalencia de medicamentos peligrosos es elevada, por ello es preciso realizar medidas de prevención y preparación de los medicamentos, si fuera necesario. Así como, mantener al personal sanitario del CPD informado y formado en las recomendaciones sobre las medidas de seguridad para la administración de MP.

Los medicamentos peligrosos más empleados son el valproico, el clonazepam y carbamazepina.

La atención farmacéutica especializada en CPD es fundamental para desarrollar medidas que promuevan el uso seguro de los medicamentos peligrosos.

* * *

C105

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE REMDESIVIR EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ LOBATO, B.; ASENSI CANTÓ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; FERNÁNDEZ VELA, J.; MIRA SIRVENT, M.C.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

Remdesivir está indicado según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios(AEMPS) para el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019(COVID-19) en adultos y adolescentes(mayor de 12 años y más de 40kg) con neumonía que requieren oxigeno suplementario.

Describir las características de los pacientes hospitalizados con neumonía por SARS-CoV-2 en tratamiento con Remdesvir, así como su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en los pacientes hospitalizados con neumonía por SARS- CoV-2 en tratamiento con Remdesivir durante el periodo entre agosto 2020 y febrero 2022 en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, comorbilidades, empleo de antibióticos y corticoides, ingreso en UCI, exitus, parámetros analíticos previos y 5 días posteriores a la administración de Remdesivir (Proteína C reactiva(PCR), dímero D, ferritina, transaminasas: alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST)) y si completaron el tratamiento o motivo de suspensión.

Se revisaron las historias clínicas en Selene y programa de prescripción electrónica MIRA®, las dispensaciones a través de SAVAC ® y resultados analíticos en Modulab ®.

RESULTADOS

Se identificaron 144 pacientes hospitalizados con neumonía por SARS-CoV-2 en tratamiento con Remdesivir, 55,5% varones(n=80) con 54,58±13,7 años de edad media.

Las comorbilidades más frecuentes fueron: 32%(n=46) obesidad, 26%(n=37) hipertensión arterial, 21%(n=30) diabetes meliitus y el 16%(n=24) hipercolesterolemia.

En 2 pacientes se suspendió el tratamiento con Remdesivir antes de completar los 5 días de tratamiento por elevación brusca de las transaminasas (según ficha técnica se debe interrumpir en pacientes que presenten ALT>5 veces el límite superior de la normalidad) y 1 paciente presentó citólisis interrumpiendo el tratamiento.

Los parámetros analíticos antes y 5 días después: ferritina 690,87±622,5 y 611,74±518,8; dímero D 711,81±507,4 y 1183,83±1020,8, PCR 8,69±7,8 y 2,5±5,9, ALT 40,36±31,2 y 25,96±14 y AST 39,97±31 y 46,19±37,9.

En cuanto al tratamiento concomitante con antibioterapia, destacan ceftriaxona en el 80% de los pacientes y azitromicina en un 70%. Todos los pacientes, excepto uno, recibieron Dexametasona y a 22 de ellos se añadió metilprednisolona.

El 28% de los pacientes ingresaron el UCI. El 4% del total fueron éxitus.

Los médicos debían cumplimentar para la petición del Remdesivir un check-list donde se reflejaban los criterios: pacientes con infección por SARS-CoV-2 confirmada, máximo 7 días desde los síntomas, necesidad de oxigenoterapia de bajo flujo y un mínimo de 2 de los siguientes criterios: FR ≥24rpm, saturación de oxígeno basal ≤94% y PAFI<300 mmHg.

CONCLUSIONES

En cuanto el consumo de antibióticos asociado a infecciones concomitantes no fue elevado, solo destacando Ceftriaxona y Azitromicina como se recomendaba en los protocolos iniciales.

Todos los parámetros analíticos presentaron un descenso tras la administración de Remdesivir excepto el dímero D y ALT, que se elevaron.

Remdesivir presenta un buen perfil de seguridad y ha sido bien tolerado incluso por pacientes con comorbilidades.

Finalmente, destaca el papel del farmacéutico en la participación del grupo multidisciplinar del hospital para la elaboración de protocolo de administración, preparación y dispensación del Remdesivir.

* * *

C109

SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS MEJORAS IMPLANTADAS

MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; PÉREZ PÉREZ, I.G.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MUÑOZ CELDRÁN, D.; DEL MONTE CANO, M.S.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

Conocer el impacto en el grado de satisfacción de los pacientes externos (PE) atendidos en las consultas del Servicio de farmacia (SF) tras la implantación de nuevas acciones de mejora identificadas de resultados anteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron encuestas a PE atendidos en consultas de SF, de forma anónima, entre diciembre 2021 y enero 2022. Para mejorar la satisfacción de los aspectos peor valorados en años anteriores, las acciones implantadas fueron: A finales de 2020 se añadió una agenda solo de recogida de medicación con citas programadas y ampliación del horario por las tardes. A finales de 2021 se introduce la gestión de citas mediante tickets generados cuando el paciente llega a farmacia. El cuestionario está organizado en 4 bloques: A. Preguntas generales (no evaluables); B. Organización del área; C. Atención del personal farmacéutico; D. Calificación global. En cada pregunta, los pacientes deben indicar la puntuación en base a 5 niveles: 1. Muy mal; 2. Mal; 3. Normal; 4. Bien; 5. Muy bien. Los resultados se transforman en escala de 0-10. Se comparan los resultados de 2019 y 2020 frente a 2021.

RESULTADOS

Se recogieron 69 encuestas cumplimentadas (89 en 2020 y 98 en 2019). Los resultados obtenidos fueron:

Relacionados con las medidas implantadas:

- **Comodidad del horario de atención a los pacientes**. Año 2019 (7,24), año 2020 (7,77), año 2021 (7,76).
- **Tiempo de espera**. Año 2019 (5,47), año 2020 (6,22), año 2021 (6,54).

Aspectos mejor valorados en 2021:

- **Información recibida por el técnico**: año 2019 (7,99), año 2020 (8,69), año 2021 (8,46).
- **Información recibida por el farmacéutico:** año 2019 (8,34), año 2020 (8,84), año 2021 (8,55).
- **Trato recibido por técnico**: año 2019 (8,57), año 2020 (9,03), año 2021 (8,60).
- **Trato recibido por farmacéutico:** año 2019 (8,54), año 2020 (9,04), año 2021 (8,84).
- **Satisfacción global con el SF**: año 2019 (7,85), año 2020 (8,61), año 2021 (8,27).

Aspectos peor valorados en 2021:

- **Tiempo de espera y Comodidad del horario:** (ya descritos).
- **Disponibilidad del farmacéutico para consultar dudas:** Año 2019 (7,81), año 2020 (8,32), año 2021 (7,68)**.**

CONCLUSIONES

Las encuestas de satisfacción a pacientes nos proporcionan información útil para la mejora continua del SF. Se observan mejoras en el tiempo de espera y en la comodidad de horario indicando que las medidas implantadas (agenda de recogida de medicación y la ampliación del horario) han cumplido su objetivo, aunque siguen estando entre las cuestiones peor valoradas. Sin embargo, hay aspectos como la disponibilidad del farmacéutico que ha empeorado pudiendo deberse a estas mismas medidas que disminuyen el contacto con el farmacéutico.

En cuanto a la información y el trato tanto de técnico como de farmacéutico y la satisfacción global con el SF, la puntuación mejora en 2021 con respecto a 2019 empeorando ligeramente respecto a 2020. Esta disminución puede estar influenciada por la reciente puesta en marcha del gestor de tickets con errores frecuentes en su implantación y también por la situación de pandemia mantenida.

* * *

C110

EVALUACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS Y SUBCUTÁNEAS COMO TRATAMIENTO DE INMUNODEFICIENCIAS Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; TORRANO BELMONTE, P.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; IBÁÑEZ CATURLA, J.; VENTURA LÓPEZ, M.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

El suministro de Inmunoglobulinas endovenosas (Igev) es limitado, de modo que evidentemente es necesario un proceso de racionalización que garantice la disponibilidad para las patologías sin alternativa terapéutica. En el caso de las inmunodeficiencias primarias es la única opción de tratamiento, siendo la dosis aprobada en ficha técnica para esta indicación de 0,2-0,4 g/kg de peso corporal. Sin embargo, cada vez es más frecuente su uso para enfermedades inmunomediadas a dosis de 2g/kg administrados durante 2-5 días, y no en todas las prescripciones está basada en evidencia de calidad, por la falta de estudios de uso y la baja prevalencia de estas enfermedades.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el uso de Igev en el tratamiento de inmunodeficiencias y enfermedades inflamatorias inmunomediadas y estudiar su adecuación a las guías de práctica clínica (GPC) y la evidencia científica en las indicaciones no aprobadas en ficha técnica (FT).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional, transversal realizado durante 5 meses en un hospital de tercer nivel. Se registra la dosis de Igev recibida, la vía de administración, las variables demográficas (edad, sexo), el peso, así como la indicación y la frecuencia de administración. Siendo las GPC utilizadas: Clinical Guidelines for Inmunoglobulin Use del Britis Health Department (2011) y su adaptación española de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes con una edad media de 50 años (rango de 23-85), siendo el 46% mujeres. Recibiendo el 25% de ellos el tratamiento hospitalizados. Solo el 8% del total reciben la dosis por vía subcutánea. La prescripción más habitual de las inmunoglobulinas es como tratamiento sustitutivo en pacientes con inmunodeficiencias secundarias (31,25%), tanto a quimioterapia (10), como a CAR-T (5), seguida por las inmunodeficiencias primarias (20%). La enfermedad inmunomediada para la que más se emplean las Igev es la PTI: trombocitopenia inmune primaria (18,75%) con una dosis media de 0,2 g/kg con una frecuencia mensual (3), bisemanal (2) y única (4). Para el síndrome de Guillain Barré (6,25%) se emplean dosis desde 2,71 a 0,32 g/kg con frecuencia mensual en 2 pacientes y única en otros 2. Para neuropatía motora multifocal (6,25%) se emplean dosis de hasta 1,5 g/kg mensualmente.

Para el resto de indicaciones no recogidas en FT encontramos (16,6%): Crisis de miastenia gravis (3); anemia hemolítica por anticuerpos calientes (1); vasculitis sistémica (1); infecciones por virus respiratorios (2); ataxia autoinmune relacionada con hepatitis B (1); síndrome de Tolosa Hunt (1). En base a las guías de referencia empleadas y las indicaciones evaluadas, el análisis según el grado de recomendación / evidencia científica fue para las indicaciones no incluidas en FT: Recomendación B-nivel de evidencia Ia (3), recomendación C-nivel de evidencia III (1); No recomendadas (indicación gris) (1); sin evidencia (4). Siendo las dosis por kg de estas indicaciones de hasta 0,6 g, habitualmente dosis únicas (7) y 1 mensual.

CONCLUSIONES

En caso de desabastecimiento se deberían priorizar de entre las indicaciones fuera de FT, en el orden descrito, de mayor a menor evidencia.

* * *

C111

UTILIZACIÓN DE ANAKINRA COMO TRATAMIENTO INMUMODULADOR DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2 FUERA DE FICHA TÉCNICA

SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; MUROS ORTEGA, M.; LUCAS VILLA, N.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.; LASO ORTIZ, A.; SARABIA MARCO, F.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

OBJETIVOS

Describir la utilización de Anakinra (ANK) como parte del tratamiento inmunomodulador en pacientes hospitalizados por COVID-19 antes de que se añadiera esta indicación en su ficha técnica

MATERIAL Y MÉTODOS

ANK neutraliza la actividad biológica de la interleukina-1α (IL-1α) e Interleukina-1β (Il-1β), mediante inhibición competitiva de la unión al receptor de tipo I, bloqueando así su actividad natural como citoquina proinflamatoria. Su utilidad en la COVID-19, se basa en el bloqueo de estas citoquinas antes de la fase hiperinflamatoria descrita, reduciendo así la progresión de la enfermedad. Esta indicación ha sido recientemente incluida en ficha técnica, recomendando el empleo de ANK a dosis de 100 mg vía subcutánea (SC) durante 10 días en pacientes candidatos, identificados con niveles del biomarcador denominado receptor soluble del activador de plasminógeno tipo uroquinasa (SUPAR) superiores a 6 ng/ml. Sin embargo, desde el inicio de la pandemia la utilización de este fármaco se ha realizado en condiciones no autorizadas. Se diseñó un estudio observacional prospectivo entre noviembre de 2020 y diciembre 2021, incluyendo aquellos pacientes hospitalizados por COVID-19 que recibieran ANK durante su ingreso. Se registraron edad, sexo, días de hospitalización, terapia de soporte, esquema terapéutico y duración de ANK, así como del resto de fármacos inmunomoduladores utilizados. Diariamente se fueron analizando niveles de: leucocitos, neutrófilos, linfocitos, ferritina, transaminasas, Proteína C reactiva (PCR) e IL-6. Cualquier evento adverso asociado a ANK fue registrado. Como motivos de alta se consideraron: mejoría clínica, traslado a otro hospital o exitus.

RESULTADOS

19 pacientes hospitalizados con neumonía moderada por COVID-19 (2 mujeres y 17 hombres) entre 42 y 76 años recibieron ANK 100 mg/6h vía SC junto terapia de soporte (glucocorticoides y ventilación mecánica no invasiva). En 7 de esos casos se redujo la dosis a 100mg cada 12 h después de 3 a 5 días del inicio. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento para el empleo del fármaco fuera de ficha técnica, como parte del protocolo terapéutico diseñado entre Medicina Interna y el servicio de Farmacia. En 9 casos se utilizó además tocilizumab. La duración media de tratamiento fue de 7,5 días y ANK se inició como media, al tercer día tras el ingreso. Del total de pacientes incluidos 15 (75%) fueron dados de alta por mejoría, 2 fueron trasladados a otro hospital y 2 fallecieron. Solo 1 caso manifestó elevación de transaminasas superior a 1,5 veces el límite superior del intervalo (GOT 165U/L y GOT 56U/L). La reducción media de los niveles de ferritina tras el tratamiento fue de un 9,5%, mientras que los de PCR se redujeron un 85%.

CONCLUSIONES

En los pacientes analizados, ANK se muestra como un fármaco bien tolerado, utilizado a dosis máxima de 100 mg por vía subcutánea cada 6h. Será necesario modificar nuestro protocolo de uso para seguir la posología autorizada según ficha técnica, e implementar la medición del marcador SUPAR para seleccionar el perfil de pacientes con COVID-19 que mayor beneficio puedan obtener con este fármaco.

* * *

C114

IMPORTANCIA DE LA ACTUALIZACIÓN DE UN BOTIQUÍN DE EMERGENCIAS METABÓLICAS

FERNÁNDEZ VELA, J.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; CHICA MARCHAL, A.M.; MIRA SIRVENT, M.C.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

- Actualización del botiquín y protocolos de actuación farmacéutica en emergencias metabólicas(EM).
- Evaluación de la incidencia de hiperamonemias(HA) en neonatos en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de las monografías de los fármacos empleados en estas patologías, actualización de las dosis y pautas de administración. Estudio de mercado para la adquisición de nuevas presentaciones comerciales que aportan alguna ventaja en cuanto a conservación o facilidad de dosificación respecto a las disponibles.

Estudio retrospectivo observacional desde enero 2013 hasta enero 2022 de los debut de HA su diagnóstico etiológico y su evolución después del tratamiento. La información ha sido obtenida del programa *Selene®*.

RESULTADOS

Los fármacos de disponibilidad permanente empleados en EM son: ácido folínico, fórmula magistral(-FM) de Arginina 20%(Arg20%), benzoato sódico y fenilacetato sódico(BZ/FA), fenilbutirato sódico y FM de BZ, biotina, L-carnitina, coenzima Q10(ubidecarenona), dicloroacetato sódico jarabe, diazóxido, hidrocortisona, N-carbamilglutamato, octeótrido, vitamina(vit)B1 (tiamina), vit B2 (riboflavina), vit B6(piridoxina), vit B12(hidroxicobalamina).

Fármacos de disponibilidad en 48-72 horas(h): betaína, creatina, dextrometorfano.

Las actualizaciones del botiquín respecto a su última revisión en 2010 son: Cambio de cianocobalamina por hidroxicobalamina dado que ahora está disponible y es de elección. Actualmente se dispone de BZ/FA intravenoso (IV), se puede administrar conjuntamente con Arg20%, reduciendo la cantidad de volumen a infundir, disminuyendo el riesgo de edema cerebral. Se ha incorporado la FM sodio dicloroacetato jarabe de 1 año de caducidad y conservación en nevera.Se ha cambiado la presentación comercial del N-carbamilglutamato, con mejoras como: no requiere conservación en frio y se puede diluir en agua reduciendo la cantidad de glucosa a administrar.

Han debutado con HA 10 niños en los últimos 10 años en nuestro hospital, los diagnósticos etiológicos han sido: Aciduria 3OHmetilglutárica (2 pacientes (P)); Citrulinemia tipo I (2P); Déficit de piruvato deshidrogenasa (2P); Aciduriaglutárica tipo I (1P); Aciduriaglutárica tipo II (1P); Déficit de piridoxal 5-fos-

fato (1P); Pendiente de diagnóstico (1P). El 70% de ellos desarrolló algún tipo de afectación neurológica.

El tratamiento de urgencia en el debut de HA cuando el amonio >300µmol/L o hay disminución del nivel de consciencia es: dosis de carga de Arg20% con BZ/FA en suero glucosado 10% durante 2h, seguido de dosis de mantenimiento además del pool de medicamentos que actúan como cofactores y las vitaminas necesarias. El farmacéutico localiza los medicamentos necesarios en el botiquín, y se dispensan junto con información de las dosis y forma de administración.

CONCLUSIONES

El disponer de un botiquín de emergencias metabólicas actualizado, con protocolización de los pasos a seguir, de localización y acceso fácil, es de vital importancia dada la incidencia de metabolopatías que son diagnosticadas en nuestro hospital.

La protocolización de los pasos a seguir, de las actuaciones y de la adquisición de medicamentos del botiquín, permiten reducir errores en la administración y dispensación de estos medicamentos, garantizando así, una atención farmacéutica de calidad.

* * *

C117

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE ALMACENAMIENTO PARA OPTIMIZAR EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS

FERNÁNDEZ VELA, J.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; MONTOYA EGEA, J.M.; ASENSI CANTÓ, A.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ LOBATO, B.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVO

Identificación de los medicamentos más demandados por el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) no ubicados en los sistemas automatizados de dispensación y almacenamiento verticales (SADA-V). Valorar su inclusión con el fin de garantizar la seguridad del paciente y disminuir los errores de dispensación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, de Diciembre 2021 a Enero 2022, en un hospital de tercer nivel asistencial, de los medicamentos con ubicación externa a SADA-V requeridos para la SDMDU. Se diseñó una base de datos a partir de los documentos donde figuran los medicamentos externos a SADA-V demandados por SDMDU, junto con la frecuencia de demanda de dichos medicamentos y motivos por los que no se encuentran en los SADA-V.

RESULTADOS

Durante el período de estudio los medicamentos externos a SADA-V más demandados por SDMDU se clasificaron, atendiendo a los motivos por los que no se encuentran en SADA-V, en los siguientes grupos: A) Medicamentos incluidos recientemente en la Guía Farmacoterapéutica (GFT): Dabigatran 150 mg cápsulas (cap) (1,81%); Edoxaban 30 mg comprimidos (comp) (8,65%); Edoxaban 60 mg comp (8,05%); Rivaroxaban 15 mg comp (3,42%); Rivaroxaban 20 mg comp (3,22%); Tramadol 100 mg comp liberación

prolongada (3,42%); Vancomicina 125 mg cap (2,01%). B) Medicamentos actualmente no incluidos en GFT: Duloxetina 30 mg cáp (1,21%); Eslicarbazepina 800 mg comp (1,41%); Ursodesoxicolico 500 mg cap (1,21%). C) Envases multidosis: Budesonida 50 µg inhalador (inh) (3,21%); Budesonida 200 µg inh (3,42%); D) Medicamento en riesgo de dispensación errónea por isoapariencia con otras presentaciones: Levodopa/benserazida 200/50 mg comp (2,62%); E) Otros (3,61%).

El almacenamiento en los SADA-V es dinámico y es posible modificar su capacidad con el fin de adaptarse a los consumos actuales de SDMDU. Tras la valoración de los datos del estudio, las presentaciones de reciente inclusión en la GFT de nuestro hospital y que por consiguiente han aumentado su frecuencia de consumo en el último año, se decide su inclusión en los SADA-V. Dichos medicamentos son: Edoxaban 30 mg comp, Edoxaban 60 mg comp, Rivaroxaban 15 mg comp, Rivaroxaban 20 mg comp y Tramadol 100 mg comp liberación prolongada.

CONCLUSIONES

La iniciativa de mejora temporal propuesta, puede aplicarse periódicamente valorando la inclusión en SADA-V de las nuevas presentaciones incluidas en la GFT del hospital. Con esta intervención farmacéutica se busca disminuir los errores de dispensación, siempre priorizando la seguridad del paciente.

* * *

C119

ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS anti-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS SUSCEPTIBELS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

SELVI SABATER, P.; RAMÍREZ ROIG, C.; ARANDA GARCÍA, A.; VICENTE SÁNCHEZ, S.; LÁZARO CEBAS, A.; RAUSELL RAUSELL, V.J.
Servicio de Gestión Farmacéutica

OBJETIVOS

Analizar la utilización, efectividad y seguridad de los tratamientos anti-CGRP y el grado de cumplimentación de los formularios MERS (Programa de medicamentos susceptibles de evaluación de resultados en salud) en pacientes con migraña.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo que incluye todos los pacientes con migraña tratados con anti-CGRP desde 1/1/2020 hasta 15/11/2021 en el Servicio Murciano de Salud. Los parámetros recogidos fueron: sexo, tipo de migraña (episódica/crónica), días de cefalea mensuales (y su reducción), anti-CGRP utilizado y duración, tratamiento profiláctico previo (fármacos con receta y toxina botulínica) y de rescate con triptanes, reacciones adversas (RAM) y cuestionario de calidad de vida HIT-6.

La recogida y análisis de datos se realizó con Access®. Los datos de consumo de fármacos se obtuvieron del Portal de Inteligencia de Negocio y, los parámetros clínicos, del formulario MERS del aplicativo de historia clínica Selene®.

Se analizaron los datos basales de todos los pacientes y los datos de seguimiento de aquellos que llevaban ≥3 meses de tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 323 pacientes (84% mujeres) de los cuales 280 pacientes llevaban ≥3 meses de tratamiento. El porcentaje de cumplimentación del formulario MERS fue: 96%(310/323) inicio vs 60% (168/280) seguimiento. Un 74% (239/323) de los pacientes presentó migraña crónica y un 26% (84/323), episódica. La media de días de migraña por paciente al mes antes del inicio del tratamiento fue de 18 y la media de puntuación en el HIT-6 de 70 puntos.

Los fármacos anti-GCRP utilizados fueron: en un 68% (220/323) erenumab, 26%(84/323) galcanezumab y 6%(19/323) fremanezumab. El análisis de persistencia mostró que la probabilidad de continuar en tratamiento al año fue de 78% vs 75% a los 2 años.

El porcentaje de pacientes en tratamiento ≥3 meses fue de un 86,68% (280/323). El 92%(297/323) recibió 3 o más tratamientos profilácticos previos. La toxina botulínica se administró en un 72%(233/323) de los pacientes en los últimos 5 años y el 44%(142/323) había recibido toxina en los 6 meses previos de iniciar el anti-CGRP.

Se encontraron datos de efectividad en un 60,7% (170/280) de los pacientes, de los cuales el 79% (135/170) presentó una reducción ≥50% de días de migraña. El 80% (28/35) de los pacientes que no alcanzaron la eficacia continuaron con el tratamiento.

Se cumplimentó el HIT-6 en un 25%(70/280) de los pacientes con una mediana de 49 puntos, alcanzándose en un 23% (16/70) una puntuación menor a 50.

Respecto al tratamiento de rescate se observó una disminución del consumo de triptanes (2019 vs 2021) en el 65% (57/88) de los pacientes que iniciaron anti-CGRP en 2020.

En cuanto a datos de seguridad se registraron un total de 82 RAM en un pacientes 21% (62/280): estreñimiento 50%(41/82), reacciones de hipersensibilidad 9%(7/82), vértigo 9%(782) y reacciones en el lugar de inyección 7%(6/82).

CONCLUSIONES

- La utilización de los anti-CGRP, mayoritaria en mujeres diagnosticadas de migraña crónica, así como la duración de tratamiento están en consonancia con los datos poblacionales de migraña publicados en las guías terapéuticas
- El grado de cumplimentación de los formularios de seguimiento MERS, aunque es aceptable, es susceptible de mejora.
- La efectividad de los tratamientos (reducción ≥50% días de migraña) registrada en migraña crónica es superior a la eficacia observada en los ensayos clínicos pivotales (79% vs 26-39%).

* * *

C120

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE INTERACCIONES EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DEL PACIENTE CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

MARTÍNEZ SOTO, A.M.; MARTÍNEZ SOTO, G.; INIESTA NAVALÓN, C.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; PASTOR MONDÉJAR, C.; VILLACAÑAS-FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de carácter autoinmune cuya presencia se ve asociada a una mayor prevalencia de patologías crónicas y otros factores que aumentan el riesgo de pro-

blemas relacionados con la medicación. Es necesario un análisis de la medicación concomitante de los pacientes sometidos a terapias biológicas a fin de optimizar recursos y obtener mejores resultados terapéuticos.

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de interacciones clínicamente relevantes en los pacientes diagnosticados de psoriasis y en tratamiento crónico con fármacos biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal desarrollado en el periodo de diciembre de 2020 a abril de 2021. Se incluyeron pacientes con psoriasis tratados con un fármaco biológico y en seguimiento por la unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia.

Mediante la entrevista clínica realizada por el farmacéutico y la revisión del programa de gestión del Servicio de Farmacia, SAVAC® y de la historia clínica informatizada (Selene®), se obtuvieron variables demográficas (edad y sexo) y relacionadas con la farmacoterapia (fármaco biológico prescrito, fármacos biológicos previos y tratamiento crónico).

Se identificaron las interacciones y su nivel potencial de relevancia clínica empleando la base de datos Lexicomp ®. Siendo objeto del presente estudio aquellas interacciones clasificadas en las categorías C, D y X.

RESULTADOS

Se incluyeron 74 pacientes, de los cuales el 62,2% eran hombres. La edad media fue de 52,4 años (DE: 12,5).

En cuanto al tratamiento crónico, incluyendo la terapia biológica, el 32,4% de los pacientes eran polimedicados. Los grupos terapéuticos más frecuentes fueron los corticoides tópicos (36,5%), antidiabéticos (8,7%) e inhibidores de la bomba de protones (7,7%).En relación al tratamiento biológico, el 51,4% de los pacientes no habían recibido tratamiento previo. Los fármacos biológicos más prescritos fueron: ustekinumab (40,5%), adalimumab (16,2%), secukinumab (13,5%) y guselkumab (9,5%).

No se encontraron interacciones entre el tratamiento biológico y el resto del tratamiento de los pacientes.

Se observó riesgo de interacción farmacológica clínicamente relevante en un 36,5% de los pacientes.

Se detectaron un total de 192 interacciones farmacológicas clínicamente relevantes. Las interacciones de categoría C se presentaron con una frecuencia significativamente mayor al resto (81,3%). Seguidas de las de categoría D que se encontraron con una frecuencia del 14%. Se identificaron 9 interacciones (4,7%) que presentaban un elevado riesgo y que por lo tanto se clasificaron en la categoría X.

Los grupos de fármacos implicados en el 80% de las interacciones farmacológicas detectadas en el fueron: AINES, analgésicos, psicolépticos, antidiabéticos, antidepresivos, antiepiléticos, antineoplásicos e inmunomoduladores, antihistamínicos y fármacos contra la obstrucción de las vías respiratoria.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio sugieren una elevada complejidad en cuanto a la farmacoterapia de la población de estudio, lo que muestra la necesidad de un exhaustivo análisis del tratamiento concomitante haciendo especial hincapié en la presencia de interacciones potencialmente relevantes.

* * *

C121

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE ADALIMUMAB BIOSIMILAR CON EL ORIGINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MARTÍNEZ SOTO, A.M.; LLORET GIL, J.; INIESTA NAVALÓN, C.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.; PASTOR MONDÉJAR, C.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

La introducción de la terapia biológica en la última década ha modificado el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). A pesar de su eficacia, supone un mayor impacto económico que la terapia convencional. No obstante, la caducidad de las patentes de estos fármacos ha permitido la introducción de medicamentos biosimilares en el manejo de estos pacientes.

El objetivo del estudio fue comparar la eficacia y seguridad del medicamento de referencia de adalimumab (ADA) con el biosimilar a corto plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, desarrollado en un hospital de referencia de área en el periodo comprendido entre noviembre de 2007 y julio de 2021. Se incluyeron pacientes con EII en tratamiento con el medicamento de referencia de ADA y con el biosimilar que estaban en seguimiento por control de niveles.

Mediante el programa de gestión del Servicio de Farmacia, SAVAC® y la historia clínica informatizada (Selene®), se obtuvieron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (diagnóstico, patrón de la enfermedad, localización, control clínico definido como una variable compuesta por presencia de síntomas, dolor abdominal, ingreso hospitalario y sangre en heces) y relacionadas con la farmacoterapia (fármaco biológico prescrito, fecha de inicio y fin de tratamiento en caso de suspensión, fármacos biológicos previos e inmunosupresor concomitante (INM)) al inicio y a los 3 y 6 meses posteriores.

Las variables categóricas se presentaron como números absolutos y porcentajes, mientras que las variables continuas se expresaron como valores medios o medianas, junto con medidas de variabilidad expresadas como desviación estándar (DE). Se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson para comparar variables categóricas.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para paquete de Windows (versión 23.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU).

RESULTADOS

Se incluyeron 86 pacientes, de los cuales el 65,1% eran hombres. La edad media fue de 44 años (DE: 21,8). El 50% de los pacientes fueron tratados con el biosimilar. El 74,4% tenían diagnóstico de enfermedad de Crohn siendo las localizaciones más frecuentes ileon terminal 36,0% e ileocólica 23,3%. El 15.1% presentaba afectación perianal. El 25,6% de los tenían diagnóstico de colitis ulcerosa siendo la localización más frecuente pancolitis 14,0%.

El 81,4% de los pacientes no habían estado en tratamiento con biológico previo.

Al inicio del tratamiento, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a control clínico entre el grupo tratado con el de referencia y el del biosimilar (p=0,0665). Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a INM concomitante (p=0,285), ni tratamiento con corticoides (GC) (p =0,756) entre las dos cohortes.

A los 3 meses del inicio de tratamiento, tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto a control clínico entre ambos grupos (p=0,132), al igual que a los 6 meses de tratamiento (p=0,69). Tampo-

co se encontraron diferencias significativas en cuanto a INM concomitante (p=0,744), ni al tratamiento con GC (p=0,149) a los 6 meses.

CONCLUSIONES

Del presente estudio podemos concluir que ADA es un fármaco efectivo en el tratamiento de la EII. Además, no se encontraron diferencias significativas entre las dos cohortes (biosimilar y el de referencia) presentando similar perfil de efectividad.

Sin embargo, nuestro estudio presenta limitaciones, por lo que serían necesarios estudios prospectivos en vida real.

* * *

C122

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; SALVADOR GARCÍA, C.; PÉREZ FLORES, E.; SÁNCHEZ LUCAS, J.; GARCÍA GARCÍA, A.; YAGÜE GUIRAO, G.
Hospital Comarcal del Noroeste

OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas y microbiológicas de las infecciones del tracto urinario (ITUs) atendidas en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal y analizar la adecuación del tratamiento antimicrobiano prescrito según la sensibilidad antibiótica *in vitro*.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de junio a diciembre de 2020. Se incluyó todo paciente mayor de trece años con diagnóstico clínico de ITU atendido en Urgencias. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, embarazo, procedencia, factores de riesgo (diabetes, inmunosupresión, neoplasia, demencia...), patología urológica previa, microorganismos aislados, sensibilidad antibiótica, tratamiento. Los datos microbiológicos se consultaron en el sistema informático del laboratorio y las características del paciente y tratamiento en el programa SELENE.

RESULTADOS

Un total de 490 episodios y 426 pacientes se diagnosticaron de ITU en el servicio de urgencias. La edad media fue de 56,4 años (DS 24,1) y el 72,8% fueron mujeres. De las 310 mujeres atendidas, 23 (7,4%) eran gestantes. Un 2,4% (10 pacientes) procedían de centros sociosanitarios.

Un 56,8% presentaban algún factor de riesgo, siendo la diabetes el más frecuente (34,6%). Un 36,4% (155 pacientes) habían padecido previamente una patología urológica, la afectación renal fue la más común (36,9%) seguida de ITUs recurrentes (23,5%). En un 47,0% se constan registros de urocultivos positivos previos.

De los 490 episodios, se realizó urocultivo en más de la mitad (53,6%). De ellos, 149 (46,0%) fueron positivos, 14 (5,3%) muestras fueron consideradas como contaminadas y los restantes fueron negativos. El 2,7% de los urocultivos fueron polimicrobianos.

Se obtuvieron un total de 153 aislamientos, destacando *Escherichia coli* (56,9%), seguido de *Enterococcus* spp. (12,4%), *Klebsiella* spp. (7,8%), *Proteus* spp. (5,2%) y otras enterobacterias (9,8%). La sensibilidad de las

122 (79,7%) enterobacterias (Enterobacterales) aisladas fue 100% carbapenems, 94,3% aminoglucósidos, 88,9% nitrofurantoína, 86,8% cefalosporinas de tercera generación (CF3G) y 84,4% fosfomicina. La sensibilidad a ciprofloxacino y ampicilina fue de 30% y 32,7% respectivamente.

Se prescribieron un total de 151 tratamientos (2 no fueron especificados), 29 fueron excluidos al no disponer de antibiograma. De los 122 antibióticos prescritos destacan CF3G (42,7%), cefalosporinas de segunda generación (18%), quinolonas (14%) y fosfomicina (12,3%). De éstos, 93 (76,2%) fueron adecuados y 29 (23,8%) resistentes al antibiograma, considerándose tratamiento inadecuado. La mayoría de tratamientos inadecuados pertenecen a enterobacterias (93,1%), siendo quinolonas (34,5%) y CF3G (24,1%) los antibióticos prescritos erróneamente con mayor frecuencia.

CONCLUSIONES

El 72,8% fueron mujeres.

La diabetes fue el factor de riesgo más frecuente, y la afectación renal la patología previa más habitual.

Escherichia coli fue el uropatógeno más frecuente. Ciprofloxacino y ampicilina presentaron los porcentajes de sensibilidad más bajos para enterobacterias.

Un 23,8% de los microorganismos aislados presentaron resistencia a los antibióticos prescritos destacando la alta tasa de prescripción de quinolonas como tratamiento empírico a pesar de su baja sensibilidad conocida.

Es fundamental conocer la epidemiología local de las resistencias así como adaptarse a las guías locales de tratamiento empírico para el uso adecuado de antibióticos.

* * *

C123

ANÁLISIS DE LOS MEDICAMENTOS DEVUELTOS EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA

TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; ASENSI CANTÓ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; MIRA SIRVENT, M.C.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

Analizar el número de medicamentos devueltos al Servicio de Farmacia (SF) a través del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), así como las causas de devolución tras la implantación de medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel de 667 camas en SDMDU con 17 unidades de enfermería (UE). En un estudio previo realizado en marzo de 2020 se obtuvo una media de 106,10±48 devoluciones/carro/día, siendo los motivos más frecuentes de devolución: alta de pacientes posterior al cierre de carros y medicamentos prescritos a demanda (PRN) no requeridos, identificando estos motivos como oportunidades de mejora.

Se revisaron los medicamentos prescritos con mayor frecuencia como PRN, adecuando su stock en el botiquín de las UE según sus necesidades y se modificó la configuración en la aplicación informática SAVAC® para que los medicamentos prescritos como PRN pautados no se dispensen en el carro de unidosis. Esta modificación se hizo efectiva en enero de 2022.

Se realizó un estudio observacional prospectivo de 1 mes de duración (febrero 2022) de los medicamentos devueltos una vez implantada la medida de mejora. Los carros revisados incluían el tratamiento para 24 horas. Para la revisión se utilizaron listados de llenado de carros obtenidos del programa informático SAVAC®. Se registraron las siguientes variables: fecha de revisión, UE, número de historia clínica, cama, medicamentos dispensados (MDis), medicamentos devueltos (MDev) y cantidad, así como el motivo de dichas devoluciones. Se analizaron las causas de las devoluciones mediante el programa de prescripción electrónica asistida MIRA® y se clasificaron según los siguientes criterios: A: alta o traslado; B: medicamento suspendido o no administrado; C: Medicamento en stock; D: medicamento condicional no pautado como PRN y E: causa desconocida, como aprovechamiento de dosis, cambio de pauta posológica, traslado del paciente por pruebas o intervenciones, etc.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se analizaron un total de 244 cajetines (18 carros en total). El número de MDis desde el SF fue 4144, mientras que los MDev fueron 710 (17,13%), obteniendo una media de 41,76±26,79 devoluciones/carro/día. La UE con mayor registro de MDev fue Pediatría (49,40%). La principal causa de devolución fue el alta hospitalaria (51,96%), seguido de medicación no administrada/suspendida (16,76%), medicamentos con stock en planta (13,59%), devoluciones por causa desconocida (13,40%) y medicamentos condicionales no pautados como PRN (4,29%). Los medicamentos con un mayor número de devoluciones fueron, en orden decreciente: metamizol (15,22%), furosemida (8,39%), pantoprazol (7,11%), enoxaparina (5,26%), ondansetron (4,97%), dexketoprofeno (4,13%), cloruro potásico 1M (3,70%) y lactulosa (3,41%).

CONCLUSIONES

El porcentaje de MDev fue de 17,13%, suponiendo una importante reducción con respecto al 30,47% del estudio anterior, lo que indica un impacto positivo de la medida de mejora implantada. La principal causa de devolución fue el alta hospitalaria (51,96%), por lo que se propone como iniciativa de mejora instaurar un sistema interdisciplinar de previsión de altas para el día de la preparación.

* * *

C126

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MONTOYA EGEA, J.M.; TAMBOLEO SÁNCHEZ, I.; FERNÁNDEZ VELA, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

Analizar la prescripción farmacológica al alta de los pacientes con patología dual en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve y evaluar la frecuentación a los servicios de urgencias y reingreso hospitalario relacionados con su patología dual en los 6 meses posteriores al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado mediante revisión de historias clínicas de pacientes con patología dual hospitalizados en la unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital general del 1 de enero al 31 de julio de 2021. Se recogieron: sexo, edad, diagnóstico y tratamiento al alta, tóxico, frecuentación a urgencias y reingreso hospitalario en los 6 meses posteriores.

RESULTADOS

Se incluyeron 56 pacientes (45 hombres) con una edad media de 40±10,14 años. Diagnósticos y tratamiento farmacológico al alta:

Esquizofrenia y TUS (23,2%). Antipsicótico (APS) oral: 1 APS 30,77%, 2 APS 53,85% y 3 APS 15,39% (olanzapina y risperidona 53,85%). 1 APS depot 92,13% (aripiprazol 25%, paliperidona mensual 58,33% y trimestral 16,67%). Antidepresivos (ADP): 1 ADP 23,08% (trazodona, sertralina y paroxetina 33,33%). Benzodiazepinas (BZP): 1 BZP 46,15% y 2 BZP 38,46% (flurazepam 54,55%). 1 eutimizante 7,69% (valproico).

Trastorno esquizoafectivo y TUS (1,79%). El paciente tenía prescrito 2 APS orales (clozapina y quetiapina), paliperidona trimestral, flurazepam y valproico y oxcarbazepina como eutimizantes.

Trastorno bipolar y TUS (8,93%). APS oral: 1 APS 40% y 2 APS 40% (olanzapina y risperidona 50%). 1 APS depot 100% (aripiprazol 80% y paliperidona mensual 20%). 1 BZP 60% y 2 BZP 20% (diazepam y lormetazepam 50%). 1 eutimizante 100% (valproico 80%). 1 paciente llevaba metadona.

Trastorno depresivo mayor y TUS (1,79%). 1 APS oral (quetiapina) y 1 ADP (paroxetina).

Trastorno de personalidad y TUS (30,36%). APS oral: 1 APS 70,59%, 2 APS 17,65% (quetiapina 66,67%). 1 APS depot 35,29% (aripiprazol 50%, paliperidona mensual 33,33% y trimestral 16,67%). ADP: 1 ADP 47,06% y 2 ADP 23,53% (venlafaxina 41,67%). BZP: 1 BZP 23,53%, 2 BZP 52,94% y 3 BZP 23,53% (flurazepam 52,94%). Eutimizantes: 1 eutimizante 35,29% y 2 eutimizantes 5,88% (gabapentina y pregabalina 42,86%). 1 paciente llevaba buprenorfina/naloxona.

Otros trastornos psiquiátricos y TUS (33,93%). APS oral: 1 APS y 2 APS 36,84% (risperidona y quetiapina 42,86%). 1 APS depot 42,11% (50% aripiprazol, 25% paliperidona mensual y 25% trimestral). ADP: 1 ADP 31,58% y 2 ADP 10,53 (venlafaxina37,5%). BZP: 1 BZP 52,63%, 2 BZP 31,58% y 3 BZP 5,26% (diazepam 35,29%). Eutimizantes: 1 eutimizante 31,58% y 2 eutimizantes 5,26% (topiramato, gabapetina y valproico 28,57%). 1 paciente llevaba metadona.

Sustancias consumidas: cocaína(55,36%), cannabis(46,43%), alcohol(35,71%), opiáceos (10,71%) y anfetaminas (1,79%). El 78,58% también consumían tabaco.

Durante los 6 meses posteriores al alta 11 pacientes (17,86%) acudieron a urgencias (2.9 veces de media) siendo el principal motivo: ansiedad y demanda de medicación (51,74%). Un paciente acudió por acatisia secundaria al tratamiento. El 21,4% reingresaron por descompensación de su patología y aumento del consumo de sustancias por abandono del tratamiento.

CONCLUSIÓN

El tratamiento debe integrar el manejo del TUS y del trastorno psiquiátrico. La complejidad del abordaje terapéutico y la baja adherencia terapéutica condicionan la elección del tratamiento farmacológico.

* * *

C127

EXPERIENCIA INICIAL SOBRE LA MONITORIZACIÓN DE LA CONTAMINACIÓN POR CITOSTÁTICOS EN SUPERFICIES DE TRABAJO EN DOS HOSPITALES GENERALES

RUIZ RAMÍREZ, J.C.; MARTÍNEZ MADRID M.E.; ALONSO HERREROS, J.M.; SALAR VALVERDE, I.; ABELLÓN RUIZ, J.; SOLER SOLER, M.M.
Hospital Los Arcos Mar Menor

OBJETIVO

Presentar la experiencia inicial sobre la contaminación por citostáticos en superficies de trabajo en dos hospitales, uno empleando sistemas de transferencia, y otro empleando la técnica de Wilson y Solimando. Esta experiencia se enmarca dentro de un estudio a nivel nacional de la SEFH

MÉTODO

Dentro del grupo de trabajo nacional, por medio del consenso de expertos se determinaron las ubicaciones donde mayor riesgo de contaminación por citostáticos podía haber. Por el mismo procedimiento se seleccionó el citostático a monitorizar en función de la frecuencia de uso, presión de vapor, dosis utilizadas, y la disponibilidad de una técnica cualitativa validada. Cómo la técnica cualitativa se seleccionó HD-Chek® de BD® con un límite de detección de 0.5ng/cm2 para el fármaco a estudiar. Todos los hospitales implicados realizaron las pruebas en el mismo periodo de tiempo, un día a elegir por el centro, siempre que hubiese preparación y administración del citostático a monitorizar. El sistema de transferencia que se usó en uno de los hospitales fue el Smartsite® de BD®

RESULTADOS

Las ubicaciones seleccionadas fueron: Superficie de trabajo de la campana, contenedor de residuos cercano a la campana, exterior de las bolsas preparadas, bandeja donde se deja la bolsa preparada, esclusa/zona de paso de la bolsa preparada, superficie del carro o contenedor de transporte (en farmacia hospitalaria), brazo o mesa auxiliar del sillón del paciente, bomba de infusión y palo de gotero, contenedor de residuos (el hospital de día). El citostático seleccionado fue ciclofosfamida.

En el hospital que usaba sistemas de transferencia el resultado fue negativo en todas las ubicaciones. En el que usaba Wilson y Solimando, se detectó un positivo en la superficie de trabajo de la campana.

El tiempo estimado para realizar cada determinación fue de 15-20 minutos

CONCLUSIONES

Dado que sólo disponemos de los resultados de dos centros, no podemos extraer conclusiones extrapolables hasta disponer de los datos de todos los hospitales implicados a nivel nacional.

Consideramos que la carga de trabajo para realizar estos controles es asumible por parte del servicio de farmacia, aunque quedaría analizar los costes económicos asociados.

En el centro donde se identificó la contaminación se ha abandonado la técnica de Wilson y Solimando y se ha iniciado la utilización de sistemas de transferencia.

* * *

C129

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SUSTITUCIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS: ESTRATEGIAS FRENTE AL DESABASTECIMIENTO

IBÁÑEZ CATURLA, J.; PACHECO LÓPEZ, P.; FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L.; TORRANO BELMONTE, P.; SÁNCHEZ HERNANDEZ M.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

La sustitución directa entre las distintas presentaciones comerciales de inmunoglobulina intravenosa inespecífica (IgIV) no se realiza de forma rutinaria; pese a su equivalencia en la terapéutica, la composición de las mismas no es idéntica, pudiendo ocasionar reacciones infusionales potencialmente graves. El objetivo del estudio es describir el protocolo de actuación del servicio de Farmacia (SF) en pacientes en tratamiento con una marca de IgIV de referencia (IgIV - A) en situación de desabastecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtuvieron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (patologías, presencia de déficit absoluto de IgA), y farmacológicas (tratamientos previos con IgIV y reacciones adversas previas, ritmo de administración) de todos los pacientes en tratamiento crónico con la presentación de inmunoglobulina intravenosa en desabastecimiento; se registró la actuación del SF, las modificaciones del tratamiento y la evolución. Los datos de prescripción se obtuvieron de la prescripción clínica electrónica SAVAC® y los datos de los pacientes en historia médica informatizada SELENE®.

RESULTADOS

Se detectaron 7 pacientes, 4 mujeres, con una mediana de edad de 54 años; 3 pacientes con inmunodeficiencia humoral primaria, 3 con hipogammaglobulinemia secundaria a procesos oncohematológicos y una polineuropatía desmielinizante. Se contactó con el equipo prescriptor (3 a cargo de medicina interna, 2 de neurología, 1 reumatología, 1 hematología) y se estableció un nuevo plan farmacológico; la propuesta del SF fue aceptada en todos los pacientes.

En dos de los pacientes, se sustituyó por la IgIV de uso habitual en el hospital (IgIV – B) limitando el ritmo a 200 ml/h y recomendando premedicación, por tolerancia previa a dicha presentación. En un paciente que no había tolerado previamente IgIV – B se adquirió otra marca (IgIV – C). En los 4 pacientes en los que se detectó déficit absoluto de IgA, se propuso el cambio a la marca comercial con menor título de IgA del mercado (IgIV – D).

La modificación del tratamiento fue segura, bien tolerada y efectiva con las indicaciones propuestas. Se detectaron dos reacciones adversas; reacción infusional leve con IgIV - C (controlado con antihistamínicos y analgesia) y un paciente con disnea y hipertensión severa, que obligó a la suspensión de IgIV – D. Para este paciente se gestionó de manera consensuada con el laboratorio fabricante el suministro controlado de IgIV – A.

CONCLUSIONES

La participación del SF en la toma de decisiones clínica ha contribuido a mantener la calidad del tratamiento de los pacientes en situación de desabastecimiento. Se encontraron limitaciones en el registro previo al estudio de reacciones adversas y velocidad máxima tolerada por parte del personal de enfermería en el tratamiento con IgIV.

C130

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE

GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; MANCEBO GONZÁLEZ, A.; DE GOROSTIZA FRÍAS, I.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; VILLA CARPES, J.; RAMÓN PÉREZ, M.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del tratamiento con secukinumab en pacientes adultos diagnosticados de psoriasis en placas de moderada a grave en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados de psoriasis en placas de moderada a grave que actualmente están en tratamiento con secukinumab. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico con artritis psoriásica. Las variables analizadas fueron: número de pacientes en tratamiento, edad, sexo, pauta posológica actual, media del índice de la severidad del área de psoriasis (PASI) antes del tratamiento, en la semana 12 y a partir de la semana 52, media del porcentaje de superficie corporal afectada (BSA) antes del tratamiento y después del tratamiento, evaluación subjetiva del paciente y número de pacientes con respuesta de PASI 75 y 100. Las fuentes de información utilizadas han sido las historias clínicas informatizadas, el programa de prescripción electrónica (módulo de dispensación a pacientes externos) y la ficha técnica de secukinumab.

RESULTADOS

Se analizaron 16 pacientes con una edad media de 46 años [27 – 69], 13 (81,25%) fueron hombres y 3 (18,75%) mujeres. De ellos, 13 (81,25%) llevan la posología de mantenimiento estándar (300 mg/mes), mientras que en 2 (12,50%) se amplió la frecuencia de administración a 300 mg/2 meses y en 1 (6,25%) a 300 mg/5 semanas. La media del PASI antes del tratamiento con secukinumab fue de 12 [2 – 28], en la semana 12 fue de 1 [0 – 3] y a partir de la semana 52 fue de 0 [0 – 5]. La media del BSA antes del tratamiento fue de 19 [5 – 60] y de 6 [0 – 19] después del tratamiento. En cuanto a la evaluación subjetiva, 6 pacientes (37,50%) se encontraron muy bien, 5 (31,25%) bien con algún signo sin importancia clínica, 1 (6,25%) regular con signos de rebrote, 2 (12,50%) peor a pesar del tratamiento y otros 2 (12,50%) estaban pendientes de evaluación. En la semana 12, 3 pacientes (60,00%) alcanzaron un PASI 75 y 2 (40,00%) un PASI 100. A partir de la semana 52, 2 pacientes (22,22%) consiguieron un PASI 75, 6 (66,66%) un PASI 100 y 1 (11,11%) no alcanzó el PASI mínimo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con secukinumab supone un mejor control de la psoriasis en placas de moderada a grave, que se ve reflejado en las escalas del PASI y del BSA y en la evaluación subjetiva de los pacientes en las posteriores revisiones. No obstante, el análisis incluye pocos pacientes por lo que es necesario un tamaño muestral mayor para extraer resultados más concluyentes.

* * *

C132

RECOMENDACIONES Y ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA JUNTO CON NUTRICIÓN ENTERAL

GIL ALMELA, J.; PELLICER FRANCO, C.; TORRÓ GARCÍA, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; VILLA CARPES, J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Objetivo principal: Analizar el tipo de recomendaciones farmacoterapéuticas en la administración de medicación por sonda en pacientes con nutrición enteral (NE).

Objetivos secundarios: Determinar los servicios clínicos y los medicamentos (según la clasificación ATC) más involucrados en estas recomendaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de 3 meses de duración en un hospital de tercer nivel en el que se analizaron las recomendaciones para adaptar la medicación administrada por sonda en pacientes con NE.

Los pacientes se detectaron a través de interconsultas realizadas a Farmacia por parte de enfermería de la Unidad de Nutrición, además de una búsqueda activa mediante el proceso de validación. Se revisaron las historias clínicas y el tratamiento farmacológico, utilizando diferentes guías de administración por sonda y realizando seguimiento desde el ingreso hasta el alta. Las recomendaciones quedaban reflejadas en notas de respuesta a interconsulta en el programa de historia clínica electrónica, y además se dejaron mensajes específicos en el programa de prescripción electrónica.

Las variables recogidas fueron:

- Sexo, edad, diagnóstico.
- Tipo de sonda: Sonda nasogástrica (SNG), sonda nasoyeyunal (SNY), ostomía.
- Nº de medicamentos totales administrados por sonda.
- Nº intervenciones totales, por paciente y por servicio clínico.
- Tipo de intervención (según clasificación ATC):
  - A: Cambio de principio activo (PA).
  - B: Cambio de forma farmacéutica (FF).
  - C: Recomendación específica en la administración por incompatibilidad fármaco-NE.

RESULTADOS

Se analizaron 32 pacientes en total (20 hombres, 12 mujeres), con una media de edad de 64,2±14,4 años. 24 pacientes (75%) portaban SNG, 6 gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), 2 yeyunostomía y 1 SNY. El nº medicamentos totales administrados por sonda fue 155, y el nº de intervenciones totales fue 86 (59% del total de medicamentos). Se obtuvo una media de 2,8±2 intervenciones por paciente. Los servicios clínicos con más intervenciones fueron Neurología/Neurocirugía (43%) y Digestivo (24%).

En cuanto al tipo de intervención:

- Tipo A: 18 intervenciones (20%); 78% relacionadas con fármacos del Grupo A02: Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos.

- Tipo B: 29 intervenciones (32); 79% relacionadas con fármacos del Grupo N: Sistema nervioso.
- Tipo C: 44 recomendaciones (48%); 34% relacionadas con fármacos del Grupo A06: Laxantes, 16% del Grupo N: Sistema nervioso.

CONCLUSIONES

La detección temprana y el seguimiento de los pacientes hospitalizados portadores de sonda es esencial, especialmente en los servicios de Neurología/Neurocirugía, debido al alto porcentaje de pacientes con indicación de sonda por ictus o traumatismo craneoencefálico.

Los resultados ponen de manifiesto el esfuerzo realizado en mantener actualizada la Guía Farmacoterapéutica del hospital para adaptarse a las necesidades de estos pacientes. Un ejemplo es la inclusión del lansoprazol (grupo A02) y el ácido acetilsalicílico (grupo N) en presentaciones aptas para administrar por sonda.

Los resultados destacan la importancia de la figura del farmacéutico dentro de un equipo multidisciplinar, ya que se realizaron recomendaciones en más de la mitad (59%) de los medicamentos, disminuyendo así el potencial riesgo de obstrucción de la sonda. El siguiente paso consistiría en analizar el grado de aceptación de las recomendaciones realizadas.

* * *

C133

REVISIÓN DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS UTILIZANDO EL PROGRAMA ALTO® MEDICAMENTOS

RUIZ RAMIREZ, J.C.; ABELLÓN RUIZ, J.; SALAR VALVERDE, I.; SOLER SOLER, M.M.; ALONSO HERREROS, J.M.
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor

OBJETIVOS

Implementar un sistema que permitiese revisar el perfil de prescripción individualizado de los medicamentos prescritos a los pacientes hospitalizados, con el fin de ayudar a los farmacéuticos, que realizan la validación de los tratamientos, en la detección de errores y mejora de los tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se procedió a preparar los archivos necesarios para disponer de la información que debe procesarse en el programa ALTO® medicamentos. Estos archivos contienen la información de los pacientes ingresados en el hospital, las analíticas de los últimos 7 días, y las líneas de tratamiento y sirven para preparar el archivo que se sube a ALTO® .

A su vez, ALTO® devuelve un archivo con líneas de tratamiento en las que se propone hacer una revisión por el farmacéutico, clasificándolas en dos grupos genéricos : Alerta y Revisar.

RESULTADOS

En 275 días de utilización de esta herramienta, se han revisado las prescripciones de 5569 pacientes (49,06% mujeres), con una edad media de 71 años (intervalo de confianza del 95%: 64 a 77 años). Las prescripciones procesadas con ALTO® han sido 74527 (13 líneas de tratamiento de media por paciente). De éstas, ALTO® propuso revisar 44605; el 59,85% de las prescripciones, referidas a 452 principios ac-

tivos entre los que destacaban por orden descendente: paracetamol (22,38%), furosemida (4,84%), tiaprida (4,29%), omeprazol (3,96%), sodio cloruro 0,9% solución parenteral (3,29%), metamizol magnésico (2,88%), dexketoprofeno (2,73%), diazepam (2,29%), calcio carbonato+colecalciferol (2,02%), ondansetrón (1,73%), digoxina (1,73%), amoxiclina+clavulánico ácido (1,54%), dexametasona (1,40%), metoclopramida (1,37%) y atorvastatina (1,33%).

De las 44605 prescripciones propuestas para revisión 8509 (19,08%) correspondían al grupo de alertas y 36906 (89,92%) al grupo revisar.

En el grupo de alertas, el 7,71% correspondían a alertas de dosis, el 4,72% alerta por repetición, el 2,14% alerta por interacción, el 1,78% alerta por hipopotasemia, el 1,22% alerta por hipernatremia, el 0,42% alerta vía enteral, el 0,38% alerta por hiperpotasemia, el 0,27% alerta por hiponatremia, el 0,25% alerta por insuficiencia renal y el 0,17% alerta por hemoglobina alta.

En el grupo de revisar, el 34,83% correspondían a revisión por días de tratamiento, el 14,31% revisión de dosis, el 11,98% revisión por insuficiencia hepática, el 9,54% revisión por dosis máxima, el 3,43% revisión por medicamento por vía de administración no habitual, el 1,77% revisión por insuficiencia renal, el 0,88% revisión por vía de administración enteral, el 0,82% revisión de la vía de administración, el 0,76% revisión por hiponatremia, el 0,54% revisión por hipopotasemia y el 0,07% revisón por hiperpotasemia.

CONCLUSIONES

La utilización del programa ALTO® ha permitido seleccionar a los farmacéuticos de validación, cada día, las prescripciones de pacientes que son susceptibles de comprobación haciendo recomendaciones o alertando a los médicos sobre la necesidad de modificar una prescripción en función de las condiciones clínico-patológicas que presentan los pacientes Se ha mostrado como una herramienta eficiente y segura.

* * *

C135

ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE DAPAGLIFLOZINA EN PACIENTE HOSPITALIZADO TRAS LA ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA EUROPEA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

VILLA CARPES, J.; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J.; RAMÓN PÉREZ, M.; TORO GARCÍA, L.O.; CANO MOLINA, J.A.; DÍAZ RAMÓN, M.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Analizar cuáles son las indicaciones para las que se ha prescrito dapagliflozina tras la actualización de la guía europea de insuficiencia cardíaca (IC), donde se posiciona como tratamiento de primera línea y valorar la efectividad del tratamiento durante el ingreso, al alta hospitalaria y tras la revisión al primer mes de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron en un hospital entre octubre de 2021 y enero de 2022 con prescripción de dapagliflozina para insuficiencia cardíaca hospitalizados y que continuaron tratamiento tanto durante su estancia hospitalaria como al alta.

Las principales variables que se midieron fueron edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamiento previo y al alta, duración del ingreso, motivo de ingreso, diagnóstico al alta, función re-

nal, capacidad funcional según la escala New York Heart Association (NYHA), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) al ingreso y al alta, porción N-terminal del pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) al ingreso, al alta y después de 1 mes de tratamiento y número de ocasiones en las que los pacientes acudieron a urgencias.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 7 pacientes, 4 hombres y 3 mujeres con una media de edad de 57 años (29-81). La mayoría de pacientes se clasificaron dentro de la clase funcional NYHA II (4) aunque se incluyeron otros estadios NYHA I-III. Respecto a los FRCV, 2 casos presentaban diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), 3 dislipemia y 4 hipertensión arterial. Dos pacientes presentaron los tres factores de riesgo (FR). La duración media de la estancia hospitalaria fue de 8 días (3-14) y el principal motivo de consulta a urgencias fue por disnea (5). El 71% de los diagnósticos al alta fueron de insuficiencia cardíaca de debut siendo el resto un caso de descompensación de IC y otro infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). El aclaramiento de creatinina (ClCr) medio fue de 74 mL/min (26-106). La media de FEVI al ingreso fue del 25% y alta del 32%. Los valores analíticos medios de NT-proBNP al ingreso fueron de 3905 pg/mL, al alta 1845 pg/mL y al primer mes una vez estabilizado el tratamiento de 384,25 pg/mL. El número total de consultas a urgencias fue de 0 de los 7 pacientes. El tratamiento al ingreso se basó en sus patologías previas, antihipertensivos, antidiabéticos y estatinas. Al alta, en 5 de los 7 pacientes se incluyó la cuádruple terapia (inhibidores duales de la neprilisina y del receptor de la angiotensina (ARNI), betabloqueantes (BB), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y antagonistas de los receptores de aldosterona (MRA) que recomiendan las nuevas guías de IC en caso de debut con fracción de eyección reducida.

CONCLUSIONES:

- Los iSGLT-2 se han convertido en un pilar del tratamiento médico farmacológico para el manejo y control de la insuficiencia cardíaca de debut con fracción de eyección reducida.
- DAPAGLIFLOZINA ayuda a estabilizar niveles de NT-proBNP Y FEVI consiguiendo evitar posibles descompensaciones y consultas a urgencias o reingresos que son relativamente frecuentes en los pacientes con IC en el primer mes tras la hospitalización.

* * *

C136

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN LA PRÁCTICA REAL

DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; VILLA CARPES, J.; MENÉNDEZ NARANJO, L.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Dupilumab está indicado en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada a grave en pacientes que son candidatos a tratamiento sistémico. Se encuentra incluido en el sistema de información VALTERMED del SNS para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real y su financiación está sujeta a los siguientes criterios: EASI (Eczema Area and Severity Index) >21, IGA (Investigator's Global

Assessment) >3, BSA (área superficie mínima afectada) >10%, refractarios a medicación tópica y con experiencia previa de uso de ciclosporina con respuesta insatisfactoria o contraindicación.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab en esta indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con dupilumab entre enero 2019 y octubre de 2021 inclusive.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tiempo medio desde el diagnóstico, tratamientos previos, valores de IGA, EASI y BSA basal, IGA en semana 16, 24 y 52, EASI-50, 75 y 90 en semana 16, 24 y 52.

La efectividad se midió por el cambio del IGA en semana 16, 24 y 52 respecto al valor basal y por la proporción de pacientes con una mejoría en un 50%,75% y 90% del EASI en semana 16,24 y 52. La seguridad se evaluó por la existencia de eventos adversos relacionados con dupilumab.

Las fuentes de información utilizadas fueron el programa de prescripción electrónica, la historia clínica electrónica del hospital y VALTERMED.

RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes con una edad media de 36 años (21-81), siendo el 71,5% mujeres. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta iniciar tratamiento con dupilumab fue de 3,4 años y el tiempo medio en tratamiento fue de 13 meses. El 100% de los pacientes alcanzaron la semana 16 de tratamiento, el 35% la semana 24 y el 21,4% la semana 52.

El 100% de los pacientes recibieron previamente corticoides tópicos y orales; el 78,5% ciclosporina, un 14,3% no la tomaron por contraindicación y un 7,2% no la tomo por inicio de la pandemia covid-19. Otros tratamientos previos fueron omalizumab para un 21,4% de pacientes y ustekinumab para un 14%.

En cuanto a la efectividad: la media de IGA, EASI y BSA al inicio de tratamiento fue de 3,6; 27,9 y 34,5 respectivamente. En la semana 16, la media de IGA fue de 1,1; en semana 24 de 1 y en semana 52 de 1.

En la semana 16, el 100 % de los pacientes consiguió el EASI-50, el 85,7% el EASI-75 y el 50% el EASI-90. De los pacientes que han llegado a la semana 24 de seguimiento, el 100% alcanzó el EASI-50, el 57% el EASI-75, el 21,5% el EASI-90. De los pacientes que han llegado a la semana 52 de seguimiento, el 100% alcanzó el EASI-50, el 67% el EASI-75 y el 33% el EASI-90.

Respecto a la seguridad, el 21,5% de los pacientes ha presentado conjuntivitis precisando seguimiento por parte de oftalmología.

CONCLUSIONES

El tratamiento con dupilumab parece efectivo ya que todos los pacientes han conseguido reducir un 70% el IGA en semana 16 y esta reducción se mantiene en semana 52. Además los valores de EASI 50, 75 y 90 alcanzados en los puntos de seguimiento en nuestra cohorte de pacientes tratados indican una buena respuesta al tratamiento.

La tolerancia de dupilumab es adecuada ya que las reacciones adversas encontradas fueron similares a las de los ensayos pivotales y en ningún caso se tuvo que interrumpir el tratamiento.

* * *

C137

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE DE LEVOSIMENDAN EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA DE FORMA AMBULATORIA

DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

La Unidad de Insuficiencia Cardiaca es un programa de atención clínica multidisciplinar al paciente con Insuficiencia Cardiaca (IC). Estos pacientes presentan una elevada morbimortalidad e importante deterioro de su calidad de vida y grado funcional, precisando en muchas ocasiones hospitalización. El tratamiento con ciclos intermitentes de levosimendan en estas unidades de IC, permite mejorar la hemodinámica y mantener la estabilidad clínica en estos pacientes.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de la administración de ciclos intermitentes de levosimendan en pacientes con IC avanzada con Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) reducida <35%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel con unidad de IC avanzada. Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido tratamiento con ciclos de levosimendan de forma ambulatoria desde enero de 2019 hasta enero de 2022.

Las **variables recogidas fueron**: nº de pacientes tratados con levosimendan, sexo, edad, escala New York Heart Association (NYHA), FEVI, nº ciclos administrados de levosimendán, etiología de la IC, y NT-proBNP antes del tratamiento con levosimendán, Nt-proBNP post tratamiento, nº de pacientes con factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades e intención de tratamiento con levosimendan.

La **efectividad** se midió por la reducción del biomarcador Nt-proBNP y la **seguridad** por el nº de eventos adversos relacionados con levosimendan.

Las fuentes de información utilizadas han sido el programa de prescripción electrónica asistida y el programa de historia clínica del hospital.

RESULTADOS

Un total de 15 pacientes con IC avanzada recibieron tratamiento con dosis bajas de levosimendán, un 86,6% fueron hombres y la mediana de edad fue de 67,13 años (rango 35-84 años).

Un 66,6% con etiología de miocardiopatía isquémica y un 33,3% miocardiopatía dilatada. El número de pacientes con factores de riesgo cardiovascular fue de 13 (86,7%), un 80% presenta hipertensión arterial, un 80% diabetes mellitus tipo II, un 73,3% dislipemia y un 66,7% son fumadores o exfumadores. Todos los pacientes presentaron un FEVI inicial < 35% (rango 10-35%), con un estado funcional NYHA de III para el 73,3% de los pacientes y un Nt-proBNP medio, previo a la administración de levosimendán, de 14120,6 mcg/ml.

Respecto a la efectividad, la mediana de ciclos recibidos hasta el momento del corte fue de 3,3 (rango 1-8) y el Nt-proBNP tras la administración de los mismos es de 5760 mcg/ml, observando una reducción del 40,8%.

En cuanto a la seguridad, en un 44,5% de los pacientes se constató hipopotasemia, precisando suplementos de potasio.

Tras la administración de levosimendan, dos pacientes se han podido beneficiar de trasplante cardiaco, uno no es candidato al mismo por nulo autocuidado y otro por las comorbilidades asociadas, un paciente fue éxitus y en el resto de pacientes ha permitido mantener una estabilidad clínica hasta toma de decisiones, manteniendo la misma clase funcional previa al tratamiento.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital, el tratamiento con dosis bajas de levosimendan de forma ambulatoria es efectivo ya que muestra un efecto beneficioso sobre biomarcadores (reducción del 40,4% de Nt-proBNP medio) que marcan la evolución de la enfermedad, lo que deriva en una estabilización de los pacientes con una reducción significativa de hospitalizaciones. Además resulta una opción terapéutica segura, puente a otras terapias como podría ser el trasplante cardiaco.

* * *

C138

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; TORRÓ GARCÍA, L.; GIL ALMELA, J.; MENÉNDEZ NARANJO, L.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Tocilizumab está indicado en el tratamiento de la arteritis de células gigantes (ACG) en pacientes adultos. El objetivo de este estudio es describir las condiciones de uso además de evaluar la efectividad y seguridad de tocilizumab en esta indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel de todos los pacientes con ACG en tratamiento con tocilizumab desde enero 2020 hasta julio de 2021 inclusive.

Las **variables recogidas fueron**: sexo, edad, tiempo medio desde el diagnóstico, tratamientos previos, pauta posológica al inicio y en la actualidad, tiempo en tratamiento con tocilizumab, valores de PCR y VSG al inicio y en semana 52, tratamiento concomitante, dosis de prednisona en semana 0 y 26.

La **efectividad** se midió por: la ausencia de síntomas clínicos, la disminución en los valores de PCR y VSG antes de iniciar tratamiento y en semana 52, la reducción de prednisona en semana 26 y la proporción de pacientes que lograron la remisión sostenida libre de esteroides en semana 52. La **seguridad** se evaluó por la existencia de eventos adversos relacionados con tocilizumab.

Las fuentes de información utilizadas fueron el programa de prescripción electrónica y la historia clínica del hospital.

RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes en tratamiento con tocilizumab, con una pauta de inicio de 162mg semanales. La mediana de edad fue de 80,5 años (70-93), el 66,6% mujeres. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento con tocilizumab fue de 1,89 años y el tiempo medio en tratamiento fue de 1,5 años.

Todos los pacientes recibieron terapias previas con corticoides orales y el 66,6% había recibido tratamiento previo con metotrexato. Actualmente, un 66,6% de los pacientes continúan con la pauta sema-

nal, un 16,7% quincenal y un 16,7% cada 10 días. Un 33,3% continúa en tratamiento con corticoides, en pauta de reducción, y un 16,6% se encuentra en tratamiento concomitante con metotrexato.

En cuanto a los resultados de efectividad, ningún paciente ha vuelto a presentar síntomas clínicos. La media de PCR y VSG fue de 6,5 y 101,6 respectivamente al inicio de tratamiento y de 0,06 y 7,1 en la semana 52. Todos los pacientes se encontraban con pautas reducidas de prednisona en la semana 26 y un 75% de los pacientes consiguieron remisión sostenida libre de esteroides en la semana 52.

Respecto a la seguridad, el 83,3% han presentado eventos adversos. Un 50% presentaron alteraciones en el hemograma, un 33,3% presentaron hipercolesterolemia y un 33,3% alteración de las transaminasas. Todas las alteraciones se resolvieron en los primeros meses de tratamiento y solo se amplió en 1 paciente el intervalo posológico a cada 10 días por alteración de las enzimas hepáticas.

CONCLUSIONES

El tratamiento con tocilizumab para pacientes con ACG parece efectivo, consiguiendo la ausencia de síntomas clínicos y reduciendo a valores normales, los reactantes de fase aguda (PCR y VSG). Además 4 pacientes han logrado la remisión sostenida libre de esteroides en semana 52 y 1 paciente no ha llegado a completar el año de tratamiento pero si se encuentra en pauta descendente de prednisona en semana 26. Respecto a la seguridad, las reacciones adversas descritas son conocidas y todas se resolvieron a los pocos meses de iniciar el tratamiento y en ningún se tuvo que interrumpir el tratamiento.

* * *

C139

ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SIPONIMOD EN PACIENTES ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA

DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; TORRÓ GARCÍA, L.; VILLA CARPES, J.; RAMÓN PÉREZ, M.; MANCEBO GONZÁLEZ, A.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Siponimod tiene la indicación financiada para pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente en los que se haya confirmado clínicamente progresión a esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP) con enfermedad activa.

El objetivo de este estudio es comprobar la adecuación del inicio de tratamiento con siponimod y evaluar la efectividad y seguridad tras el primer mes de tratamiento en pacientes con EMSP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes que habían recibido al menos un mes de tratamiento con siponimod hasta enero de 2022.

Las **variables recogidas fueron**: nº de pacientes en tratamiento, sexo, edad, tiempo desde el diagnóstico, tiempo de tratamiento, tratamientos previos y concomitantes, genotipado CYP2C9, posología y EDSS al inicio.

La **adecuación del tratamiento** se evaluó por cumplir las condiciones de financiación: tener una puntuación mínima en la escala EDSS>4, con incremento en la puntuación en los dos años previos de 1 punto si el EDSS era inferior a 5,5 o de 0,5 si EDSS>6 y enfermedad activa demostrada por haber presen-

tado al menos un brote en los 2 años previos y/o actividad inflamatoria en resonancia magnética; y por adaptación de la dosis de siponimod según el genotipado del CYP2C9.

La **efectividad** se midió por la ausencia de brotes**, la seguridad** por el número de eventos adversos (EA) y su gravedad según los criterios de terminología común para EA (CTCAE) v5.0.

Las fuentes de información utilizadas han sido el programa de prescripción electrónica asistida y el programa de historia clínica del hospital.

RESULTADOS

Se incluyeron 4 pacientes, el 100% mujeres, con una mediana de edad de 54,5 años (50-65).

El tiempo medio desde el diagnóstico fue de 18,1 años y el tiempo medio en tratamiento con siponimod de 1,9 meses. En cuanto al tratamiento previo, el 100% recibió interferón como primera línea de tratamiento, las siguientes líneas fueron: mitoxantrona (n=2), acetato de glatirámero (n=2), natalizumab (n=3), fingolimod (n=2), rituximab (n=1), alemtuzumab (n=2). Ninguno de los pacientes recibió tratamiento con ocrelizumab al no cumplir criterios de financiación.

El 50% de los pacientes se encuentra en tratamiento concomitante con fampridina y el 75% con baclofeno y toxina botulínica.

En cuanto a la **adecuación del tratamiento**, todos los pacientes presentaban enfermedad activa con una puntuación media de la escala EDSS de 6,5. Respecto al genotipado, el 50% de los pacientes fueron metabolizadores intermedios del CYP2C9 y el 50% metabolizadores estándar, la posología fue de 2 mg cada 24 horas en el 50% y de 1 mg cada 24 horas en el 50%.

Por otro lado, en cuanto a la **efectividad**, no se registró ningún brote durante el periodo de estudio. Respecto **a la seguridad**, tras completar un mes de tratamiento, se observó linfopenia en el 100% de los pacientes; un 50% linfopenia grado 2 y un 50% de grado 3. La media de linfocitos tras el primer mes fue de $0{,}57 \times 10^3$ células/mm^3 (0,4-0,68). Un paciente presentó alteración de las enzimas hepáticas de grado 1.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital, la adecuación del tratamiento con siponimod es buena, se cumplen los criterios de inicio y la pauta posológica se ajusta al genotipo del CYP2C9 de cada paciente. Respecto a la efectividad, no se registró ningún brote. En cuanto a seguridad, se ha observado alteración de las enzimas hepáticas en un paciente y linfopenia en el 100% de los pacientes tras el primer mes de tratamiento. No obstante, sería conveniente ampliar el tiempo de estudio para confirmar estos resultados.

* * *

C140 DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

TORRÓ GARCÍA, L.; GARCÍA MOLINA, O.; GIL ALMELA, J.; DÍAZ RAMÓN, M.; CANO MOLINA, J.A.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.A.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Describir el consumo de antibióticos (ATB) en un Centro Sociosanitario (CSS) de personas mayores vinculado a un Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel. Analizar la implicación en el consumo de antibióticos (ATB) en los dos últimos años, tras la formación al personal facultativo del CSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se incluyeron a todos los residentes institucionalizados en el CSS a lo largo del año 2020 y 2021. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, ATB utilizados, coste de tratamiento. Para el análisis del consumo de ATB se obtuvieron las DDD (dosis diaria definida)/100 estancias, dicho dato se calculó: consumo en gramos/DDD x 100/ estancias. Para la obtención de los datos, se utilizaron los programas de historia clínica electrónica (SELENE®), de prescripción electrónica asistida (MIRA®) y el programa de gestión farmacéutica (SAVAC®).

RESULTADOS

El CSS estudiado tiene una capacidad de 120 camas, con una media de ocupación de 95 camas. En la actualidad, el 73% son mujeres con una media de edad 82± 8 años. En 2020 el consumo fue mayor en CEFALOSPORINAS (38,5%) seguido de QUINOLONAS (28,8%), y PENICILINA Y DERIVADOS (8,2%). El coste de antibióticos en ese año fue de 983,41€, siendo el mayor coste en cefalosporinas (385,07€). Las DDD/ 100 estancias por grupo de antibiótico fue: cefalosporinas 1,44, quinolonas 1,08; penicilinas y derivados 0,31; combinación de sulfamidas: 0,29; fosfomicina: 0,28; quinolonas 0,14; derivados nitrofurano: 0,14; lincosamidas: 0,06.

En 2021, el grupo de mayor consumo fue de CEFALOSPORINAS (64,2%), seguido de COMBINACIONES SULFAMIDAS Y TRIMETOPRIM (14,6%) y QUINOLONAS (9,75%). El coste de antibióticos en ese año fue de 282,22€, siendo el mayor coste en cefalosporinas (194,02€). Las DDD/ 100 estancias por grupo de antibiótico fue: cefalosporinas: 0,79; combinación de sulfamidas: 0,18; fosfomicina: 0,07; macrólidos: 0,05 y penicilina y derivados: 0,02.

Las principales infecciones reportadas en orden decreciente fueron: infección urinaria, infección respiratoria y de piel y partes blandas.

El consumo total de ATB expresado en DDD/100 estancias fue de 3,74 en 2020 y de 1,23 en 2021.

CONCLUSIONES

El consumo de antibióticos en el último año ha disminuido considerablemente. Dicho descenso se puede atribuir a la formación al personal facultativo mediante distribución de la guía hospitalaria de terapéutica antibiótica del IRAS-PROA-SMS, que ha sido de gran utilidad, ya que ha proporcionado una oportunidad de mejora, cuyo objetivo ha sido fomentar el uso racional de antibióticos, limitando su uso tras una correcta evaluación de la infección, realizando cultivos cuando ha sido necesario para la realización de un tratamiento dirigido.

* * *

C141

USO DE PROTOCOLOS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISITIDA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

TORRÓ GARCÍA, L.; MUÑOZ GARCÍA, I.; GIL ALMELA, J.; CANO MOLINA, J.A.; MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

La prescripción electrónica asistida (PEA) es una herramienta efectiva para mejorar la seguridad y eficiencia durante la prescripción de medicamentos. Además, la introducción de protocolos farmacoterapéuticos en los sistemas de PEA puede contribuir a estandarizar y ayudar a la toma de decisiones clínicas.

El objetivo es analizar el uso de la protocolización de la prescripción del tratamiento del paciente hospitalizado acordada entre el servicio de farmacia y los servicios médicos, desde la implantación de una nueva herramienta de PEA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, realizado en un hospital de tercer nivel, desde marzo de 2021 hasta de enero de 2022. Se extrajeron los datos del programa de PEA MIRA-SAVAC®: todas las prescripciones realizadas en el soporte informático de PEA en el paciente ingresado, diferenciándose aquellas prescripciones asociadas a protocolos y los servicios clínicos (agrupados en especialidades médicas, quirúrgicas, maternal y pediátricas) a los que pertenecían. Se analizó el porcentaje de uso por la relación: nº de líneas prescritas de protocolo/ nº de líneas prescritas totales x 100.

Posteriormente, se analizó detalladamente el uso de protocolos en los servicios de urología (URO), cirugía plástica y reparadora (CPL), neurología (NRL) e infecciosas (INF), servicios donde se realizó una actualización de su protocolización, extrayendo los datos mencionados anteriormente antes y después de la actualización.

RESULTADOS

Tras el análisis por diferentes especialidades, en las especialidades médicas, del total de líneas prescritas, el 25% correspondían a protocolos como media durante el periodo de estudio, observándose un aumento progresivo desde la implantación, empezando por un 18,7% y llegando a un 30,2% al final del estudio. Respecto a las especialidades quirúrgicas, el porcentaje de líneas asociadas a protocolos prescritos durante todo el periodo se mantuvo prácticamente estable, representando el 44,2% del total de líneas prescritas (marzo: 46,7%; enero: 45,1%). Los servicios del área maternal presentaban una relación de líneas prescritas de protocolo respecto de líneas prescritas totales del 90,6% (marzo: 87,7%; enero: 92,9%). Y finalmente en el bloque infantil este porcentaje representaba un 45,3% (marzo: 47,5%; enero: 43,6%)

De forma detallada, la nueva protocolización con el servicio de URO representó un incremento del 29,7% del empleo de prescripción de líneas de protocolo (marzo: 55%; enero: 84,7%), un 29,9% en CPL (marzo: 47,7%; enero: 77,6%), un 45,2% en NRL (marzo: 55,6%; enero: 10,4%) y un 16,3% para INF (marzo: 6,5%, enero: 22,8%).

CONCLUSIONES

Los servicios del área maternal fueron los que prescribieron una mayor proporción de líneas por protocolo, esto se puede explicar por la mayor homogeneidad clínica de las pacientes tratadas. Así mismo, el porcentaje de líneas de protocolos más bajo corresponde a los servicios médicos, pudiéndose justificar por la gran variabilidad entre los servicios incluidos.

En los servicios en los que se realizó una actualización profunda de su protocolización se observó un aumento significativo del índice de uso de sus protocolos.

* * *

C142

DESCRIPCIÓN Y USO DE MEZCLAS INTRAVENOSAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

TORRÓ GARCÍA, L.; MUÑOZ GARCÍA, I.; GIL ALMELA, J.; DÍAZ RAMÓN, M.; DE LA CRUZ MURIE, P.; GARRIDO CORRO, B.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Los incidentes relacionados con la medicación pueden tener lugar en cualquiera de las etapas del proceso de utilización de los medicamentos, desde la prescripción hasta la administración, y pese a que muchos de estos incidentes son prevenibles, los que se producen en la fase de administración son los más difíciles de interceptar. La vía intravenosa conlleva un riesgo elevado de causar daño en caso de producirse un error, por tanto, garantizar la seguridad en el proceso de manejo de la medicación intravenosa debe constituir una prioridad. Una medida básica es la estandarización de su preparación mediante la adopción de las mismas concentraciones y unidades de dosificación, minimizando así la variabilidad en la elaboración y administración y aportando mayor seguridad.

El objetivo de este estudio es describir las mezclas intravenosas (MIVs) estandarizadas en nuestro hospital y su uso en la prescripción del paciente hospitalizado tras la implantación de un nuevo programa de prescripción electrónica asistida (PEA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, desde marzo de 2021 hasta de enero de 2022. Los datos recogidos fueron: composición de las MIVs, número de MIVs totales incluidas en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital, grupo terapéutico en base al código de clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC) al que pertenecen, la proporción de MIVs prescritas en el paciente hospitalizado en relación a las líneas totales prescritas de tratamiento y las MIVs prescritas en función del grupo terapéutico respecto a las MIVs totales prescritas en el periodo de estudio.

RESULTADOS

Una MIV viene definida por un contenedor que engloba uno o más principios activos (PA) (con dosis definida), y el diluyente (con un volumen determinado), teniendo la mezcla un volumen final definido. Esta MIV garantiza la compatibilidad entre el PA y el diluyente a la concentración establecida, la estabilidad y el correcto tiempo de administración por vía intravenosa.

Se encuentran incluidas en la GFT 208 MIVs, el 10,6% pertenecen al grupo A (Sistema digestivo y metabolismo), el 3,9% al grupo B (Sangre y órganos hematopoyéticos), el 12% al grupo C (Sistema cardiovascular), el 1% al grupo H (preparados hormonales sistémicos excepto hormonas sexuales), el 39% al grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico), el 11% al grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores), el 4,3% al grupo M (Sistema musculoesquelético) y el 14,9% al grupo N (Sistema nervioso).

La proporción de MIVs prescritas respecto a las líneas totales prescritas en el paciente hospitalizado fue del 5,8%.

Analizando el porcentaje de prescripción de MIVs por grupo terapéutico respecto al total de MIVs prescritas, obtuvimos que las MIVs pertenecientes al grupo A representaban el 2,7%, el grupo B el 12,3%, el grupo C el 3,4%, el grupo H el 0,25%, el grupo J el 54,4%, el grupo L el 1,3%, el grupo M el 3% y el grupo N el 22,8%.

CONCLUSIONES

En relación con las MIVs incluidas en la GFT del hospital, la mayor parte de estas pertenecían al grupo J, siendo el grupo B el menos representado entre el total.

Los grupos terapéuticos prescritos con mayor frecuencia fueron los grupos J (antiinfecciosos) y N (analgésicos), coincidiendo con el mayor porcentaje de MIVs creadas, garantizando la seguridad en la prescripción, validación y administración de este grupo de fármacos.

* * *

C143

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IPILIMUMAB-NIVOLUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO

TORRÓ GARCÍA, L.; GIL ALMELA, J.; DÍAZ RAMÓN, M.; GARCÍA MOLINA, O.; ESPUNY MIRÓ, A.; DÍAZ CARRASCO, M.S.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de ipilimumab en combinación con nivolumab en primera línea de pacientes con carcinoma de células claras de riñón avanzado o metastásico (ccCCR)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de ccCCR avanzado o metastásico tratados con ipilimumab+nivolumab entre marzo de 2019 y febrero de 2022.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, ECOG, estadío, riesgo de progresión según el modelo IMDC (International Metastatic Database Consortium), nefrectomía previa y localización de metástasis. Para evaluar la efectividad se utilizó la variable supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) aplicando el método de Kaplan-Meier. La seguridad se evaluó analizando la toxicidad, para ello se registraron los eventos adversos (EA) 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 6 pacientes, con una mediana de edad de 59 años (44-76), 4 hombres y 2 mujeres, todos ellos con un ECOG entre 0-1 y estadio IV. Tres de los 6 pacientes tenían un índice de riesgo IMDC intermedio y los otros 3 alto; a 2 de los 6 pacientes se les realizó nefrectomía previa al inicio del tratamiento. La localización más frecuente de metástasis fue en pulmón (n=5), hueso (n=3), hígado (n=2), sistema linfático (n=2) y sistema nervioso central (n=1). La mediana de seguimiento fue de 7,5 meses (3-35). En el momento del corte no se alcanzó ni la mediana de SG ni de SLP. La estimación de SLP a los 6 meses fue del 83,3% y a los 12 meses fue del 62,5%. La estimación de SG a los 6 meses fue del 80%.

Todos los pacientes presentaron al menos un EA de cualquier grado, el 33,3% algún evento de grado 3: hepatotoxicidad (1) e insuficiencia renal (1), siendo ambas causas de retraso en la administración de algún ciclo; ningún paciente presentó eventos de grado 4 ó 5. Se observaron 13 EA de grado 1-2 en los

6 pacientes: xerostomía (n=1), hipotiroidismo (n=2), mialgias (n=1), astenia (n=3), diarrea (n=2), prurito (n=1), náuseas (n=1) y vómitos e hipofisitis (n=1). Un único paciente requirió ingreso hospitalario para tratar la sintomatología, el resto de EA se trataron de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares obtenidos en vida real, en términos de SLP y SG, no parecen ser inferiores a los obtenidos en el ensayo pivotal CheckMate 214, siendo el perfil de pacientes tratados similar al incluido en el estudio.

En cuanto a la seguridad, el perfil de eventos adversos fue similar al descrito en el ensayo pivotal, predominando la astenia, la diarrea y el hipotiroidismo. Destacan por su gravedad un caso de insuficiencia renal y una hepatotoxicidad.

* * *

C144

COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE FÁRMACOS ANTI-IL 12-23, ANTI-IL 17 Y ANTI-IL 23 EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

CASTRO SALINAS, P.; CHARQUES TRALLERO, V.; RETAMERO DELGADO, A.; MENDIOLA GARCÍA, S.; ANGUITA DOMINGO, D.; FERRANDEZ MARTÍ, D.
Hospital de Igualada

OBJETIVOS

Comparar la efectividad de tres mecanismos de fármacos biológicos: anti-IL 12-23, anti-IL 17 y anti-IL 23.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (hospital comarcal y de tercer nivel). Datos recogidos de la historia clínica electrónica.

Se incluyeron pacientes con psoriasis en tratamiento con anti-IL 12-23 (ustekinumab), anti-IL 17 (brodalumab, secukinumab o ixekizumab) o anti-IL 23 (guselkumab, tildrakizumab o risankizumab). Se excluyeron pacientes con <12 semanas de tratamiento o por falta de datos.

Variables recogidas: sexo, edad, comorbilidades, presencia de artritis psoriásica (APs), año de inicio, tratamientos previos y actual, *Psoriasis Area Severity Index* (PASI), *body surface area* (BSA) y *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) basal, a la semana 12 y actual.

Las variables categóricas se muestran con frecuencia y porcentaje y las cuantitativas con media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se incluyeron 140 pacientes (97,6% de pacientes susceptibles del hospital comarcal y 29,4% de pacientes susceptibles del hospital de tercer nivel). Hombres: 75 (53,6%); edad: 49,9 años (14,6).

Antecedentes: 39 (27,9%) obesidad, 37 (26,4%) hipertensión arterial, 52 (37,1%) dislipemia, 18 (12,9%) diabetes mellitus, 44 (31,4%) alteración psicológica y 21 (15,0%) APs.

Evolución de la enfermedad: 16,2 (11,2) años. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento previo: 16 (11,4%) fototerapia, 126 (90,0%) tópico, 106 (75,7%) sistémico y 67 (47,9%) biológico.

Tratamientos sistémicos: 90 (84,9%) metotrexate, 31 (29,2%) acitretina, 17 (16,0%) ciclosporina, 2 (1,9%) dimetilfumarato y 1 (0,7%) apremilast.

Tratamientos biológicos previos: 48 (71,6%) recibieron 1, 11 (16,4%) recibieron 2, 5 (7,5%) recibieron 3, 3 (4,5%) recibieron 4 y 1 (1,5%) recibió 6. Mecanismos de acción de fármacos previos: 58 (86,6%) anti-TNF, 24 (35,8%) anti-IL 12-23, 15 (22,4%) anti-IL 17, 1 (1,5%) anti-IL 23 y 1 (1,5%) anti-CD1

Distribución actual de fármacos: 61 (43,6%) ustekinumab, 43 (30,7%) secukinumab, 20 (14,3%) ixekizumab, 10 (7,1%) guselkumab y 3 (2,1%) tildrakizumab.

Datos clínicos basales para inhibidores de IL 12-23 vs IL 17 vs IL-23: PASI 16,8 (14,2) vs 12,8 (9,4) vs 11,7 (5,7); DLQI 11,2 (7,7) vs 9,1 (6,4) vs 9,7 (6,5); BSA 11,6 (6,7) vs 16,2 (17,9) vs 11,7 (11,2) Sin diferencias significativas entre mecanismos.

Datos clínicos en semana 12 para inhibidores de IL 12-23 vs IL 17 vs IL-23: PASI 3,9 (12,8) vs 1,7 (2,9) vs 2,0 (2,7), DLQI 1,1 (1,8) vs 1,3 (2,9) vs 3 (4,6). Sin diferencias significativas entre mecanismos. Estadísticamente significativo respecto a datos basales ($p<0.001$).

Datos clínicos actuales para inhibidores de IL 12-23 vs IL 17 vs IL-23: PASI 0,9 (1,4) vs 0,6 (1,2) vs 1,4 (2,2); DLQI 0,7 (2,0) vs 0,5 (1,9) vs 1,0 (1,9) vs BSA 1,5 (3,0) vs 0,6 (1,7) vs 3,6 (8,0). Sin diferencias significativas entre mecanismos. Estadísticamente significativo respecto a datos basales ($p<0.001$).

CONCLUSIONES

- La mitad de los pacientes ya habían recibido un tratamiento biológico y solo un 14% de pacientes había recibido más de dos líneas de tratamiento biológico.
- Todos los tratamientos muestran elevada efectividad en práctica clínica. No se han observado diferencias entre los distintos mecanismos de acción. Esto puede ser debido al menor número de pacientes en el grupo de anti-IL 23.

* * *

C145

TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITEMIA ESENCIAL CON INTERFERÓN ALFA-2A PEGILADO EN INDICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA

MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A.; CANO MOLINA, J.A.; DÍAZ RAMÓN, M.; GOLNABI DOWLATSHAHI, F.; RAMÓN PÉREZ, M.; GONZÁLEZ PONCE, C.M.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Descripción de la efectividad y análisis de una serie de casos de pacientes diagnosticados de trombocitemia esencial, en tratamiento con Interferón alfa-2a pegilado, un medicamento no indicado para dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que incluyó a pacientes en tratamiento con Interferón alfa-2a pegilado y diagnóstico de trombocitemia esencial entre febrero de 2021 y febrero de 2022. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, recuento plaquetario antes del tratamiento, recuento plaquetario después del tratamiento, duración del tratamiento, dosis, medicación anterior para dicha indicación y motivo de cambio de la misma a Interferón alfa-2a pegilado.

RESULTADOS

Se analizaron 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres con una mediana de edad de 58 años (42-71). De los 8 pacientes, 4 (50 %) redujeron de manera significativa sus niveles de plaquetas en plasma, siendo la media del descenso de 279.000/mm3 ± 131.141, 2 pacientes (25%) mantuvieron sus cifras de plaquetas tras el tratamiento y 2 pacientes (25%) aumentaron la cifra de las mismas (en 167.000 y 217.000/mm3). La media de recuento de plaquetas de todos los pacientes antes del tratamiento fue de 719.000/mm3 ± 306.720, mientras que después del mismo fue de 628.500/mm3 ± 353.643. La dosis en el 100 % de los pacientes fue de 90 microgramos (mcg) a la semana. La media de tiempo de tratamiento fue de 5,38 meses ± 3,12 meses.

En cuanto a los tratamientos anteriores, 7 pacientes (87,5%) habían recibido un tratamiento previamente, mientras que 1 (12,5%) no había sido tratado. De los 7 pacientes tratados con anterioridad, 3 fueron tratados con hidroxiurea, 2 con hidroxiurea y anagrelida, 1 con interferón alfa-2a y 1 con hidroxiurea, anagrelida e interferón alfa-2a. En cuanto a los motivos de cambio, 4 fueron por intolerancia (hidroxiurea e hidroxiurea + anagrelida), 2 por falta de eficacia (interferón alfa-2a e hidroxiurea, anagrelida e interferón alfa-2a) y 1 por toxicidad (hidroxiurea).

CONCLUSIONES

1. La dosis de 90 microgramos a la semana con interferón alfa-2a pegilado, en la indicación de trombocitemia esencial, consiguió disminuir la concentración plasmática de plaquetas en un 50% de los casos estudiados, manteniendo valores estables de plaquetas en el 25% de los pacientes incluidos en el estudio.

2. Los fármacos indicados para esta patología fracasaron por razones diversas en el 87,5% de pacientes con trombocitemia esencial analizados.

3. El interferón alfa-2a pegilado constituye una alternativa de tratamiento en pacientes en los que la terapia convencional no es adecuada.

* * *

C146

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

MARTÍNEZ MARCOS, J.M.; SÁNCHEZ CATALICIO, M.M.; GARCÍA MATILLAS, C.N.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M.; MONTOYA EGEA, J.M.; FERNÁNDEZ VELA, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de cladribina en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en un Hospital General y comparar los resultados con el estudio pivotal (CLARITY).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con EMRR activa tratados con cladribina hasta enero de 2022. Los datos se obtuvieron del programa de gestión de farmacia (SAVAC) ® y de la historia clínica electrónica (Selene) ®. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, dosis, edad del diagnóstico, escala expandida del estado de discapacidad (EDSS) inicial, tratamientos previos y posteriores (desde que termina el primer año de tratamiento hasta las 96 semanas tras finalizarlo). La efectividad se midió, sólo en los pacientes que habían recibido el tratamiento completo, mediante la tasa anual de brotes (TAB) a las 96 semanas, evolución de EDSS después de iniciar el tratamiento y progresión radiológica mediante resonancia magnética. Para evaluar la seguridad se registraron los efectos adversos (EAs).

RESULTADOS.

Se incluyeron 6 pacientes (4 mujeres) con una edad media de 52 años diagnosticados de EMRR activa. Todos recibieron cladribina a dosis de 3,5 mg/kg a lo largo de 2 años (Cada año se administra una dosis de 1,75 mg/kg en dos semanas de tratamiento, una al inicio del primer mes y otra al inicio del segundo mes), excepto 1 paciente que sólo recibió 1 año. La duración media de la EMRR antes de iniciar cladribina fue de 12,5 años y la mediana de EDSS fue de 3,0 (rango de 1 a 6,5). Todos los pacientes habían recibido 2 o más fármacos modificadores de la enfermedad (FAME): interferón beta-1A (100%), acetato de glatirámero (33,33%), natalizumab (33,33%) y ocrelizumab (16,67%). Otros tratamientos fueron rituximab (50%) y ciclofosfamida (16.67%). Respecto a la efectividad: solo 1 (20%) paciente se mantuvo libre de brotes, siendo la TAB media de 0,3 a las 96 semanas; la evolución de la discapacidad neurológica, medida en EDSS, fue variable: 1 paciente presentó mejoría en 2,5 puntos (disminuye de 6,5 a 4), en 2 se mantiene estable (1 y 6,5, respectivamente) y, en otros 2 pacientes aumentó (de 6 a 6,5 y de 3 a 4, respectivamente); ningún paciente presentó progresión radiológica. En cuanto a los tratamientos posteriores: 1 paciente inició ocrelizumab en la semana 68 y 2 iniciaron fampridina para la discapacidad en la marcha (tras el primer año de tratamiento y en la semana 13 respectivamente). Respecto a la seguridad: 1(16.67%) paciente presentó linfopenia grado 3, 2(33,33%) linfopenia grado 2, 1(16,67%) paciente infección que suspendió el tratamiento y 2(33,33%) no presentaron EAs.

CONCLUSIONES.

En este estudio la TAB fue mayor, el EDSS peor y algún paciente precisó tratamiento antes de las 96 semanas. Por lo que la efectividad, en términos generales, resultó inferior a la del estudio pivotal. Estas diferencias pueden deberse, entre otros motivos, al pequeño tamaño muestral y a que el perfil de nuestros pacientes es diferente a los de CLARITY, donde se excluyeron los pacientes que habían recibido 2 o más FAMES. En cuanto a seguridad, la mitad de los pacientes no presentó linfopenia y, manejable y no produjo complicaciones. Sólo 1 paciente que no tuvo linfopenia presentó infección leve que se resolvió, a pesar de eso le suspendieron el tratamiento. Sería necesario hacer un estudio con un mayor número de pacientes para obtener conclusiones más definitivas.

* * *

Poster. Técnicos Auxiliares de Farmacia

C12

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DEVOLUCIONES EN UNIDOSIS

JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P.;
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Analizar las devoluciones en dosis unitarias desde las unidades de hospitalización (UH) al Servicio de Farmacia y evaluar la efectividad de una intervención para reducirlas, como forma de aumentar la eficiencia del proceso de dispensación en dosis unitarias (SDMDU). MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó en un hospital con SDMDU en todas las UH. Dicho SDMDU se basa en 4 salidas programadas diarias de medicación (carro de 24h y bol-

sas post-recogida), un circuito de petición por cesta (prescripciones fuera de horario, errores de dispensación en el carro) y stock de botiquín en planta para la medicación condicional o urgente. La medicación que no es administrada, se devuelve en el mismo cajetín en que ha sido dispensada, registrándose por paciente para disponer de perfiles farmacoterapéuticos precisos. Se recogieron las unidades dispensadas y devueltas mensualmente en los carros de unidosis durante el año 2021, calculándose el porcentaje de devolución total para cada UH. Se diseñó una intervención que evitara la utilización del stock de planta en lugar de la medicación dispensada en los carros de unidosis. Para ello se programaron durante el primer semestre de 2021 sesiones con todos los supervisores de la UH para ajustar los stocks, reduciendo el número de referencias a las imprescindibles y disminuyendo las cantidades de medicación almacenada. Durante el mes de julio, se revisaron todos los botiquines de planta y se retiraron los excesos de medicación en base a los nuevos pactos, limitando la posibilidad de reposición del stock a lo recogido en dichos pactos en el programa informático. Se analizó la diferencia en el porcentaje de devolución antes y después de la intervención, así como la variabilidad del porcentaje de devolución entre las distintas UH. RESULTADOS: Se realizaron 9 reuniones entre los supervisores de UH y Farmacia. Se rehicieron un total de 32 pactos de stock, correspondientes a todos los botiquines de medicación del hospital. Durante el período de estudio previo a la intervención, se dispensó una media de 106.240 unidades/mes en los carros de unidosis y se devolvió una media de 19.183 unidades/mes. Tras la intervención el porcentaje de devoluciones en el carro de unidosis descendió en un 1,22% (de 18,05% a 16,83%). Además, se analizó el porcentaje de devoluciones según la UH, siendo las de Cirugía General y Urología/Ginecología las que más devoluciones realizaron, con un 19,3% y un 18,1%, respectivamente.

CONCLUSIONES

1. Aunque la intervención realizada tuvo una eficacia modesta, consideramos que es necesario trabajar en la optimización del SDMDU para que el proceso resulte eficiente.

2. Las UH con mayor porcentaje de devoluciones correspondieron a servicios quirúrgicos, con un elevado índice de rotación de pacientes, con lo que nos proponemos la revisión de los circuitos de altas y su comunicación a Farmacia, como otra causa alternativa de un exceso de medicación devuelta.

* * *

C14

PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS

POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; URBIETA SANZ, E.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Analizar el volumen y la carga de trabajo anual que supone para el técnico de farmacia (TF) la implementación de un procedimiento de reconocimiento y clasificación de medicamentos potencialmente peligrosos (MPP) en la farmacia de un Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realiza en un Hospital General, iniciándose en mayo del año 2019; mediante implantación

de un procedimiento para MPP basado en la identificación de éstos desde el momento de la recepción hasta la administración, con un código de colores preestablecido, así como su dispensación cuando está listo para administrar, evitando manipulaciones en planta y facilitando el reconocimiento a los profesionales que entran en contacto con ellos.

El estudio se realiza durante el periodo comprendido entre enero del año 2020 y diciembre del año 2021

Se identifican las tareas que corresponden al TF, establecidas por el procedimiento y se registra la actividad añadida que supone la implementación de dicho procedimiento.

RESULTADOS

Las tareas identificadas fueron:

- Detección del MPP en el punto de recepción y etiquetado del envase primario (EP), preestablecido por el National Institute for Occupational Safety and Healtth, que establece la división de tres grupos según la peligrosidad del medicamento. Con una etiqueta identificativa de color *azul*, grupo I: FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS "CITOSTÁTICOS". De color *verde* grupo II: FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS "NO CITOSTÁTICOS" y de color *amarillo* grupo III: FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS "RIESGO REPRODUCTIVO".
- Preparación de kits individuales con sistema cerrado para los MPP parenterales que no se pueden preparar en Farmacia por su escasa estabilidad u otros motivos (Kits).
- Reenvasado automático identificativo con los colores correspondientes a cada grupo (RA).
- Reenvasado manual (RM), de medicamentos fuera de su blíster, fraccionados y jarabes en campana de flujo laminar vertical.

De un total aproximado de 250 principios activos (PA) incluidos en la lista NIOSH, el Hospital trabajó durante el periodo de estudio con 81 PA, de los cuales 27 pertenecían al grupo I, 26 al grupo II y 28 al grupo III.

- Año 2020
  - De un total 3.839.151 unidades individuales de medicamentos recepcionados, 136.554 pertenecieron a MPP. De estas últimas unidades, 35.504 unidades correspondieron al grupo I, 56.636 al grupo II y 44.414 al grupo III. Lo que generó que se realizaran 1.545 kits, 132.715 RA y 5.164 RM. Incrementando 3,69 % la actividad de acondicionamiento en dicho año.
- Año 2021
  - De un total 3.831.948 unidades individuales de medicamentos recepcionados, 165.943 pertenecieron a MPP. De estas últimas unidades, 35.747 correspondieron al grupo I, 85.278 al grupo II y 44.435 al grupo III. Lo que generó que se realizaran 1.440 kits, 162.877 RA y 4.195 RM. Incrementando 4,43 % la actividad de acondicionamiento en dicho año.

CONCLUSIONES

El acondicionamiento e identificación de los MPP, fundamentalmente los orales, recae principalmente sobre los TF, incrementando desde su implantación la actividad según nuestro procedimiento, y manteniendo una tendencia al alza.

Dada la importancia cuantitativa y cualitativa que ha supuesto esta nueva actividad para el personal sanitario, que gana en seguridad al tener conocimiento de la peligrosidad de los fármacos, parece imprescindible su cuidadosa procedimentalización y la implantación de programas de formación continuada para garantizar la adecuada formación del personal implicado.

* * *

C15

DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS PROGRAMADA EN HORARIO DE TARDE: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; GARCÍA CORONEL, M.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Evaluar los resultados, en términos de rendimiento y oportunidad, de la ampliación de la dispensación a pacientes externos por las tardes, programada mediante agendas, en un Servicio de Farmacia de Referencia de Área.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realiza en un servicio de Farmacia en el que se implanta, para mejorar la accesibilidad de los pacientes externos, una ampliación del horario de dispensación atendido por el técnico de Farmacia durante 4 horas en horario de tarde, pasando de estar abierto 6 horas a 10 horas diarias de lunes a viernes. Dicha dispensación es gestionada mediante un sistema de citas previas cada 10 min. Se analizaron los resultados a partir de la recogida de actividad de la agenda gestionada por el técnico del Servicio de Farmacia durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2021. Se recogió el índice de ocupación del horario de tarde, comparado con la mañana, diferenciando las visitas programadas, canceladas, imprevistas y duplicadas. Se registraron los datos totales y se calcularon la proporción diferenciando el tipo de visitas.

RESULTADOS

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2021 en la consulta que atiende el técnico en farmacia se produjeron 2.791 dispensaciones frente a las 3.620 posibles lo cual representa el 77% de ocupación global de la agenda. Si este dato se describe en el horario de tarde representa un 74,6% frente al 78,7% de la mañana. La mayoría de los pacientes que acuden a nuestro centro vienen con una cita de tipo normal (92,9% en las tardes frente al 83,1% de las mañanas). Por las tardes hay un 3,4% de imprevistas frente al 7,2% de las mañanas. Se duplican (es decir, se citan dos pacientes en la misma hora) un 3,6 % en las tardes y un 9,8% en las mañanas.

No acuden a la cita que tenían programadas en estos tres meses 648 pacientes, lo que representa un 18,8% del total de las citas, siendo un 19,5% en la mañana y el 17,7% en la tarde.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados confirman que el grado de ocupación por las tardes, aunque menor que en horario de mañanas, es elevado (74,6% frente 78,7%), lo que pone en evidencia la utilidad de la ampliación de horario para muchos pacientes.

El hecho de que no haya sobrecarga en la agenda gestionada por el técnico, permite se puede atender a los pacientes con fluidez, y deja margen a una cierta intensificación de las agendas, acortando el horario de apertura para que el técnico se dedique a otras tareas.

El número de citas imprevistas y duplicadas es menor por la tarde, probablemente debido al horario de consultas médicas que las originan, mayoritariamente por la mañana. Esto que permite al técnico preparar las citas del día siguiente (validez de la prescripción, existencias de medicamentos a dispensar), resolviendo con antelación las posibles incidencias con el farmacéutico, aportando rapidez y agilidad en

el momento de atención a los pacientes.

Se identifica como área de mejora la importante proporción de pacientes que no asisten a su cita. Nos proponemos insistir a los pacientes para que, en ese caso, lo comuniquen para evitar dejar huecos libres y disminuir el número de imprevistas. Actualmente los pacientes de nuestra zona pueden, a través del portal de paciente, consultar las citas que tiene en el Servicio de Farmacia, sería útil que se pudiera también cambiar la cita desde esta herramienta.

* * *

C19

CICLO DE MEJORA DEL PROCESO DE RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS CON LA METODOLOGÍA LEAN HEALT-CARE

GAMBÍN MARTÍNEZ, E.; POVEDA GONZÁLEZ, C.; MORENO CAMPUZANO, A.; JIMÉNEZ MANUEL, M.M.; ROCA MARTÍNEZ, D.; ORTIZ FERNÁNDEZ, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Optimizar el proceso de recepción y almacenamiento de medicamentos en un servicio de Farmacia Hospitalaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, técnicos de farmacia, administrativos y celadores. Los participantes recibieron formación por parte una consultoría externa en la metodología Lean-Healtcare. Según dicha metodología, se elaboró un mapa de análisis VSM (Value Stream Mapping) que reflejaba el flujo tanto de los medicamentos como de la documentación durante todo el proceso. Para conocer el punto de partida se siguió la siguiente dinámica de trabajo:

- Visita del equipo al área de trabajo
- Entrevista a un experto del proceso que relataba su trabajo diarioy el resto del equipo cuestionaba las dudas o carencias percibidas.
- Registro de las incidencias identificadas: defectos, repeticiones, esperas,sobreproducción
- Recopilación de propuestas de mejora por parte del resto de los miembros del servicio

A continuación se elaboró un plan de acción (PA) consistente en relacionar para cada subproceso a) problemas e ineficiencias identificados (mudas) b) causas c) acción correctora d) responsable de llevarla a cabo y e) plazo de ejecución. El equipo se reunió periódicamente para realizar un seguimiento de las acciones a implementar

RESULTADOS

El PA resultante para el subproceso de recepción recogió un total de 15 "mudas" cuyas causas estaban relacionadas con la accesibilidad, las instalaciones, factores externos, incorrecta identificación o falta de estandarización. Las principales acciones de mejora propuestas fueron:

- Adecuación y mejora del puesto de trabajo de recepción
- Mejora de las señalizaciones de acceso al almacén

- Recordatorio de las normas de entrega de medicamentos a las empresas
- Diseño de "carteles de estado" para identificar fácilmente en que parte del proceso está la medicación sin colocar
- Listados de medicamentos con características especiales accesibles al punto de recepción
- Elaboración de procedimientos visuales de acondicionamiento y etiquetado del envase primario

El PA resultante para el subproceso de almacenamiento recogió un total de 17 "mudas" cuyas causas estuvieron relacionadas con defectos en las instalaciones, insuficiente señalización o falta de estandarización. Las principales acciones de mejora propuestas fueron:

- Definición y señalización de almacenes auxiliares e indicación de segundas ubicaciones
- Establecimiento de stocks máximos en función de la capacidad de almacenamiento
- Unificación de criterios de ordenación del almacén general
- Reorganización de ubicaciones
- Mejora de señalización de estanterías para facilitar la búsqueda
- Elaboración de un procedimiento de trabajo de reposición del almacén
- Señalizaciones de estado para evitar desplazamientos innecesarios

Tras 6 meses de seguimiento el equipo constató la completa ejecución de todas las acciones

CONCLUSIONES

La utilización de la metodología Lean-Healtcare aplicada a los procesos de recepción y almacenamiento ha resultado muy eficaz, al ser procesos en los que intervienen distintos roles profesionales, por lo que es fundamental un flujo de información transparente y claro

En nuestra experiencia, entre los beneficios conseguidos destacan la detección de los errores en la raíz del problema, evitando que se reproduzca en las fases posteriores del proceso y el refuerzo del sentimiento de equipo mediante la comprensión de las dificultades de cada fase y la participación en su resolución

* * *

C20

CIRCUITO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; FAJARDO MEROÑO, M.C.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; MATEO CARMONA, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; ROBLES GARCÍA, I.S.
Hospital Comarcal del Noroeste

OBJETIVOS

Describir las actividades desarrolladas por el técnico auxiliar de farmacia (TAF) en el área de reenvasado dentro de un Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad desarrollada por el TAF en el área de reenvasado de un servicio de farmacia durante el año 2021.

Se revisaron todas los datos de medicamentos reenvasados de dicho año desde el software de la máquina de reenvasado (Multiblist KRZ®) y los registros de medicamentos identificados manualmente mediante colores. Se contabilizaron el número de especialidades diferentes y el número de comprimidos reenvasados de manera global y de cada una de los diferentes grupos de medicamentos.

RESULTADOS

El TAF realiza el reenvasado de medicamentos siguiendo las directrices del Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) del área de farmacotecnia. Tras el reenvasado de medicamentos, identifica manualmente con círculos adhesivos de colores los diferentes grupos de medicamentos de la siguiente manera:

1. Color verde: medicamentos fraccionados, cuya caducidad no debe superar el 25% del tiempo restante entre la fecha de reacondicionamiento y la fecha de caducidad del medicamento que como máximo será de seis meses.

2. Color amarillo: medicamentos extraídos fuera de su acondicionamiento primario. La fecha de caducidad será de un año o el tiempo hasta la fecha de caducidad del medicamento, la que sea menor.

3. Color azul: psicotrópos.

4. Color negro: estupefacientes.

5. Color rojo: medicamentos de alto riesgo (MAR), son aquellos que utilizados incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. En el hospital existe un protocolo de referencia de recomendaciones para el uso seguro de estos medicamentos, entre los que se incluye la identificación mediante color de aquellos MAR que se utilizan vía oral.

Una vez terminado el proceso, los medicamentos son revisados manualmente por el farmacéutico que da el visto bueno o indica la repetición del reenvasado si detecta algún error.

Durante el año 2021 se reenvasaron un total de 71.468 comprimidos de 154 especialidades diferentes, los cuales se distribuyeron del siguiente modo:

1. Se reenvasaron 9.204 comprimidos fraccionados (9.204/71.468; 12,9%) provenientes de 44 especialidades distintas.

2. De los medicamentos retirados del acondicionamiento primario fueron reenvasados 2.216 comprimidos (2.216//71.468; 3,1%) de 10 especialidades diferentes.

3. Respecto a psicotrópos se reenvasaron 840 comprimidos (840//71.468; 1,2%) de cuatro especialidades.

4. De los estupefacientes fueron reenvasados de dos especialidades diferentes 120 comprimidos (120//71.468; 0,2%).

5. MAR con 2.105 comprimidos (2.105/71.468; 2,9%) de 11 especialidades diferentes.

El resto de medicamentos reenvasados fueron de especialidades reenvasadas en su blíster con su caducidad original.

CONCLUSIONES

El reenvasado de medicamentos permite una fácil y completa identificación, sin necesidad de manipulaciones posteriores. Además, la personalización posterior por colores pretende facilitar al personal sanitario la identificación de forma rápida y sencilla del tipo de medicamento manipulado.

La correcta realización del reenvasado y posterior etiquetado por parte del TAF permite distribuir estos medicamentos de forma adecuada contribuyendo en la prevención de errores de medicación.

* * *

C25

ACTIVIDAD EN EL CIRCUITO DE PREPARACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS EN SALA BLANCA Y FUNCIONES DEL TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA

FAJARDO MEROÑO, M.C.; MARTÍNEZ SEQUERO, M.C.; MATEO CARMONA, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, S.; MARTÍNEZ FAJARDO, D.; ROBLES GARCÍA, I.S.
Hospital Comarcal del Noroeste

OBJETIVOS

Describir el circuito de preparación de mezclas intravenosas (MIV) y medicamentos citostáticos en una sala blanca de un Servicio de Farmacia (SF) y la actividad del técnico auxiliar de farmacia (TAF) en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de la actividad en sala blanca de un SF para la preparación de MIV y citostáticos durante el año 2021 y la labor del TAF en el proceso.

Se revisaron todos los datos de las preparaciones realizadas en dicho período. Para ello, se extrajeron los datos del programa de prescripción y dispensación de mezclas intravenosas Farmis®. Se contabilizaron el número de elaboraciones, el tipo de preparado (MIV o citostático), si fueron realizadas en campana de flujo laminal horizontal (CFLH) o en campana de flujo laminal vertical (CFLV) y los errores detectados.

RESULTADOS

Tras la validación del tratamiento médico por parte del farmacéutico en el programa Farmis®, se imprimen etiquetas y órdenes de trabajo para el personal de la sala blanca.

El TAF reúne en las bandejas de la sala blanca todo el material necesario para las preparaciones que se vayan a realizar. Para ello comprueba las órdenes de trabajo y sigue las normas de funcionamiento indicadas en el Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT).

Posteriormente, traspasa la bandeja a través del sistema de acceso de seguridad al personal de enfermería ubicado en la CFLH o CFLV según sea el tipo de preparación. En ese momento, el TAF queda en la presala como apoyo al personal de enfermería y en contacto con el farmacéutico a través del interfono.

Tras la realización del preparado, el TAF realiza junto con el farmacéutico responsable el chequeo de las preparaciones previo a la dispensación. Se comprueban el correcto etiquetado e identificación del paciente, se revisan dosis y viales utilizados, el volumen final del preparado y una inspección visual para detectar posibles irregularidades.

Una vez dado el visto bueno, el TAF coloca el preparado en su bolsa correspondiente para su dispensación o almacenaje, en las condiciones adecuadas indicadas en el PNT, según sea el caso.

Durante el año 2021 en la sala blanca se realizaron 1.335 elaboraciones. De ellas, 564 se prepararon en CFLH, lo que constituyó un 42,3% (564/1.335) de dichas elaboraciones.

Por otro lado, en CFLV se prepararon 771 elaboraciones de medicamentos citostáticos, lo que representó un 57,7% (771/1.335) del total de elaboraciones.

En el intervalo de tiempo estudiado, se detectaron un total de cinco errores (5/1.335; 0,4%), los cuales fueron solventados antes de que la preparación llegara al paciente. Tres de estos consistieron en errores en el etiquetado, siendo el TAF quien los detectó. Los otros dos fueron un error en la dilución y un error en la dosificación, siendo detectados durante el chequeo por el farmacéutico.

CONCLUSIONES

En la preparación de MIV y citostáticos en sala blanca del SF es primordial garantizar la correcta elaboración de las mezclas para asegurar la estabilidad, esterilidad y eficacia de los preparados, así como su correcta conservación y dispensación.

En nuestro estudio, se realizaron un mayor número de preparaciones en CFLV y ningún error llegó al paciente gracias al chequeo realizado antes de la dispensación.

El TAF tiene un papel relevante en el correcto funcionamiento del circuito y en la mejora de la seguridad, ya que su actividad permite detectar los errores antes de que lleguen al paciente.

* * *

C28

MANTENIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ADECUACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA POR EL TECNICO EN FARMACIA

PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; VELASCO COSTA, J.; ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

El Carro de Parada es un dispositivo móvil que debe contener el material imprescindible para la atención inmediata del paciente en parada cardiorrespiratoria. El Servicio de Farmacia garantiza su contenido sistematizado, con normas claras de uso, reposición y mantenimiento y reservado para situaciones de Urgencia Vital.

El objetivo de este estudio es evaluar el mantenimiento y la adecuación de los carros de parada del hospital conforme a lo pactado con las unidades de Medicina Interna y Anestesia, con el fin de corregir las desviaciones encontradas e identificar oportunidades de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

El técnico en farmacia es el encargado de evaluar y mantener los carros de parada de los distintos Servicios del hospital, siempre bajo la supervisión del farmacéutico. Para ello se encarga de la revisión de la caducidad de la medicación del carro así como de que ésta se encuentra en perfecto estado, tanto en cantidad como en integridad. Se dispone de una base de datos donde se recoge la fecha de caducidad actualizada de los fármacos del carro de parada.

Estudio observacional, descriptivo y transversal de revisión de los 6 carros de parada del hospital, cada uno con 42 medicamentos (12 especialidades distintas), para un total de 252 unidades.

Se recogieron datos de las siguientes variables: Integridad film de seguridad y orden del carro, medicación correctamente identificada, medicación correcta según lo pactado, registro correcto de cantidad, lote y caducidad.

Se estableció un rango de cumplimiento según el porcentaje de adecuación de cada variable recogida: 90-100% "cumplimiento alto", 80-90% "cumplimiento medio" y <80% "cumplimiento bajo".

Tras el estudio de los resultados, se remitió un informe al núcleo de seguridad del hospital con los resultados obtenidos para tomar las medidas oportunas de corrección en caso necesario.

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados de porcentaje de cumplimiento para las variables recogidas: integridad del film de seguridad y orden del carro 100%, medicación correctamente identificada 100%, medicación correcta según lo pactado 100%, registro correcto de cantidad 100%, lote 98,8% y caducidad 90,5%. En el 100% de los casos de medicación caducada fue debido a que desde la unidad clínica no se envió al Servicio de farmacia los medicamentos para su sustitución, pero el técnico en farmacia lo detectó a tiempo y dicha medicación fue sustituida antes de caducar en planta.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren un cumplimiento alto tanto en el mantenimiento como en la adecuación de los carros de parada; no obstante, se considera la realización de un ciclo de mejora sobre el apartado de caducidades de las especialidades que componen los carros de parada para incrementar así la seguridad del paciente ante la parada cardiorrespiratoria.

El técnico en farmacia garantiza el "cumplimiento alto" de los ítems, lo que refleja el alto grado de exigencia y rigor que debe tener el Servicio de farmacia en el mantenimiento y adecuación de los carros, evitando así posibles errores de administración en situaciones de urgencia para el paciente.

Estas auditorías sirven para conocer el estado de mantenimiento del carro de parada e implicar al personal sanitario en su correcta adecuación. Asimismo, al implicar al núcleo de seguridad del hospital si procede, se vincula también al equipo directivo en las intervenciones necesarias para conseguir un mejor cumplimiento.

* * *

C31

CREACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST DE VERIFICACION EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL CIRCUITO

ROBLES BLAZQUEZ, E.M.; VELASCO COSTA, J.; PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M.; MARTÍNEZ DE GUZMAN, M.
Hospital Román Alberca

OBJETIVOS

Describir el resultado de la implantación de un check-list dirigido a la detección precoz de errores de reenvasado de medicamentos en un hospital, especialmente de medicamentos peligrosos y de estrecho margen terapéutico, para garantizar la calidad de la preparación en todas las etapas de la elaboración. Filtrar cualquier error antes de su envío a las unidades clínicas y asegurar que la medicación administrada al paciente ha pasado correctamente el control de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

1- Creación del check-list de reenvasado, donde se recogen variables de: fecha, código nacional y nombre del medicamento, técnico encargado, farmacéutico revisor y conformidad, cantidad reenvasada e incidencias (roturas, pérdidas,...).

2- Terminada la elaboración del reenvasado se coteja la preparación y la hoja de elaboración con el check-list.

3- Firmar la comprobación por el técnico y avisar al farmacéutico para la revisión final.

4- Revisión y firma del farmacéutico.

5- Envío al servicio correspondiente o stock de almacén de farmacia listo para su uso.

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal de implantación en enero de 2021 y seguimiento de 1 año.

RESULTADOS

Durante el año 2021 se reenvasaron 79.332 unidades, correspondientes a 119 medicamentos distintos, de los que 4 son de estrecho margen terapéutico y 6 peligrosos.

De estos, corresponden a medicamentos peligrosos 15.594 (19,7%) reenvasados, 220 del grupo 2 (espironolactona) y el resto del grupo 3: 270 Ziprasidona, 300 Acenocumarol, 10.080 Clonazepam, 1.098 Paroxetina y 3.626 ácido Valproico.

Y medicamentos de estrecho margen terapéutico 6.425 (8,1%) reenvasados: 1.975 Levotiroxina, 50 Digoxina, 4.100 Litio y 300 Acenocumarol.

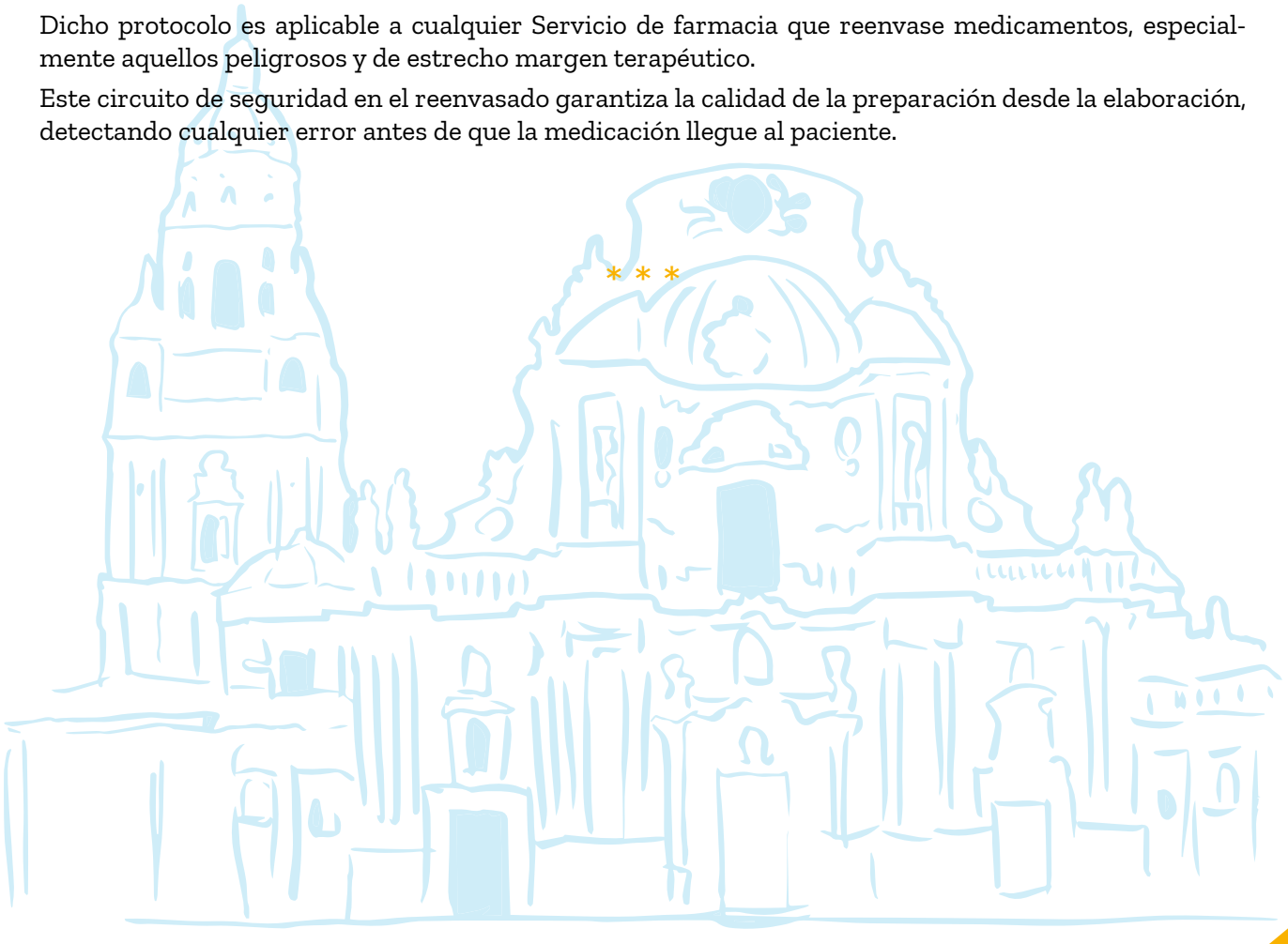
Se han detectado 45 (5,7%) incidencias en las preparaciones del año 2021: 41 roturas/error en la manipulación, 2 fechas caducidad incorrectas y 2 lotes erróneos.

CONCLUSIONES

Mejora de la seguridad en el proceso de control de calidad al establecer un check-list de comprobación y verificación obligatoria posterior a la elaboración de medicamentos reenvasados. Como principales limitaciones destacan: la necesidad de disponer de un técnico más en el área de reenvasado, lo que afecta a la organización de la plantilla teniendo que reestructurar la misma, y el aumento del tiempo que tarda la preparación en subir al Servicio correspondiente en caso de tener que reenvasar en el momento.

Dicho protocolo es aplicable a cualquier Servicio de farmacia que reenvase medicamentos, especialmente aquellos peligrosos y de estrecho margen terapéutico.

Este circuito de seguridad en el reenvasado garantiza la calidad de la preparación desde la elaboración, detectando cualquier error antes de que la medicación llegue al paciente.



C35

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIMIGRAÑOSOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MELGARES DE AGUILAR LÓPEZ, G.; CORREDOR MATEU, M.A.; ALONSO MARTÍNEZ, M.A.; SÁNCHEZ DÍAZ, A.; GARCÍA CORONEL, M.;
Hospital General Universitario Reina Sofía

OBJETIVO

Analizar la efectividad del programa multidisciplinar de atención a los pacientes con tratamiento de anticuerpos monoclonales antimigrañosos para conseguir la autonomía del paciente en la autoadministración del tratamiento y valorar su efectividad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional. El objeto de estudio es el tiempo que los pacientes han necesitado para alcanzar la autonomía en la administración de fármaco y la efectividad del mismo. Se han incluido todos los pacientes que han iniciado este tratamiento en la Unidad de Farmacia Hospitalaria desde la creación del programa multidisciplinar en abril de dos mil veinte.

Como fuente de información hemos tomado el formulario registro de episodios de migrañas (número de episodios y medicación de rescate), la historia clínica, el número de visitas que ha realizado el paciente y su avance en autoadministración del fármaco en cada una de ellas. Hemos recogido la siguiente información: cuantas visitas ha necesitado el paciente hasta lograr la autonomía y como ha ido evolucionando en su patología.

RESULTADOS

Desde abril de 2020 han recibido este tratamiento un total de 32 pacientes de los que han tenido que abandonarlo por ineficacia del mismo 5 pacientes (15,6%) o por deseo personal 3 pacientes (9,3%). Actualmente siguen con este tratamiento un total de 24 pacientes (75%).

En la primera vista se consiguió que se administraran la medicación 2 pacientes (6,25%); en la segunda visita 20 pacientes (62,5%); 2 pacientes (6,25%) necesitaron una tercera sesión de educación para la salud y únicamente tenemos un caso de una paciente (3,13%) que no desea administrarse el tratamiento por fobia a las inyecciones y continúa acudiendo a consulta cada veintiocho días para su administración por parte de los profesionales de enfermería.

En la tercera visita se valora el formulario de registro de episodios de migraña, ya que para que este tratamiento sea considerado efectivo las migrañas deben haber disminuido en un cincuenta por ciento; del total de pacientes que iniciaron este tratamiento solo lo abandonaron 5 de ellos (15,6%) por no cumplir este requisito. Antes de la tercera han declinado el tratamiento visita 7 pacientes (21,88%).

CONCLUSION

La colaboración entre diferentes profesionales sanitarios permite prestar, en el servicio de farmacia, una atención completa e integrada que favorece al paciente, consiguiendo así un mejor seguimiento y una mayor autonomía y adherencia al tratamiento.

El porcentaje de efectividad de los tratamientos de anticuerpos monoclonales antimigrañosos en nuestro centro sanitario es del 75%.

A través del programa multidisciplinar realizado en el Servicio de Farmacia se ha conseguido que todos los pacientes excepto uno (96,87%) consigan autoadministrarse el tratamiento en su domicilio.

C44

UTILIZACIÓN DE SOFTWARE COLABORATIVO COMO MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE FARMACIA

RAMOS GUARDIOLA, J.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; LUCAS RODRÍGUEZ, C.; VILLA MORENO, E.; ABELLÁN GUARDIOLA, L.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.
Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao"

INTRODUCCIÓN

En un servicio de farmacia (SF), al igual que en una empresa, se genera mucha información que el equipo debe conocer y compartir de manera inmediata, para no contribuir a la aparición de potenciales errores de medicación que puedan alcanzar al paciente. Por otro lado, existe un interés creciente por incorporar herramientas digitales y nuevas tecnologías aplicadas al sector sanitario. Las herramientas de software colaborativo facilitan el trabajo en grupo, mejorando su rendimiento, y facilitando la comunicación para un trabajo más eficiente dentro del equipo.

OBJETIVO

Implementar un sistema de comunicación interna utilizando software colaborativo, que facilite la organización diaria del servicio de farmacia. Incorporar nuevas tecnologías que nos permitan avanzar hacia un entorno de trabajo 2.0.

MATERIAL Y MÉTODOS

Detectada la carencia de un sistema útil de comunicación entre los profesionales del servicio, y tras la formación pertinente del personal administrativo, se inició el desarrollo de una panel digital tipo PADLET© adaptado a las necesidades de un SF. Se puso en marcha un plan de formación con sesiones semanales dirigidas al resto de trabajadores, y se estableció un período de prueba, durante el cual se fueron recogiendo sugerencias de todos los profesionales implicados (farmacéuticos, enfermeras y técnicos en farmacia). Al mismo tiempo, tras la adquisición corporativa de la suscripción a Office 365©, y para hacer posible su utilización dentro de la organización, se fueron actualizando los usuarios y contraseñas de todos los trabajadores, independientemente de su categoría profesional. Se fueron diseñando nuevas herramientas en formato Excel para ser empleadas en las diferentes áreas de trabajo por varios usuarios de manera simultánea.

RESULTADOS

Con PADLET© se ha diseñado un panel informativo como relevo diario del servicio, donde comunicar y consultar la última información sobre las principales áreas del servicio, y donde se incluyen, además de toda la información relevante (nuevos fármacos, roturas de stock, desabastecimientos, alertas...), los enlaces a los documentos compartidos para trabajo colaborativo e incluso imágenes aclaratorias. La herramienta está disponible para su consulta y/o modificación en la red a través de cada ordenador, pero también se puede descargar, de forma voluntaria, en el móvil personal de cada miembro del equipo, de manera que, la información esté disponible de manera inmediata para su consulta en cualquier momento y lugar. Tras las sesiones de formación, todas las herramientas se comparten y utilizan en diferente medida, por todos los trabajadores del servicio a diario, independientemente de su puesto y/o perfil profesional. Mediante Office 365 se han diseñado 5 herramientas colaborativas en formato Excel específicas para: la gestión de tareas de farmacotecnia y sala blanca, gestión de stock, dispensación en dosis unitaria, control de hemoderivados y control de caducidades.

CONCLUSIONES

La utilización de software colaborativo, ha permitido establecer un sistema de comunicación interna en tiempo real entre los trabajadores, para mejorar así la operatividad, calidad y seguridad ofrecida diariamente dentro de la organización. Con la implementación de estas herramientas, ha sido posible eliminar el registro en papel de gran parte de nuestras tareas, e incluir nuevas tecnologías, que adaptadas al sector sanitario, contribuyan a lograr un servicio de farmacia más avanzado digitalmente.

* * *

C48

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

GARCÍA GUTIÉRREZ, S.; SALAR VALVERDE, I.; MARTÍNEZ ALCARAZ, A.C.; BELMONTE CÁRCELES, T.; AGUADO COSTA, M.; MORALES ALMAGRO, L.
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

OBJETIVOS

Establecer un procedimiento de reciclaje de residuos sólidos en un servicio de farmacia hospitalaria (SF), identificando materiales a reciclar, ubicaciones donde se producen, y selección de contenedores adecuados. Como objetivo secundario realizar una estimación inicial de la cantidad de material reciclable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Según Plan PITeco del SMS, se consultó a la empresa de recogida de residuos el tipo de material que pueden recoger y el tipo de contenedores disponibles. Se revisaron los circuitos y flujos de productos en el SF para localizar donde se genera cada tipo de residuos y seleccionar el tipo y ubicación de contenedores.

Para estimar la cantidad de vidrio reciclable se pesaron (balanza modelo 799 SECA GMBH) los residuos recuperados en 4 días seguidos, extrapolándose esa cantidad a un año, según registros de elaboración del SF.

RESULTADOS

Identificamos los siguientes residuos y ubicaciones donde se producen y se asignaron los siguientes contenedores:

PAPEL (Sin información confidencial)/CARTÓN: Almacén y recepción de gran volumen; jaulas

Armarios rotativos, zona de reenvasado, zona administrativa; Contenedores de plástico de dos ruedas AZUL, capacidad 110 L

Despachos; contenedor cartón 100 L AZUL

ENVASES, BRIKS, LATAS, PLÁSTICO (NO contaminado por material biológico, antibióticos, citostáticos o productos químicos contaminantes (pictogramas en el etiquetado)

Estar de personal, almacén; contenedor de dos ruedas, 110 L, AMARILLO

Laboratorio; contenedor cartón 100 L AMARILLO

VIDRIO (NO contaminado por material biológico, antibióticos, citóstaticos o productos químicos contaminantes (pictogramas en el etiquetado).

Laboratorio, estar de personal; contenedor de cartón, 110 L (VERDE)

Se ha calculado que por cada nutrición parenteral de adulto podemos recuperar aproximadamente 1 kg de vidrio. Dado que se preparan un promedio de 8,25 nutriciones al mes podemos generar una cantidad de 99 kg de vidrio/año. Cómo se estima que 1 kg de vidrio reciclado evitamos emitir a la atmósfera 300 g de CO2, en un año reduciríamos las emisiones en 29,7 kg

CONCLUSIÓN

Se ha establecido un procedimiento que facilita, al situar los contenedores cerca de donde se producen, reciclar un material que antes se perdía. La cuantificación del mismo está pendiente de hacer salvo en el caso del vidrio.

* * *

C54

IMPLANTACIÓN PROCEDIMIENTO DE ETIQUETADO DATAMATRIX EN CITOSTÁTICOS INTRAVENOSOS

MARTÍNEZ LAJARÍN, F.; ALVAREZ MORENO, I.M.; VALERA GÓMEZ, A.; BERNAL HERRERO, J.M.; MARTÍNEZ AMANTE, M.D.; ALONSO DOMINGUEZ, M.T.
Hospital Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO

Implantación del procedimiento de etiquetado de datamatrix de citostáticos intravenosos, para la posterior identificación por el sistema ePASE® (Preparación Asistida Segura Eficiente) del programa Farmis_Oncofarm® (Programa de prescripción y validación electrónica de citostáticos) con el fin de mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en un Hospital de segundo nivel.

MATERAL Y MÉTODOS

Proyecto de creación e implantación, del procedimiento de etiquetado de datamatrix de los citostáticos intravenosos adquiridos del laboratorio, que no vienen etiquetados

CIRCUITOS

1. El TAF (técnico auxiliar farmacia) comprobará que el medicamento se encuentra en el listado de medicamentos a reetiquetar. Para reetiquetarlo, se procederá al registro del lote y caducidad en el programa Farmis_Oncofarm® En el caso de citostáticos extranjeros, aquellos que vengan con diluyente, la pegatina con código extranjero se pondrá en todas las cajas y los que vengan sin diluyente, sólo se pondrá la pegatina en una de las cajas de todo el lote.

2. Registro de lote y caducidad. El TAF de recepción, a través del programa Farmis_Oncofarm® comprobará el lote del fármaco. Si el lote ya esté registrado, se realizará la entrada. En el caso de que no lo esté, se registrará y se le dará la entrada.

3. El TAF de reenvasado seleccionará la presentación y lote e indicará el número de unidades.

4. Pegado de etiquetas datamatrix: Al tratarse de medicamentos peligrosos, la manipulación de los mismos se llevará a cabo con un equipo de protección individual (EPI). Si los medicamentos que requieran conservación en frío tendrán prioridad a la hora del etiquetado y volverán a la nevera una vez finalizado,

hasta su validación. Se etiquetan todos viales, y una pegatina se pegará en la hoja de registro y validación correspondiente. Sólo los fármacos que lleven diluyente, volverán a su caja. Del resto de medicamentos, sólo se guardará una caja por cada lote para su validación. Los medicamentos etiquetados, del mismo lote, se meterán en una bolsa trasparente; cerrada, en grupo de 10 unidades, para su transporte. Cada bolsa tendrá una pegatina amarilla, con el lote y caducidad.

5 Validación y traslado: El farmacéutico, comprobará el etiquetado a través de la hoja de validación, donde quedará reflejado: fecha, número de viales, pegatina datamatrix (nombre, lote, caducidad y código nacional), firma del TAF y farmacéutico. Una vez validadas, se realizará una foto, de la pegatina y envase secundario, para la corroboración del lote y caducidad. La validación se realizará a lo largo de la mañana, según demanda, para que a última hora de la jornada se encuentren validados y preparados para su transporte a la sal blanca. La medicación de nevera, tendrá prioridad en la validación y traslado.

RESULTADOS

Desde febrero del 2021 se procede a la implantación de tecnología datamatrix a través del Farmis_Oncofarm®. Entre febrero-diciembre 2021 se han elaborado en el Servicio de Farmacia 23139 unidades totales de 1586 medicamentos, con un promedio de 2103 unidades de 144 medicamentos al mes. De los medicamentos etiquetados en un, 1,3% del total, se encontró algún error (lote o caducidad) durante el proceso de la validación, afectando a 236 unidades, lo que supone un 1,01% total.

CONCLUSIONES

La identificación por código datamatrix es una medida de seguridad que se puede aplicar de manera sencilla con el fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente

* * *

C57

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES. IMPACTO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DEL TÉCNICO DE FARMACIA

CELMA MARTÍNEZ, A.; MUÑOZ CELDRÁN, D.; ORTEGA SÁNCHEZ, L.; ALEDO MARTÍNEZ, J.; GARCÍA IBORRA, M.E.; CHICA MARCHAL, A.M.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

La introducción en el Servicio de Farmacia del sistema automatizado (SA) para la elaboración de nutrición parenteral (NP) supone una adaptación del Técnico de Farmacia (TF) al nuevo sistema de trabajo, diferente del sistema manual (SM)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en 1 día. Se comparan diferencias en el trabajo de preparación de elaboración de NP del TF con SA y SM. Se realiza recopilación y comparación de protocolos de trabajo con ambos sistemas. Se analizan diferencias en tiempos de preparación de cabinas de flujo laminar horizontal (CFLH), tiempo de preparación de componentes, peso transportado para NP adultos y pediátricas, cantidad de material fungible (jeringas de distinto volumen, filtros, agujas...) y número de referencias distintas de componentes utilizados. Para recogida de datos se utiliza programa Excel®

Procedimiento SA: Se utilizan 2 CFLH; en una de ellas se ubica el SA para la elaboración de NP y en la otra se coloca el material necesario. El TF pone en un carro de transporte el material fungible y componentes de las mezclas según plantilla donde se establecen las cantidades mínimas a preparar, comprobando la uniformidad de lotes para facilitar su trazabilidad. Tras desinfección, se introduce en CFLH el material necesario, así como la bolsa de NP para su etiquetado y verificación con lector del SA

Procedimiento SM: La preparación de NP se realiza en bateas individuales, enumeradas según orden de elaboración. Se anotan lotes de componentes en hoja a tal efecto y se transportan manualmente hasta CFLH; la bolsa de NP es etiquetada tras la elaboración

En ambos sistemas de trabajo, una vez elaborada la NP y comprobado que las etiquetas y bolsa fotoprotectora coinciden con datos del paciente, se adjunta documento suministro y se dispensa; los controles microbiológicos de las NP seleccionadas se cursan mediante petición informatizada

RESULTADOS

Se elaboran 24 NP (12SA y 12SM) 20 adultos y 4 pediátricas. Tiempo de preparación CFLH: SA 11min 25s y SM 10min 38s; tiempo de preparación carro (SA) 381s (solo se prepara una vez); tiempo medio de preparación por batea: 79,12s (±21,94) adulto y 60,79s (±1,61) pediátrica; peso de componentes en el carro preparado (SA): 42Kg; peso medio por batea 4,32Kg (± 0,57) adultos y 2,51Kg (±0,04) pediátrica; material fungible de SA: 55unidades y SM 124unidades; número de referencias de componentes SA 16unidades y SM 28unidades

CONCLUSIONES

- Existe una reducción en el tiempo de preparación de los componentes de elaboración de NP
- La fatiga de trabajo mejora con el SA al utilizar un carro para el transporte de todos los componentes de las NP a diferencia del traslado en bateas individuales en SM, que supone un aumento del esfuerzo físico
- Se reduce la cantidad de material fungible empleado en SA
- Son menos las referencias de componentes en SA por lo que la necesidad de reposición se minimiza y aumenta el espacio de almacenaje
- No existe posibilidad de error de etiquetado de NP al utilizar el etiquetado previo y posterior comprobación con lector
- No existe diferencia en el tiempo de preparación de CFLH

* * *

C62

REINVENTANDO LA COMUNICACIÓN EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS: NUEVAS BARRERAS, UN RETO

RUPPMANN TOBELLA, H.; LOZANO BAUDET, P.; PÉREZ LLANOS, F.; MASIP TORNER, M.
Hospital Santa Creu i Sant Pau

OBJETIVO

La pandemia del 2020 ha representado un cambio en el paradigma de la comunicación entre el paciente y el personal sanitario. En la unidad de pacientes externos (UPE), los primeros profesionales sanitarios que contactan con el paciente son los técnicos de farmacia, por lo que sus habilidades comunicativas

son fundamentales para una adecuada atención al paciente. En nuestro servicio atendemos diariamente entre 150-200 personas, lo que implica una individualización del proceso comunicativo en cada una de ellas. Por ello se requiere una formación continuada del personal técnico en entrevista clínica.

El objetivo de este estudio fue analizar los cambios producidos en la comunicación con el paciente debido a la situación epidemiológica desde el año 2020 y describir las medidas implantadas para garantizar una comunicación efectiva.

MÉTODOS

Durante los meses de marzo y abril del 2021, el equipo de la UPE de un hospital docente de tercer nivel analizó cualitativamente el impacto de las medidas de protección implementadas desde el inicio de la pandemia en el proceso comunicativo con los pacientes. En base a dicha valoración, se realizaron propuestas de mejora para adaptarse al nuevo escenario

RESULTADOS

Se identificaron las siguientes barreras físicas: mamparas transparentes, mascarillas, distancia de seguridad, mayor susceptibilidad al ruido ambiental en las zonas de trabajo. También se evidenciaron barreras de tipo emocional: miedo al contagio, labilidad ante la situación de pandemia y sentimiento de desamparo. Por todo ello, el proceso de comunicación se vio altamente afectado, dificultándose e incluso perdiéndose en ocasiones la comprensión del mensaje de forma bidireccional.

Considerando estas limitaciones en la comunicación con el paciente, se establecieron los siguientes recursos verbales y no verbales para facilitar el acto comunicativo:

-Refuerzo del contacto visual (lo que dicen nuestros ojos).

-Observación de la expresión facial alrededor de la mascarilla, de la respiración y del lenguaje postural para comprender el estado del paciente.

-Evaluación de las dificultades en la comunicación verbal manifestadas por el paciente: esfuerzos en el tono, ritmo, dificultades en la escucha que requieren una adaptación por parte del profesional como cierto acercamiento físico al paciente y mejorar las condiciones ambientales.

-Estrategias de concentración para no perder la atención: evitar las interrupciones y el ruido ambiental (limitación del número de pacientes y/o acompañantes dentro de la UPE), aumentar el tono de la voz y la claridad del habla, acompañar el mensaje verbal con el paralenguaje adecuado (gestos, mirada, postura).

- Mantener la empatía y la escucha activa.

-Cambiar el momento, el lugar y el medio si fuera necesario para asegurar que la comunicación sea efectiva y afectiva.

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la pandemia, se han establecido barreras comunicativas en la UPE que han supuesto un reto para lograr una comunicación fluida entre el equipo de técnicos de farmacia con los pacientes. Es indispensable una formación continuada para adaptar las aptitudes comunicativas a cada situación.

* * *

C63

INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL FARMACÉUTICO DURANTE LA VALIDACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

CARPENA RODRÍGUEZ, A.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.; LLOPIS FERNÁNDEZ, M.; TOMÁS LUIZ, A.; SÁNCHEZ TERUEL, M.F.;
Farmacia Ucam/Hellín /Virgen del Castillo

OBJETIVOS

Analizar y describir las intervenciones realizadas durante la validación de la prescripción farmacológica electrónica de los pacientes que ingresan en el hospital y comprobar su grado de aceptación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un registro prospectivo durante un mes. Se registraron todas las intervenciones realizadas por el farmacéutico en la validación de la prescripción electrónica y se comprobó el grado de aceptación por parte de los clínicos. Las intervenciones se clasificaron en ocho grupos: duplicidad terapéutica, errores en la dosis, la frecuencia o la vía de administración, alergias, medicamento no justificado, ajuste de dosis por insuficiencia renal, omisión de un fármaco, sustitución por fármaco incluido en GFT y adecuación de presentación.

RESULTADOS

Se analizó la prescripción de 1.423 tratamientos. Se realizaron un total de 116 intervenciones, siendo aceptadas 101. Se recogieron 60 intervenciones de adecuación farmacéutica, todas aceptadas. De las 56 intervenciones restantes, se aceptaron 41 (73,21%). Estás se distribuyeron de la siguiente manera: 11 intervenciones de duplicidad terapéutica, siendo aceptadas 10 (90,90%); 13 de errores en dosis, frecuencia o vía de administración, siendo aceptadas 10 (76,92%); 1 de alergias, que fue aceptada; 9 de medicamentos no justificados, siendo aceptadas 6 (66,67%); 7 de sustitución por fármaco incluido en GFT, siendo 5 (71,42%) aceptadas; 12 de ajuste renal, siendo aceptadas 8 (66,67%); y 3 de omisión, sólo una (33,3%) aceptada.

CONCLUSIONES

Las intervenciones realizadas fueron aceptadas en un porcentaje alto, lo que pone de manifiesto la importancia de la validación farmacéutica. Es destacable por su frecuencia, las intervenciones por duplicidad terapéutica, así como las intervenciones de errores en dosis, la frecuencia o la vía de administración. El elevado número de intervenciones de adecuación farmacéutica realizadas indican que sigue siendo necesario desarrollar la aplicación para que estos cambios se realicen de forma automática.

* * *

C66

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN

LOZANO BLEDA, V.; SÁNCHEZ CATALICIO, M.M.; MUÑOZ CELDRÁN, D.; MOYA ABRIL, R.; GONZÁLEZ MARTOS, A.; FREIRE MORENO, M.
Hospital Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

Describir y cuantificar las funciones del técnico de farmacia dentro del área de elaboración en un Servicio de Farmacia de un Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las diferentes funciones del técnico de farmacia hospitalaria en el área de nutrición parenteral, mezclas intravenosas y reenvasado. Para ello, se revisaron los procedimientos de trabajo de la ISO9001 descritos en el Servicio de Farmacia relacionados con las 3 áreas de elaboración descritas anteriormente. Los datos recogidos fueron los siguientes: número de funciones totales y del técnico de farmacia (TF).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron: 13 funciones en el área de nutrición parenteral, de las cuales 7 (53,84%) son realizadas por el TF (recepción de la hoja de elaboración , preparación de la medicación por paciente ,etiquetado, acondicionamiento secundario , mantenimiento del material sanitario, reposición de materiales fungibles y limpieza de las campanas);10 en reenvasado, de las que 8 (80,00%) tareas las realiza el TF (reenvasar medicamentos, incluyendo citostáticos y peligrosos, identificación del blíster con lote, caducidad, nombre comercial, principio activo etc., registro de la hoja de control , registro de la estadística del reenvasado de citostáticos, archivo de todo el proceso, elaboración de la hoja de prioridad del reenvasado , ubicación de los medicamentos y limpieza de la reenvasadora); 14 funciones registradas en el área de mezclas intravenosas, siendo 7 (50,00%) las que desempeña el TF (recepción de la hoja de elaboración , preparación de los medicamentos, etiquetado, acondicionamiento de los materiales fungibles y los principios activos, acondicionamiento de la sala de elaboración, reposición del material , limpieza de campanas.

CONCLUSIÓN

Con este estudio se da visibilidad a las funciones que realiza el técnico de farmacia y al papel importante que tiene en el desarrollo y buen funcionamiento en el área de elaboración de un Servicio de Farmacia Hospitalaria , lo que puede contribuir a mejorar la calidad y que el farmacéutico pueda realizar funciones más clínicas.

* * *

C68

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS LLEVADA A CABO POR UN TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; GARAY MARTÍNEZ, A.; DE GOROSTIZA FRÍAS, I.; GUIRAO PÉREZ, A.J.; GALLEGO MARTÍNEZ, M.P.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVO

La principal función del Técnico de Farmacia (TF) en el área de pacientes externos (PE) es atender y dispensar la medicación de pacientes sin cambios en sus tratamientos, participa en la revisión, seguimiento y comprobación de la posología de los tratamientos prescritos, y puede detectar e informar al farmacéutico de la aparición de efectos y reacciones adversas, contribuyendo a agilizar, focalizar y priorizar la atención farmacéutica. El objetivo del estudio es valorar la calidad humana y técnica percibida por los pacientes de las dispensaciones realizadas por el TF utilizando una encuesta de satisfacción diseñada específicamente para este ámbito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio de Farmacia Hospitalaria de un Hospital de Tercer Nivel Asistencial en febrero de 2022, en el que se incluyeron los PE atendidos en dispensación ambulatoria por un TF. En enero de 2022 se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED incluyendo términos en el tesauro (Medical Subject Headings): Técnico de Farmacia; Encuestas de salud; Satisfacción del paciente; Pacientes externos; Farmacia hospitalaria. Se realizó una encuesta de satisfacción específicamente para PE. Se dividió en dos bloques; el primero recoge datos demográficos, y el segundo recoge datos humanísticos relacionados con el trato ofrecido por el TF y datos técnicos relacionados con las competencias y formación del TF. Aparecen un total de 10 preguntas cerradas, pudiéndose responder mediante una escala de Likert del 1=muy insatisfecho al 5=muy satisfecho, al final de este bloque se añadieron dos apartados abiertos de "Sugerencias de mejoras" e "inconvenientes". Una vez finalizadas y autorizadas, se pasaron a los PE durante una semana, indicándoles que el cuestionario era anónimo y voluntario, y una vez rellenado debían depositarlo en una caja localizada en el mostrador para garantizar la confidencialidad.

RESULTADOS

De las 22 encuestas recogidas, dos se anularon por obtener respuestas simultaneas en la misma pregunta. De las restantes, en los datos demográficos: 30% hombres, 30% mujeres y un 40% no respondió. El 26,66% tenía entre 19-40 años, 13,33% entre 41-65 y el 60% no contestó. El 40% no indica el tiempo que lleva un TF dispensándole, 9,99% la primera vez, 19,99% ≤ de 1año y el 30% ≥ a 5 años. El 50% trabaja, el 30% no y el 20% no lo especifica. El 9,99% vive solo, el 59,99% acompañado y el 30% no contestó.

En el ámbito humanístico: el 13,33% muy insatisfecho, 23,33% normal, 10% satisfecho, 53,33% muy satisfecho. En el ámbito técnico, el 14,14% muy insatisfecho, 2,02% insatisfecho, 19,19% normal, 4,04% satisfecho y un 60,06% muy satisfecho. En la satisfacción global el 50% **muy satisfecho**, 20% **satisfecho**, 20% **normal** y un 10% **muy insatisfecho**.

En los apartados abiertos reprochan los tiempos de espera y menciones positivas al TF sobre nuestra labor.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los encuestados manifiestan estar entre satisfechos y muy satisfechos con la labor del TF tanto en los ámbitos humanístico (63%) y técnico (64%), como en el global (70%).

Destaca la escasa aportación de datos demográficos de los encuestados: sexo (40%), edad (60%), tiempo de dispensación TF (40%), situación laboral (20%) y situación social (30%).

El tiempo de espera sigue siendo el principal aspecto negativo manifestado por los pacientes.

* * *

C69

COORDINACIÓN ENTRE FARMACIAS PARA LA ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES OFTALMOLÓGICAS

VELARDO MONTES, M.; RODRÍGUEZ REYES, M.; LEAL JARA, M.; GUTIÉRREZ VILANOVA, M.D.; PÉREZ VERA, J.L.; SOY MUNER, D.
Hospital Clínic de Barcelona

OBJETIVOS

Muchos tratamientos oftalmológicos requieren ser preparados de forma centralizada en el servicio de farmacia por no disponer de una presentación ocular comercializada. En nuestro caso, la farmacia que dispensa la fórmula magistral oftalmológica (FMO) al paciente y la farmacia que la elabora se encuentran en edificios separados, lo que complica la logística del proceso.

El objetivo es establecer un circuito que garantice una atención correcta y eficiente al paciente que se encuentra en tratamiento con una FMO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un circuito en el que participan tanto técnicos de farmacia como farmacéuticos y que se compone de las siguientes etapas:

1. Los pacientes acuden a la farmacia dispensadora con la receta, la cual es escaneada y enviada a la farmacia elaboradora.
2. Se programa la recogida de la FMO en un calendario electrónico compartido entre ambas farmacias.
3. Cada día se consulta el calendario para saber qué FMO se deben preparar y dispensar. Si el paciente está en tratamiento con más de una, se intentan agrupar sus dispensaciones en base a la estabilidad de las FMO para reducir el número de traslados del paciente al hospital.
4. Las FMO se envían a la farmacia dispensadora mediante un mensajero que mantiene la cadena de frío.
5. Si el paciente no acude a la recogida, se contacta con él para recordarle que tiene programada una dispensación.
6. Cuando se dispensa la FMO, se proporciona al paciente información sobre sus medidas de conservación, la fecha de caducidad y las instrucciones para su administración.
7. En la primera recogida se proporcionan acumuladores de frío para que el preparado mantenga la temperatura adecuada hasta que el paciente lo pueda almacenar en nevera. Se le aconseja que para las siguientes dispensaciones se provea de una nevera portátil que facilitará el transporte de la FMO.

8. Se anota la fecha de próxima recogida en base a la estabilidad del preparado en el calendario compartido y en una tarjeta informativa que se entrega al paciente.
9. Se registran en otro calendario las visitas médicas planificadas y se revisa el curso clínico del paciente cuando tiene la visita para saber si debe seguir recibiendo el tratamiento, esto evita la elaboración de FMO que ya no necesita el paciente.
10. La información de las dispensaciones queda archivada posibilitando que en cualquier momento se pueda revisar si el paciente es adherente al tratamiento.

RESULTADOS

Este proceso lleva implantado 6 años y durante este tiempo se han elaborado y dispensado más de 3.300 FMO.

Desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021 se han elaborado y dispensado FMO a 45 pacientes (51,1% hombres, edad media: 62,6 ±18,0 años), lo que corresponde a 550 dispensaciones. Se dispensaron los siguientes colirios: interferón alfa-2b a 14 pacientes, anfotericina B a 13 pacientes, clorhexidina a 7 pacientes, tacrolimus a 6 pacientes, ganciclovir a 4 pacientes y los 4 pacientes restantes recibieron tratamiento con colirio de pilocarpina, voriconazol, insulina y fluorouracilo respectivamente.

De estos 45 pacientes, 22 recibieron FMO durante menos de 3 meses, 11 estuvieron en tratamiento entre 3 y 12 meses, 3 recibieron tratamiento durante más de 12 meses y 9 siguen actualmente en tratamiento.

CONCLUSIONES

Con el actual procedimiento se ha logrado optimizar la coordinación entre la farmacia elaboradora y la farmacia dispensadora, asegurar un servicio de calidad para el paciente y garantizar un correcto seguimiento del tratamiento.

* * *

C70

PAPEL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES Y FORMULAS MAGISTRALES DOMICILIARIAS

PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; GARAY MARTÍNEZ, A.; SALMERÓN MARÍN, J.; GIL ALMELA, J.; PELLICER FRANCO, C.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVO

En el servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) dentro de las áreas de Nutrición Parenteral (NP) y Farmacotecnia, de un Hospital de Tercer Nivel Asistencial, ante la actual situación de pandemia, se han visto obligados a implantar un circuito para la dispensación de las NP y Formular Magistrales (FM) domiciliarias a través del servicio de enlace entre hospitales o empresa de transporte externa. El objetivo del presente trabajo es describir las tareas específicas del Técnico de Farmacia (TF) en el circuito de dispensación de NP y FM domiciliarias desde el servicio de farmacia, a través de enlace o empresa de transporte.

MATERIAL Y MÉTODOS

En junio de 2020, ante la situación de confinamiento debido a la pandemia, se actualizó el circuito de dispensación de NP y FM a domicilio del paciente, para ello el personal TF, junto con el personal de enfermería y farmacéutico responsable del área revisaron los procesos implicados en la elaboración y control de calidad de la NP y FM.

RESULTADOS

Funciones del TF en el circuito de envío a domicilio de NP y FM:

1º Una vez elaboradas y realizado el control de calidad mediante check-list (doble chequeo) de las NP por el personal de enfermería, el TF las embolsa individualmente con su bolsa fotoprotectora dentro de la sala blanca.

2º Comprueba el nombre del paciente y la cantidad de nutriciones con las hojas de control de dispensaciones entregadas por el farmacéutico responsable, identificándose con su nombre y firma para asegurar la trazabilidad del producto.

3º Se unifican las NP que pertenezcan al mismo paciente en bolsas identificadas con el nombre.

4º En este momento si hay alguna preparación de farmacotecnia incluida en la hoja de control de dispensación se incluirá en la bolsa correspondiente.

5º A continuación, las NP y FM se entregan al TF volante responsable en el área de unidosis, el cual las volverá a comprobar, y las introducirá en las neveras transportadoras identificadas con los datos del paciente y la dirección de envío.

6º Por último, se entregan al enlace y/o empresa transportadora junto a una de las hojas donde especifica el contenido de las neveras y el TF se queda con otra firmada por el enlace y/o transportista para su posterior archivado.

Se estableció la recogida cuatro días a la semana antes de las 12h de la mañana, los lunes y jueves realiza la recogida la empresa externa para su entrega a pacientes de otras áreas sanitarias y los martes y viernes el enlace del hospital entrega en domicilios cercanos al hospital.

De Junio 2020 – Diciembre 2021 se incluyeron 7 pacientes, y se han dispensado con este circuito un total de 1.173 NP, lo que ha supuesto una media de carga adicional de 6-8 NP/día, 102 FM no estériles y 540 redosificaciones estériles.

CONCLUSIONES

Las diferentes áreas de fabricación de un SF implican el trabajo multidisciplinar de todo el personal que lo constituye.

Destacar la compenetración entre TF de distintas áreas de la FH, con el fin de asegurar la trazabilidad y calidad del producto farmacéutico lo que aumenta la seguridad del paciente al realizar sucesivas comprobaciones de que se entrega el medicamento y cantidad indicada.

Este nuevo circuito se le ha dado continuidad al quedar establecido la dispensación domiciliaria de la medicación a paciente externo en el Servicio Murciano de Salud.

* * *

C75

EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN MICROBIOLÓGICA AMBIENTAL DEL ÁREA DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES ESTÉRILES

LESTA DOMENE, C.; MARÍN ROMERO, A.; MARTÍN DEL PUEYO, A.; FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, N.; JUNCOS PEREIRA, R.; BALLESTEROS CABAÑAS, G.
Hospital Clínic de Barcelona

OBJETIVO

Evaluar los resultados obtenidos y el grado de seguimiento del protocolo de monitorización microbiológica de las zonas de preparación de productos estériles implantado por el servicio de farmacia, conforme a las recomendaciones de la Guía de buenas prácticas de preparación del Ministerio de Sanidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La dificultad de realizar controles microbiológicos sobre el producto acabado crea la necesidad controlar y de monitorizar el entorno de trabajo. Sobre los resultados de los controles establecidos realizamos un estudio observacional retrospectivo de cuatro años de duración.

El protocolo de monitorización microbiológico de salas blancas de nuestro hospital establece un control ambiental mensual de las salas blancas, estático mediante placas de sedimentación abiertas —Agar triptona soja (TSA) y Sabouraud— y dinámico del que se encargan los técnicos de Medicina Preventiva (MP). Control de superficies mensual mediante placas de contacto Rodac® con TSA en los puntos establecidos de las salas. En el caso del robot de preparación de citostáticos, las muestras de superficie se toman con hisopos por su estructura irregular y de difícil acceso. Control del personal manipulador semanal y aleatorio, mediante el análisis de huella dactilar de los guantes en una placa con TSA.

Los técnicos se encargan de la obtención de muestras y las farmacéuticas realizan el control de guantes, la lectura de las placas y el registro de los resultados totales. Las placas se incuban en la Farmacia. Los hisopos se llevan al laboratorio de Microbiología para su análisis. En el caso de un resultado fuera de especificaciones, el protocolo indica el procedimiento a seguir.

Se analizan los resultados obtenidos en los últimos cuatro años, y el grado de seguimiento a las frecuencias establecidas en el procedimiento.

RESULTADOS

Durante los años 2018, 2019, 2020 y 2021 se realizaron 2.055 análisis: 626 tomas de control ambiental, 1.313 de superficies, 116 tomas de los dedos de guantes del manipulador.

El 96% de las muestras cumplían especificaciones según la zona y tipo de muestra. En 6 ocasiones en el periodo estudiado los resultados obligaron al cierre puntual o temporal de la sala.

Respecto al seguimiento del protocolo, el cumplimiento es superior al 90 % en el control ambiental y de superficies los cuatro últimos años y del 44% en el control del personal manipulador.

CONCLUSIONES

La monitorización ambiental es necesaria para asegurar un entorno de trabajo adecuado, detectar y corregir posibles contaminaciones de forma temprana.

El seguimiento del grado de cumplimiento permite detectar aquellos puntos más débiles e implantar medidas de mejora.

* * *

C84

SISTEMA DE PETICIONES URGENTES DE MEDICACIÓN Y ENVÍO POR TUBO NEUMÁTICO A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POR EL TÉCNICO DE FARMACIA

ÁLVAREZ MORENO, M.C.; PÉREZ ANDREU, L.; GARAY MARTÍNEZ, A.; VILLA CARPES, J.; SALMERÓN MARÍN, J.; NAVARRO SAÉZ, R.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

En el Servicio de Farmacia de un Hospital de Tercer Nivel Asistencial, dentro del área de dispensación en dosis unitarias, ante el continuo crecimiento y demanda asistencial hospitalaria, se necesitó una nueva organización en la dinámica de trabajo del Técnico de Farmacia (TF) en el puesto que se encarga de los envíos de las peticiones urgentes de medicación, denominadas cestas, a través del sistema de Tubo Neumático (TN).

El objetivo de este estudio consiste en describir la nueva disposición del sistema de envíos de cestas urgentes de medicación demandadas desde las distintas Unidades de Hospitalización (UH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras la implantación del aplicativo SAVAC FARMA® en el área de dispensación al paciente ingresado, se organizó y redactó dentro de sus tareas, el nuevo procedimiento a seguir por el TF en cuanto a envíos de cestas urgentes de medicación. Para ello se empleó un Sistema Semiautomático de Dispensación Vertical (SSADV) junto con su sistema operativo Mercurio®-Grifols. A través del sistema operativo MIRA® que utilizan en las UH para la petición de las cestas urgentes, llega la información a una etiquetadora GODEX que identifica la petición por paciente y se hace uso del sistema de TN mediante aire comprimido para el envío.

Esta petición y envío de medicación urgente viene de la necesidad de cubrir medicación no contemplada en el envío preestablecido desde el SF, implicando UH no incluidas en el circuito de unidosis, medicación fuera del circuito de dosis urgentes y contratiempos surgidos en las UH.

RESULTADOS

Organización del trabajo:

1. A primera hora de la mañana el TF encargado del envío de medicación por el TN borra de la pantalla del SSADV en MERCURIO® las peticiones del día anterior que pudieran haber hecho desde las UH ya que, desde las 21:30h del día anterior hasta las 8:00h de la mañana siguiente, no se sirve nada a través del TN.
2. A partir de ese momento a través de MIRA®, las distintas UH realizan peticiones de cestas urgentes de medicación, las cuales se ven reflejadas en la pantalla de MERCURIO® del SSADV y en las etiquetas que van saliendo por la impresora GODEX, con la identificación completa del paciente, medicamento y servicio al que deben ir destinadas.
3. Con la ayuda del enfermero de unidosis se comprueba que la medicación pedida corresponde al paciente descrito en la etiqueta y que la dosis y pauta que piden es la correcta.
4. Una vez comprobado esto se ejecuta en MERCURIO® y se dispensa desde el SSADV, se embolsa, comprobando paciente y medicación pedida, se identifica la bolsa con la misma etiqueta y se envía a través del sistema de TN marcando la extensión que cada planta tienen definida.
5. En el caso de medicación que no cabe en el TN se hace una llamada a la UH para que desde allí vengan a recogerla.

CONCLUSIÓN

Esta nueva estructura del sistema de envíos por cestas urgentes a través de MIRA® ha mejorado la dinámica diaria del TF en el puesto de TN, consiguiendo menor carga de trabajo, mayor seguridad con la impresión en GODEX de todos los datos identificativos del paciente y medicación por petición, haciendo que sea más fácil la comprobación y más eficaz. La petición de cesta urgente desde MIRA® directamente al SSADV supone una respuesta rápida hacia las demandas que realizan las UH a diario.

* * *

C85

MEJORAS PARA EL TÉCNICO DE FARMACIA CON EL APLICATIVO SAVAC FARMA® EN RELACIÓN A ENVÍO DE BOLSAS DE MEDICACIÓN EN HORAS DEFINIDAS

ÁLVAREZ MORENO, M.C.; PÉREZ ANDREU, L.; GARAY MARTÍNEZ, A.; VILLA CARPES, J.; MARTÍNEZ MORENO, A.; GUIRAO PÉREZ, A.J.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Los Servicios de Farmacia Hospitalaria están en continua actualización y, ante el aumento de la demanda asistencial hospitalaria, precisan de nuevas organizaciones en el flujo de trabajo de los Técnicos de Farmacia (TF) con el fin de ofrecer servicios cada vez más ágiles y garantizar la seguridad al paciente.

El objetivo de este estudio es describir cómo se organizan las tareas del TF en el área de pacientes ingresados, en relación a la dispensación y envío de medicamentos mediante bolsas en horas definidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el área de dispensación al paciente ingresado, en el Servicio de Farmacia de un Hospital de Tercer Nivel Asistencial se organizó en febrero de 2021, tras la implantación del aplicativo SAVAC FARMA®, un nuevo circuito de trabajo para los TF. Este circuito consiste en un sistema de envío de medicación identificada por paciente a las Unidades de Hospitalización (UH), empleando para ello un sistema de gestión farmacéutica SAVAC FARMA®, un Sistema Semiautomático de Dispensación Vertical (SSADV) gestionado por Mercurio®- Grifols y un sistema de Tubo Neumático (TN) para el envío.

Se estructuró una secuencia de envíos programados de medicación a distintas horas del día para cubrir los cambios de prescripción médica, no abarcados en el envío diario de medicación para las 24h.

RESULTADOS

Organización del trabajo:

1. Se estableció un primer envío de medicación a las 8:00 h., que incluía los cambios de prescripción correspondiente al periodo desde las 21:00h del día anterior hasta las 16:00h. del mismo día del envío, para cubrir las necesidades hasta que los carros de medicación subieran a las UH a las 15:00h.
2. Se organizaron otros 3 envíos en horario de tarde: a las 16:30h cubriendo los cambios de prescripción desde las 15:00h, a las 19:00h los ejecutados desde las 16:30h y las 21:00h atendiendo los cambios hechos a partir de las 19:00h.
3. Una vez ejecutadas estas diferencias de prescripción (enviadas desde SAVAC FARMA® a MERCURIO®) el TF dispensa, comprueba, embolsa e identifica por paciente dicha medicación y la dispone por orden de UH para su posterior envío a través del TN.

4. Cuando el paciente se traslada entre UH, el programa SAVAC FARMA® lo identifica en la UH de destino como un nuevo ingreso, enviando la medicación correspondiente desde la hora del traslado hasta las 16:00h más próximas.
5. Ante este nuevo sistema de trabajo se realizaron tareas de educación a las UH para informar del nuevo circuito. Esto lo llevó a cabo el TF realizando llamadas informativas y posteriormente se distribuyeron infografías en las UH.

CONCLUSIÓN

Se pone de manifiesto que esta organización es más eficaz, rápida y segura siendo una dispensación proactiva desde el Servicio de Farmacia a la Unidad de Hospitalización.

Los TF hemos mejorado en cuanto a la distribución de todas las faltas de medicación, pero nos ha generado un inconveniente en cuanto a los traslados de paciente entre unidades ya que, al definirlo como nuevo ingreso, genera devoluciones de medicación por parte de la UH donde estaba ingresado con anterioridad y la preparación de nuevo de su tratamiento.

* * *

C86

PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR LOS ERRORES POR ISOAPARIENCIA EN LAS MUESTRAS DE ENSAYOS CLÍNICOS

RUIZ MARSILLA, J.; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A.; PÉREZ SÁNCHEZ, M.L.; GARCÍA DIAZ, M.; QUILES PEDROSA, I.M.; NÁJERA PÉREZ, M.D.
Hospital General Universitario Morales Meseguer

OBJETIVOS

La isoapariencia es la similitud en el nombre, acondicionamiento o etiquetado de medicamentos diferentes. Nos proponemos estudiar y cuantificar el grado de isoapariencia en las muestras de nuestro hospital para investigación clínica oncohematológica para añadir algún elemento adicional a aquellas muestras isoaparentes que nos ayude a identificarlas y diferenciarlas mejor. Nuestro objetivo es reducir errores en la dispensación generados por la isoapariencia de muestra de los ensayos clínicos (EC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se analizaron todas las muestras de medicación pertenecientes a los EC abiertos del Servicio de Oncohematología en el Servicio de Farmacia.

Las variables estudiadas fueron: número de (EC), número de muestras diferentes aportadas por el promotor y presencia o ausencia de problemas de isoapariencia con muestras del mismo EC o de otro diferente.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 804 muestras correspondientes a 34 EC.

Se encontraron un total de 110 (13,68%) muestras con problemas de isoapariencia, de los cuales en 53 unidades (48,18 %) fueron detectados entre muestras pertenecientes a un mismo EC. En las 57 muestras restantes (51,2 %) la isoapariencia se produjo con medicación perteneciente a diferentes EC, situadas en su mayoría en ubicaciones diferentes, no cercanas y bien delimitadas, en las muestras en las que esto no se cumplía se procedió a almacenarla en lugares diferentes y señalizados, si a pesar de la barrera de

almacenamiento que aparecía al separarlas se consideraba que aún existía riesgo por la isoapariencia, se procedía a realizar la identificación adicional.

Para las muestras con problemas de isoapariencia se implanta un proyecto relacionado con la seguridad consistente en añadir a cada presentación una etiqueta de color, de manera que en el momento de la recepción habrá que añadir siempre la etiqueta de color identificativa ya predeterminada, esto optimizará el proceso de identificación.

De todas las muestras con problemas de isoapariencia fueron señalizadas un total de 71 muestras (64%) con etiquetas de color rojo, azul, amarillo,verde o naranja.

CONCLUSIONES

Los problemas de isoapariencia detectados ponen de manifiesto la necesidad de extremar las precauciones durante el almacenamiento, validación y dispensación de muestras para investigación clínica con el fin de evitar potenciales errores de medicación. Los datos reflejados en el etiquetado pueden no resultar suficientes para poder identificar las muestras inequívocamente, por lo que un sistema adicional de identificación puede ayudar a prevenir errores en el proceso.

* * *

C98

IMPLANTACIÓN DE UN GESTOR DE CITAS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

MUÑOZ CELDRÁN, D.; SÁNCHEZ CATALICIO, M.M.; LOZANO BLEDA, V.; MOYA ABRIL, R.; CELMA MARTÍNEZ, A.; MARTÍNEZ MARCOS, J.M.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir la organización asistencial y funcional de la UPEX (Unidad de Pacientes Externos) en un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) y evaluar la implantación de un gestor de citas (GC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en la UPEX de un Servicio de Farmacia de un Hospital de nivel terciario en 2 periodos de tiempo: septiembre 2020 (1 mes tras la implantación de las 3 agendas) y en la actualidad (enero 2022). La organización asistencial y funcional se describió teniendo en cuenta datos de estructura física, recursos humanos, agendas de citas y gestor de turnos (sistema de ticket). La implantación del GC se evaluó mediante el cumplimiento de citación y, para ello, se recogieron los siguientes datos: citas confirmadas, incomparecientes o canceladas, imprevistas y reprogramadas. Estos datos se obtuvieron del programa de historia clínica electrónica (Selene®) en la sección "gestión de citas".

RESULTADOS

La UPEX consta de: 2 consultas de Atención Farmacéutica (AF) atendidas por 3 farmacéuticos; 1 zona de dispensación con 3 técnicos de farmacia (TF) y distribuida en 2 ventanillas de dispensación y 1 para la gestión de citas. Los pacientes se organizan en 3 agendas: FARMH01 y 02 (inicios y/o cambios de tratamiento y AF) y FARMH 03 (recogida de medicación). Estas agendas se complementan con un gestor que permite

obtener un ticket con un localizador para la llamada del paciente. En cuanto al funcionamiento, el circuito es el siguiente: el paciente llega a UPEX a la hora de la cita, imprime el ticket con el localizador en el gestor de turnos y entrega la cita en la ventanilla de citación, TF confirma al paciente en la agenda correspondiente, y el personal responsable de la agenda pulsa el botón de aviso de llamadas en la agenda y, por altavoz y pantalla aparece el localizador del paciente y la zona donde tiene que ir (consulta 1, 2 o ventanilla). Una vez que es atendido, se le gestiona una nueva cita en la agenda correspondiente con el día, hora, tipo de asistencia y la medicación que se dispensa. El cumplimiento de las citas (septiembre 2020 vs enero 2022) fue el siguiente: agenda FARMH03 [(67,72% vs 72,58%) citas confirmadas, (15,75% vs 11,30%) citas incomparecientes, (8,66 % vs 4,84 %) citas imprevistas, (7,87 % vs 11,29 %) citas reprogramadas]; agenda FARMH 02 [(71,43 % vs 68,18 %) citas confirmadas, (4,76 % vs 9 %) citas incomparecientes, (4,76% vs 13,64%) citas imprevistas, (19,05 % vs 9 %) citas reprogramadas]; agenda FARMH01 [(68,75,% vs 60%) citas confirmadas, (6,25,% vs 8%) citas incomparecientes, (12,5 % vs 24%) citas imprevistas, (12,5 vs 8 %) citas reprogramadas].

CONCLUSIÓN

La implantación de un GC en la UPEX de un SFH ha mejorado la organización asistencial y funcional. El grado de cumplimiento de las citas en las 3 agendas, en general, ha sido bueno:

- En el caso de la agenda FARMH03 ha mejorado con respecto al inicio de la implantación siendo menos los pacientes que acuden sin cita y los que no asisten por olvido.
- En el caso de la agenda FARMH01 y 02 (AF), el cumplimiento de las citas ha disminuido por aumento de los incomparecientes por motivos clínicos o suspensión del tratamiento e incremento de citas imprevistas por inicios y/o cambios de tratamiento.

Además, la implantación GC nos puede permitir realizar una mejor gestión del stock, distribución más uniforme de la carga de trabajo, preparar la medicación de forma anticipada y agilizar la acumulación de pacientes.

* * *

C107

INNOVACIÓN Y MEJORA EN EL FEEDBACK ENTRE FARMACIA-ENFERMERÍA CON UN SOLO "CLIC"

RAMOS MOLERO, B.; COMELLAS GONZÁLEZ, S.; SALA VILAJOSANA, N.
Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa

OBJETIVOS

El objetivo principal es adecuar y optimizar el stock de fármacos necesarios en cada unidad de hospitalización con la intención de minimizar las interrupciones presenciales y telefónicas, así como posibles incidencias entre enfermería y farmacia.

Para ello hemos diseñado una herramienta integrada en el programa de gestión del medicamento de desarrollo propio (ETF) llamada FARMACLIC.

Los objetivos secundarios son:

- Eliminar la preparación de los cambios de medicación de forma proactiva y así disminuir devoluciones.
- Imputación automatizada de la medicación.
- Garantizar el fármaco correcto administrado y lo mas cerca possible del horario de su toma gracias al mensaje de su localización mas cercana (stock).
- Evitar errores de farmacos debido a errores de transcripción o confusión en la comunicación oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

El aplicativo permite a enfermería solicitar un fármaco que no disponga en el cajón de unidosis haciendo un clic sobre el fármaco desde el cárdex (hoja de administración informatizada). Primero se informa de la disponibilidad en el stock de la unidad y si el fármaco no se encuentra en dicho stock, se cursa una petición automática a farmacia con el número de dosis necesarias hasta el próximo carro de unidosis. Al hacer la petición se debe seleccionar uno de los motivos tipificados de la falta del fármaco. Una vez acabada la petición, se informa automáticamente de la hora de entrega del fármaco. Si por error se vuelve a solicitar el mismo fármaco, se informa el profesional y la hora que ha cursado la petición y no permite repetir la solicitud.

En farmacia, desde el módulo de preparación se dispone de un botón (FARMACLIC) que te indica el número de peticiones pendientes. Para cada petición se visualiza fecha y hora, el profesional que lo solicita, la cama, el nombre del paciente, el fármaco, las dosis a dispensar, el motivo y el técnico que lo dispensa. Además, automáticamente se imputa y se realiza el movimiento en el stock. De esta forma obtenemos toda la trazabilidad del proceso. Gracias a este registro, se detectan fármacos candidatos a formar parte del stock de cada unidad.

En el horario en el que el Servicio de Farmacia no está abierto, FarmaClic no está activo. Realizando la misma acción de clicar sobre el fármaco desde el cárdex, se informa de la disponibilidad de éste en los diferentes stocks de las unidades del hospital reduciendo así las entradas de la supervisora de noche al Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

FarmaClic se instauró paulatinamente y observamos que, en un periodo de aproximadamente 2 años, obtuvimos un total de 63970 de clics a cárdex. De estos, 4713 enfermería recibió el mensaje des de FarmaClic de su localización en el stock y el resto, 59257 fueron trasladados a farmacia.

En los últimos meses la media de FarmaClics al mes es de 3610 y observamos que la línea de tendencia es prácticamente nula (0,05). Paralelamente obtenemos la misma tendencia cuando hablamos de una media de 283 NO FarmaClics realizados porque el fármaco ya está en el stock.

Analizando estos datos, se van adaptando los stocks según los fármacos mas solicitados en este periodo de tiempo.

CONCLUSIONES

Nuestra herramienta cumple los objetivos principales mejorando en el área de preparación de unidosis permitiendo realizar una mejora continua en la gestión del medicamento manteniendo los stocks adecuados y su trazabilidad, disminuyendo incidencias y garantizando la seguridad del paciente.

* * *

C108

ESTUDIO DE INDICADORES DE INVENTARIO Y CADUCIDAD DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN HORIZONTAL DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA

GUIRAO PÉREZ, A.J.; GARCÍA MOLINA, O.; NAVARRO SÁEZ, R.; MARTÍNEZ MORENO, A.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; PÉREZ ANDREU, L.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Describir el proceso de revisión de inventario y caducidades en un Sistema Automatizado de Dispensación Horizontal (SADH) y analizar los indicadores registrados en un Servicio de Farmacia de tercer nivel asistencial, realizado por los Técnicos Auxiliares en Farmacia (TAF).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado en el año 2021 en el que se revisaron las caducidades e inventario en un SADH. Para ello, los TAF encargados de esta tarea utilizaron unos impresos diseñados por el farmacéutico responsable de gestión. Se utilizó un impreso para cada armario del SADH y otro impreso distinto para una cesta donde se ubican todos los medicamentos fraccionados, para los cuales se hizo una revisión mensual por su corta fecha de caducidad. En cada impreso se indicó la cesta revisada, la fecha de revisión, la fecha de seguridad de caducidad (3 meses desde la fecha de revisión), número de cajetines con descuadre de stock, número de unidades que caducan a fecha de revisión y nombre legible de los TAF que hicieron la revisión.

RESULTADOS

El SADH tiene alrededor de 1.000 especialidades distintas almacenadas en los diferentes tipos de cajones y cuenta con 2 armarios y 24 cestas cada uno. Se hizo revisión de 4 cestas por semana, por lo que llevó 3 meses revisar todo el SADH. La media de número de cajetines descuadrados fue de 348 de un total de 1082 cajetines, lo que supone que existe un descuadre del 32%. Por lo tanto, la fiabilidad del inventario de medicamentos del SADH es del 68%. El número de unidades caducadas y retiradas en el año, fue de 4.626 unidades, que teniendo en cuenta una ocupación media de 4.976.820 unidades, supone el 9% de la ocupación del SADH.

CONCLUSIONES

La introducción de los registros de indicadores de calidad, garantiza la seguridad del paciente, asegurando que no lleguen a ser dispensado a ningún paciente ni unidad clínica medicamentos caducados, pudiendo ser retirados a tiempo y devueltos a sus respectivos laboratorios en caso necesario. El control del inventario mantiene el stock de medicamentos siempre regularizado, evitando dispensar pedidos con faltas de medicación por descuadres internos.

* * *

C112

CONTROL DE CADUCIDADES DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA DE UNA UNIDAD CLÍNICA

IBÁÑEZ MIRA, M.I.; TOMÁS LUIZ, A.; PÉREZ DÍAZ, M.S.; DÍAZ RANGEL, M.; ROMERO CANDEL, G.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.
Hospital de Hellín

OBJETIVO

Describir el proceso de comprobación de caducidades de los medicamentos de un sistema de dispensación automatizada ubicado en una Unidad Clínica (UC) y el número de medicamentos caducados encontrados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de las incidencias detectadas durante un periodo de cuatro meses (septiembre-diciembre 2021). Se describe el proceso según el Procedimiento Normalizado de Trabajo del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Semanalmente, el personal técnico y/o auxiliar del Servicio de Farmacia comprueba las caducidades de un cajón de los sistemas de dispensación automatizada de las UC de Urgencias (URG) y Cuidados Críticos (UCE-1 y UCE-2). En el caso de que haya algún medicamento caducado se retira y se devuelve al Servicio de Farmacia. Aquellos medicamentos que caducan en el mes en curso se anotan en una hoja de control de caducidades para retirar la medicación al finalizar el mes. Todos los medicamentos caducados se ubican en la zona de "medicamentos inmovilizados". El personal administrativo gestiona su devolución a proveedor y si no es posible se procede a depositarlos en el contenedor de medicamentos caducados.

Durante el periodo de estudio se revisaron 271 subdivisiones de cajones con medicación del sistema de dispensación automatizada de la UCE-1, 303 de la UCE-2 y 217 de URG. Se encontraron 28, 35 y 25 medicamentos caducados, respectivamente.

CONCLUSIONES

Los sistemas de dispensación automatizada permiten optimizar la gestión de los medicamentos. A pesar de que dan soporte al control de las fechas de caducidad, actualmente no se utiliza esta función. Por este motivo, es necesario establecer mecanismos de control que permitan una distribución de los medicamentos eficaz y segura. En el estudio se detectó un número elevado de fármacos caducados, lo que resalta la importancia de realizar este procedimiento por parte del personal técnico y/o auxiliar.

* * *

C115

CONTROL DE CADUCIDADES DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE ALMACENAMIENTO

IBÁÑEZ MIRA, M.I.; TOMÁS LUIZ, A.; PÉREZ DÍAZ, M.S.; DÍAZ RANGEL, M.; ROMERO CANDEL, G.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.
Hospital de Hellín

OBJETIVO

Describir el proceso de comprobación de caducidades de los medicamentos de un sistema automatizado de almacenamiento del Servicio de Farmacia y describir el número de medicamentos caducados encontrados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de las incidencias detectadas durante un periodo de 11 meses, de marzo de 2021 a febrero de 2022. Se describe el proceso según el Procedimiento Normalizado de Trabajo del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

Diariamente, el personal técnico y/o auxiliar del Servicio de Farmacia, comprueba la caducidad de la medicación almacenada en el carrusel vertical automatizado. Cada día se revisan las bandejas de un

nivel. En el caso de que exista medicación caducada se retira y se comunica al personal administrativo para que proceda a su registro informático en el programa de gestión de stocks. Aquellos medicamentos que caducan en el mes en curso se anotan en una hoja de control de caducidades para retirar la medicación al finalizar el mes. Todos los medicamentos caducados se ubican en la zona de "medicamentos inmovilizados". El personal administrativo gestiona su devolución a proveedor y si no es posible se procede a depositarlos en el contenedor de medicamentos caducados.

Durante el periodo de estudio se revisaron todas las bandejas del sistema automatizado de almacenamiento, todos los meses descritos. Se encontró un total de 49 medicamentos caducados.

CONCLUSIONES

Es necesario establecer mecanismos de control que permitan una distribución de los medicamentos eficaz y segura. En el estudio se detectó un número elevado de fármacos almacenados caducados, lo que resalta la importancia de llevar a cabo este procedimiento por parte del personal técnico y/o auxiliar.

* * *

C116

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIAS Y CONTROL DE CALIDAD EN EL LLENADO DE CARROS

IBÁÑEZ MIRA, M.I.; TOMÁS LUIZ, A.; PÉREZ DÍAZ, M.S.; DÍAZ RANGEL, M.; ROMERO CANDEL, G.; ALMANCHEL RIVADENEYRA, M.
Hospital de Hellín

OBJETIVOS

Describir el procedimiento de dispensación por dosis unitaria a las unidades de hospitalización. Cuantificar los errores de dispensación producidos durante el llenado de carros.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de las discrepancias diarias detectadas entre el tratamiento de los pacientes y el contenido de los cajetines de medicación. Cada día se revisaron, de manera aleatoria, cinco cajetines de un carro de medicación. Se describe el proceso según el Procedimiento Normalizado de Trabajo del Servicio de Farmacia. Se recogieron los datos del año 2021.

RESULTADOS

El Servicio de Farmacia dispone de un soporte informático que permite optimizar el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias, que incluye la Prescripción Electrónica Asistida y un sistema de llenado semiautomático. El sistema de llenado semiautomático indica el nombre del medicamento a dispensar, la posición de la bandeja en la que se encuentra el medicamento, el número de unidades a dispensar, la unidad de hospitalización y el número de cama. El proceso de llenado de carros, es realizado por el personal técnico y/o auxiliar del Servicio de Farmacia. Diariamente se realizan tres carros de medicación, y una vez finalizado el llenado, se procede a la revisión aleatoria de los cajetines. Durante el año 2021 se revisó un total de 8830 fármacos y se encontraron un total de 15 discordancias.

CONCLUSIONES

El estudio señala la importancia de establecer un mecanismo de control que nos indique la seguridad y la calidad del tratamiento ofrecido a los pacientes. El bajo número de discrepancias detectadas muestra que los sistemas de llenado semiautomáticos facilitan la labor del técnico/auxiliar a la vez que aumentan la seguridad del paciente.

* * *

C134

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DE TARDE POR UN TÉCNICO DE FARMACIA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

PÉREZ ANDREU, L.; ÁLVAREZ MORENO, M.C.; GARAY MARTÍNEZ, A.; MARTÍNEZ MORENO, A.; NAVARRO SÁEZ, R.; DE GOROSTIZA FRÍAS, I.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVO

Una de las principales demandas de los pacientes ambulatorios era la de poder recoger la medicación por las tardes, por lo cual el área de Pacientes Externos (PE) del servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) de un Hospital de Tercer Nivel Asistencial, ha ampliado su horario de mañana habilitando dos días a la semana en horario de tardes para dispensar medicación con cita previa. El objetivo del presente trabajo es valorar ámbitos humanísticos y técnicos tras la dispensación por el Técnico de Farmacia (TF) en el nuevo servicio de dispensación ambulatoria con cita previa en horario de tardes mediante una encuesta de satisfacción desarrollada específicamente para los PE.

MATERIAL Y MÉTODOS

En febrero 2022 se realizó un estudio observacional prospectivo en el área de dispensación ambulatoria del servicio de FH en un Hospital de Tercer Nivel Asistencial. Se incluyeron PE que eran citados en horario de tarde. En enero de 2022 se realizó una búsqueda bibliográfica en PUBMED incluyendo los términos MESH: Farmacia Hospitalaria; Encuestas de satisfacción; Técnico de Farmacia; Pacientes externos. Se realizó una encuesta de satisfacción específicamente para PE con cita previa en horario de tardes. Se estructuró en dos bloques: en el primero se recogieron datos demográficos y en el segundo humanísticos y técnicos relacionados con las competencias y formación del TF. Se elaboraron un total de 8 preguntas cerradas, que se respondían utilizando la escala de Likert, siendo 1=muy insatisfecho y 5=muy satisfecho, y donde el paciente marcaba la puntuación más acorde con la atención recibida por el TF. También se incluyeron dos apartados abiertos de "Sugerencias de mejoras" e "inconvenientes". Tras su revisión y autorización, durante dos semanas se solicitó a los PE su cumplimentación de forma voluntaria, anónima, y confidencial una vez finalizada la dispensación por el TF.

RESULTADOS

De las 14 encuestas analizadas, el 28,57% fueron hombres y el 42,85% mujeres; el 42,85% tenía entre 19-40 años y el 28,56% entre 41-65 años. En el 13,97% el TF lleva ≤ de 1 año dispensado la medicación, en el 13,97% de 1-3 años y en el 13,97% ≥5 años. El 71,42% trabajaba y el 14,27% no, y el 57,14% viven acompañados frente al 14,28% que vivían solos.

El 58% no especifica el tiempo que llevaba el TF dispensándole la medicación, el 28,57% dejaron en blanco los apartados sexo, edad, o si vivían solos o acompañados y el 14% la situación laboral.

En los ámbitos humanístico y técnico se obtuvieron: 92,85% muy satisfecho y 7,15% satisfecho; en lo que respecta a la evaluación del servicio prestado, el 80% muy satisfecho, el 10% satisfecho, el 5% normal y un 5% muy insatisfecho. A nivel global el 100% de los pacientes mostró estar muy satisfechos con el nuevo servicio de tardes.

CONCLUSIÓN

Todos los pacientes encuestados mostraron estar muy satisfechos con el servicio de dispensación de tardes.

Más del 90% de los pacientes manifestaron estar entre satisfechos y muy satisfechos con el servicio prestado por el TF, tanto en el ámbito general como en el humanístico y técnico.

* * *

Índice de Autores

A

ABELLÁN GUARDIOLA, L. 133

ABELLÓN RUIZ, J. 37, 40, 79, 102, 106

AGUADO COSTA, M. 134

ALCÁZAR GALLEGO, J.A. 70, 73

ALEDO MARTÍNEZ, J. 136

ALMANCHEL RIVADENEYRA, M. 46, 70, 73, 139, 152, 153, 154

ALONSO DOMÍNGUEZ, M.T. 135

ALONSO HERREROS, J.M. 102, 106

ALONSO MARTÍNEZ, M.A. 132

ALONSO ROMERO, J.L. 44

ÁLVAREZ MORENO, I.M. 135

ÁLVAREZ MORENO, M.C. 29, 30, 141, 143, 146, 147, 151, 155

ANGUITA DOMINGO, D. 118

ARANDA GARCÍA, A. 20, 58, 61, 65, 66, 80, 85, 94

AROCAS CASAÑ, V. 58, 61

ARRIBAS DÍAZ, B. 79

ASENSI CANTÓ, A. 75, 86, 87, 93, 99

ASENSIO VILLALBA, A.I. 33

B

BALLESTEROS CABAÑAS, G. 145

BALLESTEROS MARÍN, I. 52

BELMONTE CÁRCELES, T. 134

BERNAL HERRERO, J.M. 135

BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, M.J. 107, 110, 114

BOSÓ RIBELLES, A. 71

C

CABALLERO FRANCO, C. 84

CABALLERO REQUEJO, C. 21, 51, 74

CANO MOLINA, J.A. 31, 32, 35, 63, 71, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 119

CARPENA RODRÍGUEZ, A. 139

CARVAJAL SÁNCHEZ, M.A. 33, 34, 39, 78

CASTRO SALINAS, P. 118

CELMA MARTÍNEZ, A. 136, 149

CHARQUES TRALLERO, V. 118

CHICA MARCHAL, A.M. 92, 136

COMELLAS GONZALEZ, S. 150

CORREDOR MATEU, M.A 132

D

DE GOROSTIZA FRÍAS, I. 104, 141, 155

DE LA CRUZ MURIE, P. 116

DEL MONTE CANO, M.S. 88

DÍAZ CARRASCO, M.S. 44, 117

DÍAZ RAMÓN, M. 31, 32, 35, 63, 71, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 119

DÍAZ RANGEL, M. 152, 153, 154

E

ESPUNY MIRÓ, A. 44, 117

F

FAJARDO MEROÑO, M.C. 45, 48, 126, 128

FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, N. 145

FERNÁNDEZ LOBATO, B. 86, 87, 93

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, I.M. 72, 75, 76, 88, 92, 100, 120

FERNÁNDEZ VELA, J. 72, 75, 86, 87, 92, 93, 100, 120

FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ, P. 21, 23, 24, 51, 74, 97, 121

FERRANDEZ MARTÍ, D. 118

FREIRE MORENO, M. 140

FRESQUET MOLINA, R. 41, 42

FRUCTUOSO GONZÁLEZ, L. 34, 53, 64, 90, 103

G

GALLEGO MARTÍNEZ, M.P. 29, 141

GAMBÍN MARTÍNEZ, E. 25, 121, 122, 124, 125

GARAY MARTÍNEZ, A. 29, 141, 143, 146, 147, 155

GARCIA BELCHI, N. 52

GARCÍA CORONEL, M. 24, 124, 132

GARCÍA DIAZ, M. 148
GARCÍA GARCÍA, A. 98
GARCÍA GUTIÉRREZ, S. 134
GARCÍA IBORRA, M.E. 136
GARCÍA LAGUNAR, M.H. 76
GARCÍA MATILLAS, C.N. 72, 86, 87, 88, 92, 93, 99, 120
GARCÍA MOLINA, O. 29, 31, 63, 113, 117, 151
GARCÍA MOTOS, C. 36
GARCÍA NOGUERA, D. 81, 82
GARCÍA PEDREÑO, A. 52
GARCÍA RODRÍGUEZ, S. 45, 48, 67, 98, 126, 128
GARCÍA SOLER, J.L. 44
GARRIDO CORRO, B. 116
GIL ALMELA, J. 32, 105, 111, 113, 114, 116, 117, 143
GIMENO GRACIA, M. 42
GOLNABI DOWLATSHAHI, F. 31, 35, 104, 105, 108, 110, 111, 119
GONZÁLEZ LOPEZ, C. 24
GONZÁLEZ MARTOS, A. 140
GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M.C. 72, 75, 99, 100
GONZÁLEZ PONCE, C.M. 32, 119
GRACIA PIQUER, R. 41, 42
GUIRAO PÉREZ, A.J. 30, 141, 147, 151
GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, J.A. 34, 39, 53, 64, 78, 90, 103, 148
GUTIÉRREZ VILANOVA, M.D. 142

H

HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M. 36, 39, 53, 64, 78, 90
HERRERO DELICADO, R. 79

I

IBÁÑEZ CATURLA, J. 33, 34, 36, 39, 53, 64, 78, 90, 103
IBÁÑEZ MIRA, M.I. 152, 153, 154
INIESTA NAVALÓN, C. 23, 95, 97

J

JIMÉNEZ MANUEL, M.M. 25, 121, 122, 124, 125
JUNCOS PEREIRA, R. 145

L

LACRUZ GUZMÁN, D. 28
LA ORDEN CARRASO, A. 31
LASO ORTIZ, A. 81, 91
LÁZARO CEBAS, A. 20, 37, 40, 58, 65, 66, 80, 94
LEAL JARA, M. 142
LEÓN VILLAR, J. 33, 34, 39
LESTA DOMENE, C. 145
LLOPIS FERNÁNDEZ, M. 46, 70, 73, 139
LLORET GIL, J. 97
LÓPEZ MARTÍNEZ, C. 26
LÓPEZ RAYOS, R.O 26
LOZANO BAUDET, P. 137
LOZANO BLEDA, V. 140, 149
LOZANO BUENO, M.C. 85
LUCAS RODRÍGUEZ, C. 133
LUCAS VILLA, N 84, 91

M

MANCEBO GONZÁLEZ, A. 30, 104, 112
MANRESA RAMÓN, N. 53
MARÍN ROMERO, A. 145
MARTÍN DEL PUEYO, A. 145
MARTÍNEZ ALCARAZ, A.C. 134
MARTÍNEZ AMANTE, M.D. 135
MARTÍNEZ DE GUZMAN, M. 19, 47, 49, 54, 56, 57, 59, 62, 129, 130
MARTÍNEZ FAJARDO, D. 45, 48, 126, 128
MARTÍNEZ IBÁÑEZ, M.A. 32, 63, 104, 105, 110, 114, 119
MARTÍNEZ LAJARÍN, F. 135
MARTÍNEZ MADRID M.E. 102
MARTÍNEZ MARCOS, J.M. 75, 87, 88, 92, 99, 100, 120, 149
MARTINEZ MARMOL, M. 68
MARTÍNEZ MORENO, A. 30, 147, 151, 155
MARTÍNEZ PENELLA, M. 76
MARTÍNEZ SEQUERO, M.C. 45, 48, 126, 128
MARTÍNEZ SOTO, A.M. 21, 23, 24, 74, 95, 97
MARTÍNEZ SOTO, G. 95

MASIP TORNER, M. 137
MATEO CARMONA, J. 45, 48, 67, 126, 128
MELGARES DE AGUILAR LÓPEZ, G. 132
MENDIOLA GARCÍA, S. 118
MENÉNDEZ NARANJO, L. 35, 108, 111
MIRA SIRVENT, M.C. 72, 76, 87, 92, 99
MOLINA FERNÁNDEZ, A.M. 26
MOLINA MARTÍNEZ, V. 52
MOLINA PÉREZ DE LOS COBOS, E. 80
MONTOYA EGEA, J.M. 76, 86, 93, 100, 120
MORALES ALMAGRO, L. 134
MORENO CAMPUZANO, A. 25, 121, 122, 124, 125
MOYA ABRIL, R. 140, 149
MUÑOZ CELDRÁN, D. 88, 136, 140, 149
MUÑOZ GARCÍA, I. 114, 116
MUÑOZ GUARDIOLA, E. 46, 70, 73
MUÑOZ SÁNCHEZ, J. 26
MUROS ORTEGA, M. 81, 82, 84, 91

N

NÁJERA PÉREZ, M.D. 78, 148
NAVARRO GARRIDO, C. 51
NAVARRO SÁEZ, R. 30, 146, 151, 155

O

OLMOS JIMÉNEZ, R. 44, 61
ONTENIENTE CANDELA, M. 21
ORTEGA SÁNCHEZ, L. 136
ORTIZ FERNÁNDEZ, P. 21, 23, 24, 25, 74, 95, 97, 125

P

PACHECO LÓPEZ, P. 33, 34, 36, 39, 78, 103
PAGÁN NAVARRO, MC. 28
PALAZÓN GONZALVEZ, E. 68
PASCUAL MARTÍNEZ, O. 41
PASCUAL VILLEGAS, M. 28
PASTOR CANO, J. 20, 37, 40, 58, 61, 79, 85
PASTOR MONDÉJAR, C. 21, 23, 24, 74, 95, 97
PAYA PEÑALVER, E. 81
PELLICER FRANCO, C. 105, 143
PEÑALVER GONZÁLEZ, J.M. 19, 47, 49, 54, 56, 57, 59, 62, 129, 130
PÉREZ ANDREU, L. 29, 30, 141, 143, 146, 147, 151, 155
PÉREZ DÍAZ, M.S. 152, 153, 154
PÉREZ FLORES, E. 98
PÉREZ GARCÍA, M. 28
PÉREZ LLANOS, F. 137
PÉREZ PÉREZ, I.G. 88
PÉREZ SÁNCHEZ, M.L. 148
PÉREZ VERA, J.L. 142
PLAZA ANIORTE, J. 36
POVEDA GONZALEZ, C. 25, 121, 122, 124, 125

Q

QUILES PEDROSA, I.M. 28, 148
QUIRANTE CREMADES, A. 52

R

RAMÍREZ ROIG, C. 20, 37, 40, 65, 66, 94
RAMÓN PÉREZ, M. 32, 71, 104, 107, 112, 119
RAMOS GUARDIOLA, J. 84, 133
RAMOS MOLERO, B. 150
RAUSELL RAUSELL, V.J. 20, 37, 40, 58, 61, 65, 66, 79, 80, 85, 94
RENTERO REDONDO, L. 51
RETAMERO DELGADO, A. 118
ROBLES BLAZQUEZ, E.M. 19, 47, 49, 54, 56, 57, 59, 62, 129, 130
ROBLES GARCÍA, I.S. 45, 48, 67, 126, 128
ROCA MARTÍNEZ, D. 25, 121, 122, 124, 125
RODRÍGUEZ MOLINA, M.A. 84, 91, 133
RODRIGUEZ REYES, M. 142
ROMERO CANDEL, G. 152, 153, 154
RUIZ MARSILLA, J. 148
RUIZ RAMÍREZ, J.C. 102, 106
RUPPMANN TOBELLA, H. 137

S

SALAR VALVERDE, I. 26, 102, 106, 134
SALA VILAJOSANA, N. 150
SALMERÓN MARÍN, J. 29, 143, 146
SALVADOR GARCÍA, C. 98
SALVADOR GÓMEZ, T. 41, 42
SÁNCHEZ CATALICIO, M.M. 120, 140, 149
SÁNCHEZ DÍAZ, A. 132
SÁNCHEZ HERNANDEZ M. 103
SÁNCHEZ LUCAS, J. 67, 98
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I. 68, 81, 82, 84, 91, 133
SÁNCHEZ TERUEL, M.F. 46, 70, 73, 139
SARABIA MARCO, F. 81, 82, 91
SAURA MARTÍN, J.M. 85
SAURA MORENO, M.S. 68
SELVI SABATER, P. 20, 37, 40, 65, 66, 94
SOLA ZARAGOZA, M.C. 28
SOLER SOLER, M.M. 102, 106
SOPENA CARRERA, L. 41, 42
SORIANO JIMÉNEZ, A. 46, 70
SORIANO MOLINA, J.M. 82
SOY MUNER, D. 142

T

TAMBOLEO SÁNCHEZ, I. 72, 75, 86, 93, 99, 100
TEMPLADO MARTINEZ, M. 68
TOBARUELA SOTO, M. 79, 80
TOMÁS JIMÉNEZ, C. 51
TOMÁS LUIZ, A. 73, 139, 152, 153, 154
TORO GARCIA, L.O. 107
TORRANO BELMONTE, P. 33, 36, 53, 64, 90, 103
TORRÓ GARCÍA, L. 31, 35, 63, 71, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117
TRIGUEROS GRAO, F.J. 85

U

URBIETA SANZ, E. 23, 51, 74, 122

V

VALDERREY PULIDO, M. 44
VALERA GÓMEZ, A. 135
VALERO CANTERO, M.J. 46
VALIENTE BORREGO, F. 82
VELARDO MONTES, M. 142
VELASCO COSTA, J. 19, 47, 49, 54, 56, 57, 59, 62, 129, 130
VENTURA LÓPEZ, M. 64, 90
VICENTE SÁNCHEZ, S. 58, 61, 65, 66, 80, 94
VILLACAÑAS-FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, P. 95
VILLA CARPES, J. 35, 63, 71, 104, 105, 107, 108, 112, 146, 147
VILLA MORENO, E. 133
VINUESA HERNANDO, J.M. 41, 42

Y

YAGÜE GUIRAO, G. 98

Z

ZAPATA MORALES, M.F. 26

PATROCINADORES

VIFOR PHARMA

ALEXION

Galápagos
Pioneering for patients

MERCK

AMGEN

CLOVIS ONCOLOGY

Roche

VIATRIS

Bristol Myers Squibb
Celgene | A Bristol Myers Squibb Company

accord

Lilly

abbvie

NOVARTIS

LEO

Pfizer

Boehringer Ingelheim

almirall

BeiGene

gsk

IPSEN
Innovation for patient care

janssen
Johnson&Johnson

KERN PHARMA
Biologics

Pharma Mar

sanofi

ucb
Inspired by patients.
Driven by science.

Gebro Pharma

CSL Behring
Biotherapies for Life™

novo nordisk

Seagen

ORGANON

Takeda

Lundbeck

SECRETARÍA TÉCNICA
GADE EVENTOS, SL.
Tel. 968 969 340 Fax: 968 964 635
Inscrita en el Registro de Empresas
y Actividades Turísticas OPC.MU.017
Miembro de la Oficina de Congresos de Murcia
E-mail: congreso@somufarh.es
@Somufarh